

M. Augustin¹
B. Ehlken²
I. Zschocke³
K. Berger²

Die Psoriasis­therapie in der dermatologischen Praxis führt zu verbesserter Lebensqualität – Ergebnisse einer naturalistischen Multizenter-Studie

Psoriasis Treatment in Dermatological Practice Improves Quality of Life – Results of a Naturalistic Multi-Centre Study

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Psoriasis vulgaris geht mit erheblichen Einbußen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (LQ) einher. Nur wenige Untersuchungen liegen bislang zur Frage der Wirksamkeit einer dermatologischen Standard-Therapie unter Praxis-Bedingungen vor. **Zielsetzung:** Erhebung der LQ einer bundesweiten Stichprobe ambulanter Patienten mit Psoriasis vulgaris im Verlaufe der Therapie unter Praxisbedingungen. **Methodik:** Prospektive, multizentrische LQ-Studie in dermatologischen Praxen und Polikliniken an ambulanten erwachsenen Patienten mit chronischer Plaque-Psoriasis mittlerer oder schwerer Ausprägung. Für die Therapie der Psoriasis wurden keine Vorgaben gemacht. Die Erhebung der LQ erfolgte anhand des Dermatology Life Quality Index (DLQI), des EQ-5D und der EQ-5D visuellen Analogskala (VAS). **Ergebnisse:** Der mittlere DLQI-Summenscore war mit 8,9 deutlich erhöht. Die Einschränkungen betrafen insbesondere die Bereiche Schmerzen/körperliche Beschwerden und Angst/Niedergeschlagenheit. Der Befall sichtbarer Körperareale wie des Gesichtes sowie der Genitalien ging mit eingeschränkter Lebensqualität einher. Sechs Wochen nach der ersten Konsultation zeigte sich eine Besserung der Lebensqualität in allen Bereichen. Im gleichen Zeitraum kam es zu einer selbst eingeschätzten Besserung der Psoriasis bezüglich der klinischen Symptome. Im EQ-5D fanden sich gleichfalls Besserungen der Befindlichkeit. **Schlussfolgerungen:** Die qualifizierte dermatologische Behandlung der Psoriasis unter Praxisbedingungen geht bei mittelschweren und schweren Formen der Psoