



ROBERT KOCH INSTITUT
Statistisches Bundesamt

Die Schuppenflechte (Psoriasis) ist eine chronisch entzündliche Hauterkrankung, die schätzungsweise 2 Millionen Menschen in Deutschland betrifft. Epidemiologische Studien sprechen dafür, dass Männer und Frauen gleich häufig betroffen sind. Innerhalb des Spektrums der Psoriasis werden die Hauptformen der Psoriasis vulgaris oder gewöhnliche Schuppenflechte, die mit Eiterbläschen einhergehende Psoriasis pustulosa und die Psoriasis-Arthritis oder Gelenk-Psoriasis unterschieden. Die Erkrankung hat oft erhebliche Folgen für Gesundheit, Lebensqualität und Arbeitsleben, da der Verlauf chronisch und eine dauerhafte Heilung nicht möglich ist. Obwohl die Psoriasis nicht ansteckend ist, stellt die von den Betroffenen empfundene Stigmatisierung ein schwerwiegendes Problem dar. In Deutschland werden jährlich über eine halbe Million, möglicherweise sogar eine Million Menschen mit Psoriasis ambulant versorgt und es werden ca. 20.000 stationäre Behandlungen in Akut- und Rehabilitationskliniken durchgeführt. Es lassen sich dabei Unterschiede zwischen Männern und Frauen aufzeigen. Epidemiologische und genetische Studien erlauben, zwischen einem »Frühtyp/Typ 1« und »Spättyp/Typ 2« der Psoriasis zu unterscheiden. Die Typ 1 Psoriasis weist eine starke genetische Komponente auf. Ein Hauptsuszeptibilitätsgen konnte auf dem kurzen Arm von Chromosom 6 lokalisiert werden. Erhebliche Wissenslücken bestehen im Bereich der epidemiologischen Forschung, z.B. zur Rolle der Ernährung, zur Effektivität verschiedener Therapien und zu Strategien der Krankheitsverarbeitung.



Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Heft 11

Schuppenflechte

Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Heft 11

Schuppenflechte

Autoren: Prof. Dr. med. Heiko Traupe und Prof. Dr. med. Bernd-Peter Robra, MPH

Herausgeber: Robert Koch-Institut

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt

Heft 11

November 2002

Schuppenflechte

Berlin: Robert Koch-Institut

ISBN 3-89606-134-8

ISSN 1437-5478

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (GBE des Bundes) beschreibt den Gesundheitszustand der Bevölkerung, das Gesundheitsverhalten, die Verbreitung von Risikofaktoren, die Inanspruchnahme von Leistungen sowie die Kosten und Ressourcen des Gesundheitswesens. Sie basiert auf vorhandenen Daten, die in den Berichten zusammengeführt und bewertet werden. Ihre Aussagen beziehen sich auf die nationale, bundesweite Ebene und haben eine Referenzfunktion für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Die GBE des Bundes stellt eine fachliche Grundlage für politische Entscheidungen bereit. Darüber hinaus dient sie der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen und trägt zur Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen bei. Nicht zuletzt bietet sie allen Interessierten eine datengestützte Informationsgrundlage.

Nach dem Erscheinen des ersten kompletten Gesundheitsberichts für Deutschland¹ wird die Gesundheitsberichterstattung durch die regelmäßige Herausgabe von Themenheften aktuell gehalten und weiter ausgebaut. Dies gewährleistet:

- ▶ aktuelle Berichte,
- ▶ ein flexibles Themenspektrum,
- ▶ die Berücksichtigung des Leserinteresses.

Schwerpunktberichte und Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung ergänzen und vertiefen die regelmäßig erscheinenden Hefte.

Die *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* umfasst alle Bereiche des Gesundheitswesens:

- ▶ Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens
- ▶ Gesundheitliche Lage
- ▶ Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen
- ▶ Krankheiten/Gesundheitsprobleme
 - ▶ *Schuppenflechte* (Heft 11)

- ▶ Ressourcen der Gesundheitsversorgung
- ▶ Leistungen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
- ▶ Ausgaben, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Dieser Aufbau liegt dem 1998 erschienenen *Gesundheitsbericht für Deutschland* mit über 100 verschiedenen gesundheitsbezogenen Themen zugrunde und ist kompatibel mit dem Aufbau der GBE in den Bundesländern. In diese Struktur integrieren sich auch die bereits erschienenen Themenhefte.

Der *Gesundheitsbericht für Deutschland* ist über das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes www.gbe-bund.de abrufbar. Darüber hinaus bietet das Informationssystem eine Vielzahl gesundheitsrelevanter Informationen und Kennziffern zum Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung. Die Zusammenarbeit des Robert Koch-Instituts mit dem *Informations- und Dokumentationszentrum Gesundheitsdaten* am Statistischen Bundesamt gewährleistet die Einbeziehung valider und aktueller Daten in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

- Heft 1 »Schutzimpfungen«
- Heft 2 »Sterbebegleitung«
- Heft 3 »Gesundheitsprobleme bei Fernreisen«
- Heft 4 »Armut bei Kindern und Jugendlichen«
- Heft 5 »Medizinische Behandlungsfehler«
- Heft 6 »Lebensmittelbedingte Erkrankungen«
- Heft 7 »Chronische Schmerzen«
- Heft 8 »Nosokomiale Infektionen«
- Heft 9 »Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin«
- Heft 10 »Gesundheit im Alter«

Die Berichte können über das Robert Koch-Institut bezogen werden und stehen außerdem unter www.rki.de zur Verfügung.

¹ Statistisches Bundesamt (Hg.): *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Stuttgart (Metzler-Poeschel) 1998

Schuppenflechte

Einleitung

Die Schuppenflechte (Psoriasis), ist eine entzündliche, nicht ansteckende Hauterkrankung, die gelegentlich im Kindes- und Jugendalter, in der Regel aber im Erwachsenenalter beginnt und meist lebenslang verläuft. Sie ist nach dem allergischen Kontaktekzem und der Neurodermitis eine der häufigsten chronischen Hauterkrankungen und betrifft in Deutschland schätzungsweise 2–3 % der Bevölkerung, also ca. 2 Millionen Menschen. Epidemiologische Studien sprechen dafür, dass Männer und Frauen gleich häufig betroffen sind.

Typisch für das Erscheinungsbild sind scharf begrenzte, schuppene Rötungen der Haut, die bevorzugt an Ellenbogen, Kniestreckseiten und behaartem Kopf auftreten und zum Teil jucken. Darauf weist auch der aus dem Griechischen stammende medizinische Name der Erkrankung hin, der sich von »psao« (ich kratze) ableitet. Neben der Haut betrifft die Psoriasis bei 5–10 % der Erkrankten auch die Gelenke (Psoriasis-Arthritis), sowie bei ca. 50 % die Nägel.

Die Anlage für die Psoriasis wird vererbt, ohne dass die Erkrankung immer zum Ausbruch kommt. Es sind verschiedene Faktoren bekannt, die zu einem Ausbruch der Erkrankung beitragen können. Obwohl sich das Hautbild durch Behandlung oder auch spontan bessern kann, ist ein schubförmiger Verlauf typisch und eine ursächliche Heilung nicht möglich. Ausdehnung, Schwe-

regrad und Lokalisation können individuell sehr unterschiedlich sein. Neben den erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität durch Hautentzündung, Schuppung und Juckreiz – sowie bei der Sonderform der Gelenk-Psoriasis durch Schmerzen und Funktionseinbuße von Gelenken – stellt insbesondere die Reaktion der anderen Menschen auf die »Andersartigkeit« der Psoriasis erkrankten ein schwerwiegendes Problem dar. Zudem erfordert die Psoriasis aufgrund des chronischen Verlaufes kontinuierliche Pflege und bei schwer erkrankten Menschen häufig mehrwöchige stationäre Behandlungen, die erhebliche Kosten für die Sozialleistungsträger, die Volkswirtschaft und für die Betroffenen selbst verursachen.

Krankheitsbild und Hauptformen

Innerhalb des Spektrums der Psoriasis können 3 Hauptformen voneinander unterschieden werden: die *Psoriasis vulgaris* oder gewöhnliche Schuppenflechte, die etwa 85 % aller Erkrankungen ausmacht, die mit Eiterbläschen einhergehende *Psoriasis pustulosa* bei weniger als 5 % aller Fälle, und die *Psoriasis-Arthritis*, eine durch die Psoriasis verursachte entzündliche Gelenkerkrankung, die bei etwa 5–10 % aller Betroffenen auftritt.

Tabelle 1
Hauptformen der Psoriasis

Typ	Hauptsymptome	Lokalisation
Psoriasis vulgaris	Rote, schuppene Herde	Kopf, Ellenbogen, Kniescheiben
– Plaque-Typ der Psoriasis vulgaris	Schwere Verlaufsform der Psoriasis vulgaris, heilt meist nur unvollständig	Großflächiger Befall, auch von Brust und Rücken, Armen und Beinen
– Guttata-Typ der Psoriasis vulgaris	Plötzliches Auftreten von pfenniggroßen Herden	Gesicht, Brust und Rücken
Psoriasis-Arthritis	Rötung, Schwellung von Gelenken, Schmerzen, evtl. auch Haut betroffen	Häufig Finger-, Hand-, Sprunggelenke, Knie, Ellenbogen, z. T. Wirbelsäule
Psoriasis pustulosa	Rötung und Eiterbläschen, z. T. wunde Stellen	Oft Handteller und Fußsohlen, selten ganzer Körper

Psoriasis vulgaris

Die *Psoriasis vulgaris* ist durch zunächst kleine, später bis zu handtellergroße, entzündlich gerötete, scharf begrenzte Hautareale gekennzeichnet, die von einer kontinuierlich abblätternden Schuppen-schicht bedeckt sind. Die Erkrankung betrifft bevorzugt die Kopfhaut und die streckseitigen Flächen von Ellenbogen und Knien, aber auch Gesäß, Brust und Rücken. Etwa die Hälfte der Betroffenen leidet auch an Juckreiz, der die Lebensqualität stark beeinträchtigt. Der Verlauf und die Ausprägung der Erkrankung lassen sich nicht sicher vorhersagen. Während es leichte, oftmals unerkannte Fälle gibt, erleben viele Betroffene häufige Schübe mit hoher Krankheitsaktivität. In schweren Fällen können bis zu 70–80% der Körperoberfläche von Psoriasis-Herden befallen sein. Viele schwer erkrankte Patienten mit Psoriasis vulgaris erleben, dass die Krankheit auch nach optimaler Behandlung und deutlicher Besserung des Hautbefundes schon wenige Wochen später wieder »ausbrechen« kann. Nagelveränderungen treten bei ca. 50% der Betroffenen auf und können von Tüpfelnägeln bis hin zur vollständigen Zerstörung der Nägel reichen.

Psoriasis pustulosa

Bei der *Psoriasis pustulosa* treten sterile (keimfreie) Eiterbläschen an den Fußsohlen und Handinnenflächen auf mit der Folge, dass für die Betroffenen das Laufen sehr schmerzhaft ist und Arbeiten mit den Händen nicht mehr verrichtet werden können. Im Extremfall kann die Psoriasis pustulosa den ganzen Körper betreffen, der dann hochentzündlich gerötet und von Eiterbläschen übersät ist. Diese Verlaufsform der Psoriasis geht häufig mit Fieber, Abgeschlagenheit und einem schweren Krankheitsgefühl einher.

Psoriasis-Arthritis

Bei der *Psoriasis-Arthritis*, die eine rheumatische Form der Psoriasis darstellt, kommt es bei dem häufigsten Typ (sogenannter »distaler Typ«) zu Schwellungen an einigen wenigen Gelenken, meist den Zehen- oder Fingergelenken, in asym-

metrischer Verteilung. Diese Schwellungen sind ausgesprochen schmerzhaft und behindern die Bewegung. Eine weitere Form, der sogenannte *mutilierende* oder *zerstörende Typ*, führt zur Zerstörung vieler kleiner Gelenke der Finger und Hände, Zehen und Füße und auch von Wirbeln. Eine dritte Verlaufsform der Psoriasis-Arthritis betrifft bevorzugt die Wirbelsäule. Tückisch an der Psoriasis-Arthritis ist, dass die entzündlichen Gelenkschwellungen lange Zeit von nur vergleichsweise geringen Schmerzen begleitet sind, obwohl möglicherweise bereits ein erheblicher Umbau und eine weitgehende Zerstörung der Gelenke eingetreten ist, so dass die Betroffenen von einem irreversiblen Funktionsverlust beteiligter Gelenke überrascht werden.

Krankheitsentstehung: Zusammenspiel von Immunsystem und Vererbung

Die moderne medizinische Forschung hat sich in den letzten Jahren intensiv mit der Krankheitsentstehung der Psoriasis befasst, insbesondere mit der Immunologie und der molekularen Genetik der Erkrankung. Die meisten Forscher fassen die Erkrankung heute als eine Reaktion am Hautorgan auf, bei der sowohl eine – durch mehrere Gene bedingte – genetische Veranlagung (Suszeptibilität, Empfänglichkeit), als auch Auslösefaktoren bzw. Risikofaktoren eine Rolle spielen. Dabei wird eine für die Psoriasis typische Form der Immunantwort ausgelöst, bei der weiße Blutzellen, sogenannte Th1-Lymphozyten, eine besondere Rolle spielen.

Etwa 30–40% der Menschen mit Psoriasis geben an, dass auch Verwandte betroffen sind. Untersuchungen zur Häufigkeit der Vererbung der Erkrankung ergaben deutliche Hinweise auf einen stärker über den Vater vermittelten Vererbungseffekt. Darüber hinaus legen jüngste Untersuchungen aus Deutschland nahe, dass es nicht nur krankheitsfördernde sondern auch vor der Erkrankung schützende Gene gibt. Bislang konnten eine Reihe von relevanten Genorten auf den Chromosomen 1, 3, 6 und 19 gefunden werden, die eigentlichen Gensequenzen sind aber noch nicht bekannt.

Verbreitung

Die genaue Anzahl der gegenwärtig an Psoriasis Erkrankten (Prävalenz) in Deutschland kann nur geschätzt werden, da ausreichend große, bevölkerungsbezogene Studien nicht vorliegen. Im internationalen Vergleich fällt auf, dass die Prävalenz der Psoriasis zwar für verschiedene ethnische Gruppen bzw. geographische Regionen erhebliche Unterschiede zeigen kann, innerhalb Europas aber relativ homogen zu sein scheint. In Nordeuropa liegt die geschätzte Prävalenz der Psoriasis zwischen 2–3% und hat – im Gegensatz zur Neurodermitis – in den letzten Jahrzehnten nicht zugenommen, sondern ist in etwa konstant geblieben.

Im Rahmen eines Pilotprojektes wurden 1994/1995 in Dresden 665 Personen aus zufällig ausgesuchten Haushalten befragt und von einem Hautarzt untersucht. Dabei wurde bei 2,7% der Untersuchten eine manifeste Psoriasis festgestellt – eine ähnliche Größenordnung wie in Nordeuropa.

Die Dresdener Studie ist zu klein, um aussagekräftige Ergebnisse bezüglich des Geschlechterverhältnisses zu liefern, aus internationalen Studien konturiert sich allerdings kein sicherer Unterschied für die Prävalenz der Psoriasis bei Männern und Frauen.

Grundsätzlich kann die Psoriasis in jedem Alter auftreten, jedoch erlauben Untersuchungen die Unterscheidung von zwei Typen. Bei dem Frühtyp, dem sogenannten Typ-1, dem ca. 70% der Betroffenen angehören, tritt die Psoriasis in der Regel vor dem 30. Lebensjahr auf. Eine Untersuchung aus Kiel an 3.700 Patienten mit Psoriasis zeigte für diesen Typ einen Ersterkrankungsgipfel im 16. Lebensjahr bei Frauen und im 21. Lebensjahr bei Männern. Dagegen tritt die seltenere sogenannte Typ-2 Psoriasis in der Regel nach dem 40. Lebensjahr auf, in der Kieler Untersuchung mit einem Erkrankungsgipfel von 60 Jahren bei Frauen und 57 Jahren bei Männern. Es gibt jedoch noch weitere Unterschiede: Der Frühtyp geht häufiger mit einem schweren Verlauf einher, zeigt eine wesentlich höhere familiäre Belastung – genetische Faktoren spielen beim Typ-1 eine besondere Rolle – und ist im Gegensatz zur Typ-2 Psoriasis charakteristischerweise mit bestimmten Zelloberflächenmerkmalen, sogenannten HLA Antigenen, assoziiert.

Risikofaktoren

Neben den zurzeit intensiv beforschten genetischen Faktoren tragen auch andere Faktoren zum Manifestwerden oder zu einer Verschlechterung der Erkrankung bei. Untersuchungen zeigten einen Zusammenhang zu Rauchen, Alkoholkonsum, emotionalem Stress, Übergewicht, bestimmten Medikamenten, klimatischen Einflüssen und bestimmten Infekten. Es zeigte sich, dass Menschen, die rauchen, ein etwa zweifach höheres Risiko tragen, an Psoriasis zu erkranken als Nichtraucher und dass bei männlichen Patienten mit Psoriasis ein überdurchschnittlicher Alkoholkonsum auffällt. Allerdings lässt sich nicht entscheiden, ob ein erhöhter Alkoholkonsum ein Auslöser der Krankheit, eine Folge der Belastung durch die Krankheit, oder in bestimmten Fällen sogar beides ist. Ein ähnlich komplexer Zusammenhang gilt für emotionalen Stress, der Auslöser und Folge der Psoriasis sein kann. Die Existenz einer »depressiven Psoriasispersönlichkeit« wird jedoch von der heutigen psychosomatischen Forschung angezweifelt, vielmehr wird die z. T. depressiv-resignative Krankheitsverarbeitung überwiegend als Folge der Erkrankung betrachtet.

Die Datenlage zur Rolle der Ernährung für die Psoriasis ist aus wissenschaftlicher Sicht unbefriedigend. Ein hohes Körpergewicht, gemessen als sogenannter Body-Mass-Index (BMI), ist mit einem erhöhten Risiko für Psoriasis verknüpft. Eine Studie zeigte, dass eine Ernährung, die durch einen hohen Verzehr von Karotten, Tomaten und frischen Früchten gekennzeichnet ist, mit einem gewissen Schutz vor Psoriasis einhergeht. Viele Betroffene geben an, dass der Genuss von Wein und von bestimmten Gewürzen mit einer unmittelbaren Verschlechterung ihres Hautbildes einhergeht, ohne dass dies bislang als wissenschaftlich gesichert gelten kann.

Wesentlich besser belegt ist, dass zahlreiche Medikamente auf ungünstige Weise mit der Psoriasis interagieren. Eine medikamentenbedingte Verschlechterung einer bereits bestehenden Psoriasis ist unter anderem belegt für bestimmte Herz-Kreislauf-Medikamente wie z. B. Betablocker, bestimmte Psychopharmaka wie Lithiumsalze, Immuntherapeutika wie Interferone, Malaria-mittel wie Chloroquin und für manche nichtsteroi-

dale Antirheumatika wie z. B. Indomethazin. Erkrankungsschübe werden gehäuft im Herbst und im Frühling festgestellt und können durch Infekte, z. B. Halsentzündungen mit bestimmten Bakterien (beta-hämolyisierenden Streptokokken der Gruppe A) ausgelöst werden.

Auch das Klima insgesamt spielt in Deutschland eine gewisse Rolle. Eine Reihe weiterer Faktoren werden als Auslöser der Psoriasis diskutiert, sind aber nicht hinreichend untersucht.

Behandlungsmöglichkeiten

Es gibt eine breite Palette von Möglichkeiten, die Psoriasis therapeutisch zu beeinflussen, die von pflegenden Salben bis zu starken, immunsuppressiven, d. h. das Immunsystem hemmenden Medikamenten reicht. Besonders eine Hemmung der sogenannten Immunantwort vom Th1-Typ hat sich als wirksam erwiesen. Auch Sonnenbäder in der freien Natur oder die Behandlung mit UV-Licht, wirken sehr wahrscheinlich über einen immunmodulierenden Mechanismus.

Grundsätzlich ist eine ursächliche Heilung bis heute nicht möglich, vielmehr erfordert die Haut eines Psoriasis-Kranken auch bei weitgehender Erscheinungsfreiheit eine dauerhafte Pflege. Zu täglichen Pflege gehören Salben, die Teer, Harnstoff oder hornhautlösende Mittel enthalten.

Krankheitsschübe werden häufig mit Wirkstoffen wie Anthralin, Vitamin-D-Präparaten, bestimmten Vitamin-A-Abkömmlingen (sogenannten topischen Retinoiden) und Kortisonpräparaten in Salbenform behandelt. Besonders bei schweren Formen ist auch eine Behandlung mit Vitamin-A-Abkömmlingen möglich, die in den Verhornungsprozess (epidermale Differenzierung) eingreifen oder sogar eine immunsuppressive Therapie, z. B. mit Methotrexat, Ciclosporin oder Fumarsäureester.

Menschen mit Psoriasis fahren seit vielen Jahren in Eigeninitiative ans Tote Meer und berichten von einer Besserung der Haut durch die Kombination von Bädern mit einem Solegehalt von mehr als 30 % und der dort kontinuierlich scheinenden Sonne. Das zugrundeliegende Therapieprinzip der sogenannten Foto-Solebehandlung wird seit

20 Jahren in Rehabilitationskliniken angewandt. Parallel dazu wurde an Universitätskliniken Anfang der 80er Jahre die orale Fotochemotherapie (orale PUVA-Behandlung) und die sogenannte Bade-PUVA-Therapie etabliert. Dabei wird durch einen Wirkstoff, der in Tablettenform bzw. als Badeszusatz als Lichtsensibilisator wirkt, die Wirkung des UV-Lichtes massiv verstärkt, so dass eine deutlich geringere UV-Dosis verwendet werden kann. Dies ist im Kontext der Diskussion um die mögliche hautkrebserregende Wirkung bestimmter Wellenbereiche des UV-Lichtes von besonderer Bedeutung. Die Foto-Solebehandlung ist das vorherrschende Therapieverfahren in den deutschen Rehabilitationsfachkliniken, während die Bade-PUVA-Therapie nur in Akutkliniken, oftmals Universitätskliniken durchgeführt wird. Beide Therapieverfahren, die zur sogenannten Balneophototherapie gehören, können zurzeit zu Lasten der GKV nicht ambulant angeboten werden, da sie aufgrund eines Beschlusses des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, der dies 1994 und 1999 geprüft hat, von der vertragsärztlichen (also ambulanten) Versorgung ausgeschlossen sind. Hier besteht die Notwendigkeit, die Wirksamkeit durch weitere Studien zu belegen, deren Durchführung noch einige Zeit und Ressourcen in Anspruch nehmen wird.

In der klinischen Prüfung sind gegenwärtig neuartige Therapieansätze, bei denen z. T. mithilfe von Antikörpern Schlüsselrezeptoren der Hautentzündung blockiert werden. Deshalb kann in den nächsten Jahren eine deutliche Erweiterung des therapeutischen Arsenal erwartet werden, was insbesondere den Kranken mit einer »Problempsoriasis« zugute kommen dürfte.

Prävention und Schulung

Die Möglichkeiten der primären Prävention sind nach heutigem Wissensstand recht begrenzt. Es gilt, Risikofaktoren wie Rauchen, Alkoholgenuß und Übergewicht zu vermeiden, insbesondere bei familiärer Belastung für Psoriasis. Diese Faktoren spielen jedoch auch für den Verlauf der Erkrankung eine Rolle. Eine konsequente Hautpflege ist auch bei geringen Hauterscheinungen und auch

im erscheinungsfreien Intervall wichtig, um neue Krankheitsschübe herauszuzögern oder abzumildern. Die Früherkennung und frühzeitige Behandlung sind bei der Psoriasis-Arthritis von besonderer Bedeutung. Bestimmte Medikamente wie Betablocker oder Lithiumsalze sollten grundsätzlich gemieden werden. Die Rolle der Ernährung wird erst durch weitere Untersuchungen klarer werden. Ein Schwerpunkt der Tertiärprävention liegt in der Durchführung gezielter Schulungen für die Betroffenen. Diese werden regelmäßig im Rahmen von Rehabilitationsbehandlungen angeboten, an Akutkrankenhäusern jedoch selten und im ambulanten Bereich fast nie. Selbsthilfeorganisationen, besonders der Deutsche Psoriasis Bund bieten aber umfangreiche Beratungen an und arbeiten dabei mit Fachärzten zusammen und anderen Experten. Thematische Schwerpunkte solcher Beratungen sind Informationen zu den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und zur täglichen Pflege, Entspannungsmethoden, Selbstsicherheitstraining, Aufklärung über die Rolle der Vererbung und Informationen zum Thema Ernährung. Im Rahmen eines Modellversuches wird zurzeit eine »Beratungsstelle für Patienten mit Hautkrankheiten« vom Deutschen Psoriasis Bund in enger Zusammenarbeit mit der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und dem Berufsverband der Deutschen Dermatologen betrieben und von den Krankenkassen finanziell gefördert.

Selbsthilfe, Verbände und Gesellschaften

Der Deutsche Psoriasis Bund e.V. (DPB) ist mit 9.000 Mitgliedern die größte Selbsthilfeorganisation für Menschen mit Psoriasis in Deutschland. Darüber hinaus existieren noch weitere kleine, meist lokale Laien- und Selbsthilfeorganisationen.

Der DPB wird von einem wissenschaftlichen Beirat, dem Vertreter der Fachgesellschaften und Krankenkassenvertreter angehören, beraten. Neben den Mitgliedern nutzen auch Nichtmitglieder häufig die Internetseiten des DPB sowie das Beratungsangebot. Beispiele für die Aktivitäten des

DPB als Interessenverband sind die Stellungnahme im Anhörungsverfahren zum Entwurf einer »Positivistliste«, angefordert vom Institut für die Arzneimittelverordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, oder die Formulierung eines Vorschlags für Begutachtungskriterien der Psoriasis für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Auf ärztlicher Seite kümmern sich die Deutsche Dermatologische Gesellschaft und die mit ihr verbundene Arbeitsgemeinschaft für Dermatologische Forschung sowie der Berufsverband Deutscher Dermatologen um die Psoriasis. Die Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention e. V. engagiert sich insbesondere auf dem Felde der Rehabilitation und ist wie auch der Deutsche Psoriasis Bund an der Entwicklung von Schulungsprogrammen beteiligt.

Ressourcen der Gesundheitsversorgung

Die ärztliche Behandlung der Psoriasis wird im Wesentlichen von Hautfachärzten und Allgemeinmedizinern bzw. praktischen Ärzten getragen. Eine Hochrechnung auf der Basis von Daten des Zentralinstitutes für die Kassenärztliche Versorgung aus Nordrhein und Brandenburg zeigt, dass gleich viele Patienten ambulant Allgemeinmediziner und Fachärzte für Dermatologie, d. h. Hautärzte, aufsuchen.

Im Jahr 2000 waren in Deutschland 3.461 Dermatologen als niedergelassene Fachärzte tätig¹. Darüberhinaus waren 800 Dermatologen im Krankenhaus und 73 in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen tätig². Die Betreuung von Patienten mit einer Psoriasis-Arthritis wird von Rheumatologen bzw. Internisten zu etwa gleichen Anteilen gewährleistet. Wichtige Leistungen bei der Behandlung der Psoriasis werden auch von nichtärztlichen Heilberufen wie medizinischen

¹ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 5 Berufe des Gesundheitswesens 2000

² Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2000

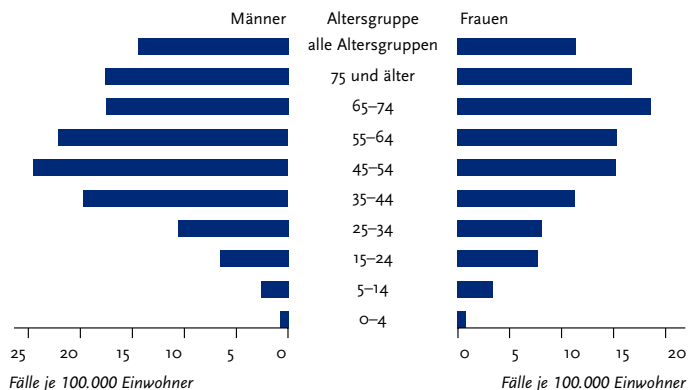
Bademeistern erbracht, bei der Psoriasis-Arthritis auch von Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Masseuren.

Die Forschung zur Psoriasis findet ganz überwiegend in der Dermatologie sowie, zum Teil im Rahmen von interdisziplinären Forschungsverbänden, in der Humangenetik und Immunologie statt. An solchen Verbänden sind auch Rehabilitationskliniken und weitere Disziplinen wie die Psychosomatik und Rheumatologie beteiligt.

Deutsche Forscher haben wichtige Impulse in der Grundlagenforschung gesetzt. So wurde beispielsweise von einer Forschergruppe aus Münster, Berlin und Bonn ein neuer Genort für ein Krankheits-Suszeptibilität auf dem Chromosom 19 entdeckt und eine Arbeitsgruppe aus Kiel hat mit dem Nachweis von Eiweißen, die der Mensch in der Haut bildet und die wie Antibiotika Bakterien abtöten können (sogenannte humane Beta-Defensine), ein völlig neuartiges System der angeborenen Immunabwehr aufgezeigt, dessen Bedeutung weit über die Psoriasis hinausreicht. Von der molekulargenetischen Forschung erhofft man sich zudem, schützende Gene für die Psoriasis zu identifizieren und dieses Wissen langfristig therapeutisch nutzbar zu machen.

Abbildung 1
Krankheitsfälle mit Psoriasis (ICD 696)
je 100.000 Einwohner 1999

Quelle: Statistisches Bundesamt, Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1999



Leistungen und Inanspruchnahme

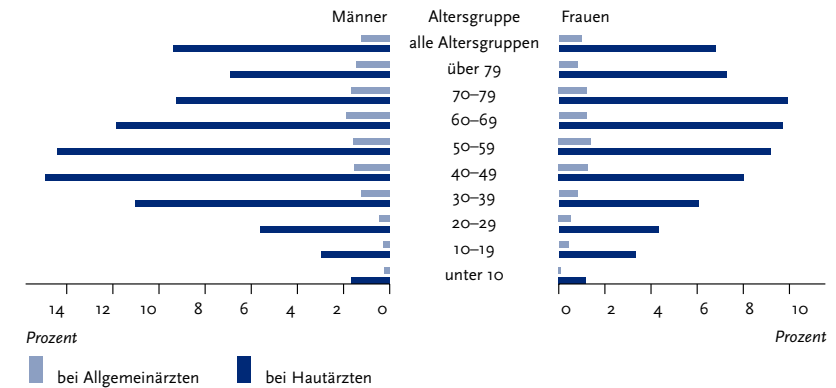
Stationäre Versorgung

In der Bundesrepublik Deutschland werden jährlich ca. 20.000 stationäre Psoriasis Behandlungsdurchgeführt. Dabei ist zu beachten, dass etwa die Hälfte der stationär betreuten Patienten nicht in Akutkrankenhäusern, sondern in Rehabilitationseinrichtungen versorgt wird. In Akutkrankenhäusern wurden im Jahr 1999 10.586 Krankenhausfälle (das sind 12,9 pro 100.000 Einwohner; 14,5 bei den Männern und 11,4 bei den Frauen) und, bei einer durchschnittlichen Verweildauer von rund 21 Tagen, ca. 221.545 Berechnungstage ausgewiesen (26 pro 100.000 Einwohner). Während die Zahl der Fälle in den letzten Jahren ungefähr konstant geblieben ist, ist die Zahl der Berechnungstage wegen einer abnehmenden durchschnittlichen Verweildauer zurückgegangen (von 1994 auf 1999 um 8,5%). Abbildung 1 zeigt die Alters- und Geschlechtsverteilung der Krankenhausfälle mit einem Überwiegen der Frauen bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 24 Jahre, die sich durch ein früheres Erkrankungsalter bei Frauen erklären lässt. Auffällig ist jedoch, dass nach dem 24. Lebensjahr deutlich mehr Männer stationär versorgt werden. Es stellt sich die Frage, ob die Erkrankung bei Männern schwerer verläuft, ob Frauen durch eine intensive-

Abbildung 2

Anteil der Patienten mit Psoriasis in Allgemeinarzt- und Hautarztpraxen, 1. Quartal 2000 (bezogen auf die Altersgruppe, die jeweils bei Allgemeinärzten bzw. bei Hautärzten in Behandlung war)

Quelle: ADT Panel des Zentralinstitutes für die Kassenärztliche Versorgung (Sonderauswertung, ZI)



re Pflege ihrer Haut besser »vorbeugen« und deshalb seltener stationärer Behandlung bedürfen, oder ob sich unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung das Inanspruchnahmeverhalten zwischen den Geschlechtern unterscheidet. Diese Fragen können nur durch Untersuchungen zum geschlechtsspezifischen Verlauf der Erkrankung beantwortet werden, die jedoch für Deutschland wie auch international noch ausstehen.

Im Rehabilitationsbereich wurde die Versorgung für Haut- und Geschlechtskrankheiten im Jahr 2000 durch 46 dermatologische Fachabteilungen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit insgesamt 2.521 Betten gesichert³. Es wurden 22.707 Fälle mit Haut- und Geschlechtskrankheiten behandelt. Die Auslastung der Betten betrug 62,1%, die durchschnittliche Verweildauer lag bei 25 Tagen. Für die Psoriasis stehen nur Angaben aus dem Teilbereich der von der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) getragenen Rehabilitationsmaßnahmen zur Verfügung. Hier wurden 2000 aufgrund einer Psoriasis 4.042 stationäre medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation durchgeführt⁴. Wie bei den Krankenhausbehandlungen überwiegen, bei nahezu gleichem Durchschnittsalter von ca. 43 Jahren, die Männer mit fast zwei Dritteln (2.533) der Rehabi-

litationsleistungen. Die Gründe für diesen Geschlechterunterschied sind auch hier noch nicht gut untersucht. Die Rehabilitationsleistungen aufgrund einer Psoriasis entsprachen fast der Hälfte aller aufgrund von Krankheiten der Haut und der Unterhaut im Rahmen der GRV durchgeführten Rehabilitationsleistungen. Aus diesem Verhältnis kann die Gesamtzahl von Rehabilitationsbehandlungen aufgrund einer Psoriasis in Deutschland für das Jahr 2000 auf über 10.000 geschätzt werden.

Ambulante Versorgung

Hochrechnungen auf der Grundlage eines Panels von repräsentativen Praxen von Allgemeinmedizinern und Hautfachärzten in Nordrhein und Brandenburg⁵ ergaben, dass im 1. Quartal des Jahres 2000 464.000 Patienten mit Psoriasis bei Allgemeinärzten und 470.000 bei Hautfachärzten in Behandlung waren (Abb. 2).

³ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2000

⁴ VDR Statistik Rehabilitation 2000

⁵ Sonderauswertung Dr. H. Koch, ZI

Die jeweils fast halbe Million von Psoriasis-Patienten bei diesen zwei Arztgruppen verteilt sich auf eine weit höhere Zahl von Allgemeinärzten als Hautärzten, so dass die Psoriasis bei Allgemeinärzten eine relativ seltene Diagnose war (1,3 % der durchschnittliche pro Praxis in dem Quartal behandelten Männer und 1 % der Frauen), bei Hautärzten jedoch eine häufige (9,4 % der Männer und 6,8 % der Frauen). Aufgrund des chronischen Charakters der Psoriasis muss man davon ausgehen, dass in den weiteren Quartalen des Jahres 2000 überwiegend dieselben Kranken medizinische Versorgung nachgefragt haben.

Bei Berücksichtigung von Neuerkrankungen, aber auch von möglichen Überlappungen der Gruppen von allgemeinärztlich behandelten und von fachärztlich behandelten Patienten ergibt sich, dass in Deutschland jedes Jahr über eine halbe Million, möglicherweise sogar eine Million Menschen mit Psoriasis ambulant versorgt werden. Patienten, die bei anderen Ärzten, z. B. Kinderärzten, betreut wurden, sind hier nicht mit einbezogen, dürften die Zahlen aber auch nur unwesentlich beeinflussen. Die ambulanten und stationären Behandlungsfälle von Psoriasis stehen demnach etwa im Verhältnis 50 zu 1.

Folgen für Gesundheit, Lebensqualität und Arbeitsleben

Die Psoriasis beeinflusst nachhaltig das Leben und die Lebensqualität der Betroffenen, da es sich um eine chronische Erkrankung handelt, bei der eine dauerhafte Heilung nicht möglich ist. Die Lebenserwartung wird durch die Psoriasis aber nicht verkürzt, da die Krankheit nicht tödlich verläuft. Schwerwiegende gesundheitliche Folgen gibt es bei der Psoriasis-Arthritis, die zu Gelenkversteifungen und erheblichen Bewegungseinschränkungen führen kann. Auch die Medikamente, die Kranke mit schwerer Psoriasis nehmen, können besonders bei langjähriger Einnahme und Vorerkrankungen erhebliche Nebenwirkungen auf innere Organe wie Leber und Nieren haben und diese im Einzelfall irreversibel schädigen.

Für Menschen mit Psoriasis ist die empfundene Stigmatisierung die schwerwiegendste Krankheitsfolge. So äußerten bei einer Befragung zur Lebensqualität Patienten mit Psoriasis, die zusätzlich Diabetes, Asthma bronchiale oder Bronchitis hatten, dass sie diese Erkrankungen im Vergleich zur Psoriasis als deutlich weniger belastend empfinden. Insbesondere junge Menschen mit Psoriasis befürchten bei den ersten Hautveränderungen, von ihren Freunden und Bekannten plötzlich wie Aussätzige behandelt zu werden, obwohl, wie zu betonen ist, die Krankheit nicht ansteckend ist. Ob eine Erkrankung von den Betroffenen selbst als schwerwiegend eingestuft wird, hängt nicht nur von der jeweiligen Ausdehnung und Schwere des Befundes ab. Entscheidend ist oft, ob »sensible Regionen« wie das Gesicht oder die Genitalregion betroffen sind und wie lange die Erkrankung insgesamt schon besteht. Auch Juckreiz kann ein erhebliches Problem sein.

Der Umgang mit der Krankheit nimmt sehr wahrscheinlich Einfluss auf den Verlauf. Eine depressiv-resignative Krankheitsverarbeitung (»ich kann nichts machen«) und ein »Abkapseln« sind häufig zu beobachtende Reaktionen auf die Erkrankung. Die Kontaktaufnahme zu anderen Kranken z. B. im Rahmen einer Selbsthilfeorganisation kann helfen, mit der Krankheit selbstbewusster (»ich bin hautkrank, aber deshalb nicht weniger wert als andere«) umzugehen.

Zu den Einschränkungen durch die Psoriasis gehört zudem, dass aufgrund des chronischen Verlaufes die Betroffenen Zeit für eine weit über das normale Maß hinausgehende Körperpflege, für Arztbesuche und Behandlungstermine (z. B. mehrfache Bestrahlungstermine pro Woche) etc. aufwenden müssen. So wurde in einer Schweizer Studie bei 465 Erkrankten der durchschnittliche krankheitsbedingte Mehraufwand für persönliche Hautpflege mit 172 Stunden pro Jahr und für medizinische Behandlung (Arztbesuche) mit durchschnittlich 16 Stunden pro Jahr ermittelt. Dabei entstehen für die Betroffenen auch erhebliche Kosten für Hautpflegemittel, Reinigung und erhöhte Kleidungsabnutzung sowie Fahrtkosten zu Behandlungen.

Das Arbeitsleben kann durch erkrankungsbedingte Ausfallzeiten beeinflusst werden. Von Bedeutung für die Betroffenen ist aber vor allem, dass Berufe, in denen die Haut einer besonderen Be-

lastung ausgesetzt ist (beispielsweise Pflegeberufe, Berufe mit hoher Staubentwicklung in geschlossenen Räumen oder Arbeiten im nassen Milieu oder mit Chemikalien, z. B. Friseurberuf), oder Tätigkeiten, für die kosmetische Aspekte wichtig sind, nicht oder nicht mehr ausgeübt werden können. Auch mechanisch belastende Arbeiten können bei einer an den Händen lokalisierten Psoriasis nicht ausgeübt werden.

Volkswirtschaftliche Relevanz

Die Gesamtkosten, die durch die Psoriasis volkswirtschaftlich entstehen, können aufgrund der weitgehend fehlenden Daten nicht angegeben werden. Zu den wichtigen Anteilen gehören sicherlich die Kosten für die Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Pflege der Erkrankung in Gesundheitseinrichtungen, die zum größten Teil von den Kranken- und Rentenversicherungsträgern aufgebracht werden.

Wie oben aufgeführt belief sich 1999 die Anzahl der Pflegetage in Akutkrankenhäusern für die Diagnose Psoriasis gemäß Krankenhausdiagnosestatistik auf ca. 222.000. Für die Zahl der Pflegetage in Rehabilitationseinrichtungen wird geschätzt, dass sie sich sowohl 1999 als auch 2000 in der Größenordnung von 280.000 Pflegetagen bewegt. Diese Schätzung beruht auf der Gesamtzahl der Pflegetage in Fachabteilungen für Haut- und Geschlechtskrankheiten von Rehabilitationseinrichtungen⁶ und einem, auf der Grundlage der Daten der gesetzlichen Rentenversicherung angenommenen Anteil von 50 % für die Psoriasis.⁷ Krankheitspezifische Kosten für diese Pflegetage anzugeben ist nicht möglich, einen gewissen Anhalt liefert jedoch ein Durchschnittswert für stationäre Behandlungen einschließlich stationären Kurbehandlungen, der für 1998 mit 333 € pro Pflegetag angegeben wird⁸. Dies entspräche bei ca. 500.000 Pflegetagen über 160 Millionen €.

Genaue Daten zu den Behandlungskosten im ambulanten Bereich gibt es nicht. Erwähnenswert ist jedoch, dass das breitere Behandlungsspektrum der fachärztlichen im Vergleich zu den allgemeinärztlichen Praxen aufgrund der relativ preiswerten UV-Licht Behandlungen wahrscheinlich mit

niedrigeren durchschnittlichen Behandlungskosten verbunden ist – trotz schwerer erkrankten Patienten.

Die Psoriasis verursacht auch Kosten durch Arbeitsunfähigkeit und Berentung. Auch hier lassen sich nur punktuell Angaben machen. So verzeichnete die AOK-West 1998 7,35 Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) aufgrund von Psoriasis pro 10.000 männlichen Pflichtmitgliedern, bei weiblichen Pflichtmitgliedern 4,94 Fälle pro 10.000 (bei einer vergleichbaren durchschnittlichen Zahl von AU-Tagen von 28 bzw. 27 pro Fall). Dieses Überwiegen der Männer, das sich bereits bei der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Behandlungen gezeigt hatte, war bei den AU-Fällen auch bei den Pflichtmitgliedern der AOK-Ost erkennbar (bei Männern 9,77 AU-Fälle pro 10.000 und bei Frauen 7,93 pro 10.000). Die durchschnittliche Anzahl der AU-Tage pro Fall lag geringfügig niedriger als in der AOK-West (27 Tage bei Männern und 26 bei Frauen). Insgesamt waren bei den ca. 11 Millionen AOK Pflichtmitgliedern 1998 über 200.000 Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund einer Psoriasis zu verzeichnen.⁹ Die Anzahl der Neuberentungen aufgrund einer Psoriasis beträgt jährlich ca. 250 bis 300.

Schlussbetrachtung

Die Psoriasis zählt zu den großen Volkskrankheiten mit einer Prävalenz von 2–3 % in der deutschen Bevölkerung. Die Erkrankung ist mit vielfältigen Beeinträchtigungen verbunden und wird aufgrund ihrer Sichtbarkeit und des damit verbundenen Stigmas von den Betroffenen als sehr schwerwiegend und einschneidend empfunden.

Handlungsbedarf besteht in Deutschland bezüglich der wohnortnahen Rehabilitation. Es wäre wünschenswert, die Versorgungsstruktur dahingehend weiterzuentwickeln, dass Möglich-

6 Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2000

7 VDR Statistik Rehabilitation 2000, Band 138

8 Statistisches Bundesamt, alte Gesundheitsausgabenrechnung

9 Krankheitsartenstatistik 1998, AOK Bundesverband

keiten der wohnortnahen Rehabilitation unter Einschluss einer umfassenden Patientenschulung und gleichzeitiger Einbeziehung der Erfahrungen der »erlebten Kompetenz« der Selbsthilfe geschaffen werden. Die Entscheidung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, die Foto-Soletherapie und die Bade-PUVA-Therapie als vertragsärztliche Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung auszuschließen, sollte noch einmal kritisch überprüft werden. Oft führt diese Entscheidung dazu, dass schwer erkrankte Patienten einen stationären Aufenthalt auf sich nehmen, obwohl sie aus persönlichen oder beruflichen Gründen eine ambulante Therapie vorziehen würden, die auch volkswirtschaftlich (Arbeitsausfall) sinnvoller ist.

Bemerkenswerterweise bestehen im Bereich der epidemiologischen Forschung erhebliche Wissenslücken, so dass Erkenntnisse, die von den Betroffenen in ihrem täglichen Leben unmittelbar angewandt werden könnten, z. B. durch Änderungen ihrer Lebensweisen, oft nicht zur Verfügung stehen. Die von den Betroffenen gestellte Frage »Was kann ich selber für mich tun?« kann in der Regel nicht adäquat beantwortet werden. Es besteht ein erheblicher Nachhol- und Handlungsbedarf an Forschung auf dem Gebiet der Epidemiologie der Psoriasis z. B. zur Rolle der Ernährung oder zu Strategien der Krankheitsverarbeitung. Auch die gesundheitsökonomische Datenlage zu den direkten und indirekten Kosten der Psoriasis ist mangelhaft. Effektivitätsprofile verschiedener Therapiemodalitäten fehlen.

Die in Deutschland an Universitäten, Großforschungseinrichtungen und in der Pharmaindustrie betriebene Forschung zur Psoriasis ist im wesentlichen grundlagenorientiert und konzentriert sich auf die beteiligten Immunmechanismen und Aspekte der Entzündungsforschung sowie der Identifizierung der Krankheits-Suszeptibilitätsgene. Diese grundlagenorientierte Forschung hat das Wissen um die Erkrankung in den letzten Jahren erheblich erweitert, aber es ist immer noch ein langer Weg bis hin zu neuen Therapien.

Eine deutliche Stärkung der epidemiologischen Forschung auf dem Gebiet der Psoriasis wird empfohlen, um in der Zukunft neue Präventionsansätze zu ermöglichen.

Weiterführende Literatur

- Barker JNWN Genetic aspects of psoriasis (2001) *Clin Exp Dermatol* 26: 321–325
- Boehncke WH, Zollner TM, Dressel D, Kaufmann R (1997) Induction of psoriasiform inflammation by a bacterial superantigen in the SCID-hu xenogeneic transplantation model. *J Cutan Pathol* 24: 1–7
- Christophers E (2001) Psoriasis – epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol* 26: 314–320
- Harder J, Bartels, Christophers E, Schröder JM (1997) A peptide antibiotic from human skin. *Nature* 387: 861–862
- Henseler T, Christophers E (1985) Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 13: 450–456
- Higgins E (2000) Alcohol, smoking and psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 25: 107–110
- Lee YA, Rüschenhoff F, Windemuth C, Schmitt-Egenolf M, Stadelmann A, Nürnberg G, Ständer M, Wienker TF, Reis A, Traupe H (2000) Genomewide scan in German families reveals evidence for a novel psoriasis-susceptibility locus on chromosome 19p13. *Am J Hum Genet* 67: 1020–1024
- Naldi L, Parazzini F, Brevi A, Peserico A et al. (1992) Family history, smoking habits, alcohol consumption and risk of psoriasis. *Brit J Dermatol* 127: 212–217
- Naldi L, Parazzini F, Peli L, Chatenoud L, Cainelli T (1996) Dietary factors and the risk of psoriasis. Results of an Italian case-control study. *Br J Dermatol* 134: 101–106
- Nevitt GJ, Hutchinson PE (1996) Psoriasis in the community: prevalence, severity and patient's beliefs and attitudes towards the disease. *Br J Dermatol* 135: 533–537
- Schmid-Ott G, Jaeger B, Kuensebeck HW, Ott R, Lamprecht F (1996) Dimensions of stigmatization in patients with psoriasis in a »questionnaire on experience with skin complaints«. *Dermatology* 193: 304–310

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Dr. Hannelore Neuhauser, Dr. Thomas Ziese
Seestraße 10
13353 Berlin

Autoren

Prof. Dr. med. Heiko Traupe
Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten
Universitätsklinikum Münster
Prof. Dr. med. Bernt-Peter Robra, MPH
Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie
Otto-von-Guericke Universität Magdeburg

Abonnentenservice

Die Hefte »Gesundheitsberichterstattung des Bundes« können im Jahresabonnement oder als einzelne Hefte bezogen werden.
E-Mail: gbe@rki.de
www.gbe-rki.de
Tel.: 018 88. 754-34 00
Fax: 018 88. 754-35 13

Druck

Muk. Medien und
Kommunikations GmbH, Berlin

ISBN

3-89606-134-8

ISSN

1437-5478

Die **Gesundheitsberichterstattung des Bundes** präsentiert ihr Daten- und Informationsangebot auch im Internet unter

www.gbe-bund.de

Die dort angebotenen Informationen geben Ihnen einen umfassenden Überblick über alle Teilaspekte des tief gegliederten Gesundheitswesens in Deutschland.

Sie haben die Möglichkeit anhand der vorliegenden Daten Ihre eigenen Tabellen zu erstellen. Die Tabellen sowie die darüber hinaus angebotenen Grafiken und Texte können Sie zur weiteren Verarbeitung auf Ihren eigenen Rechner übertragen.

Das Informationsangebot der Gesundheitsberichterstattung steht Ihnen rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr zur Verfügung. Es wird ständig erweitert und aktualisiert.

Zur Anmeldung verwenden Sie bitte den Nutzernamen »gast«. Dieser Name benötigt kein Passwort.

Weitere Auskünfte erhalten Sie unter **01888-644-8121**

Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease that affects about 2 million people in Germany. Epidemiologic studies have not shown a consistent prevalence difference between men and women. The most common forms are psoriasis vulgaris, psoriasis arthritis and pustular psoriasis. Psoriasis can have a considerable impact on health, quality of life and professional life as it is a chronic disease and a definitive cure is not possible. Although psoriasis is not contagious, many patients experience a profound stigmatisation. Over half a million, maybe a million persons with psoriasis are treated as outpatients in Germany every year. In addition, there are approximately 20,000 hospital cases. Some differences between men and women can be noted. Epidemiologic and genetic studies have allowed the differentiation between "early onset" psoriasis vulgaris (type 1) and "late onset" psoriasis vulgaris (type 2). Type 1 psoriasis has a strong genetic background involving a major susceptibility gene on the short arm of chromosome 6. However, considerable knowledge gaps still exist, in particular in the field of epidemiologic research, e.g. about the role of nutrition, coping strategies and effectiveness of various therapeutic regimens.



Abbildung 1, Seite 10

Krankenhausfälle mit Psoriasis (ICD 696) 1999

Fälle je 100.000 Einwohner

Quelle: Statistisches Bundesamt, Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1999

Altersgruppe	Männer	Frauen
	je 100.000 Einwohner	je 100.000 Einwohner
alle Altersgruppen	14,5	11,4
75 und älter	17,6	16,8
65–74	17,5	18,6
55–64	22,1	15,3
45–54	24,5	15,2
35–44	19,7	11,3
25–34	10,6	8,1
15–24	6,6	7,7
5–14	2,6	3,4
0–4	0,8	0,8

Abbildung 2, Seite 11

Anteil der Patienten mit Psoriasis in Allgemeinarzt- und Hautarztpraxen, 1. Quartal 2000 (bezogen auf die Altersgruppe, die jeweils bei Allgemeinärzten bzw. bei Hautärzten in Behandlung war)

Angaben in Prozent

Quelle: ADT Panel des Zentralinstitutes für die Kassenärztliche Versorgung (Sonderauswertung, ZI)

Altersgruppe	Männer		Frauen	
	bei Hautärzten	bei Allgemeinärzten	bei Hautärzten	bei Allgemeinärzten
alle Altersgruppen	9,36	1,25	6,79	0,98
über 79	6,92	1,45	7,26	0,81
70–79	9,23	1,68	9,91	1,22
60–69	11,83	1,86	9,70	1,20
50–59	14,42	1,58	9,20	1,39
40–49	14,93	1,53	8,02	1,27
30–39	11,04	1,21	6,04	0,81
20–29	5,61	0,44	4,32	0,54
10–19	2,99	0,27	3,32	0,42
unter 10	1,67	0,25	1,17	0,08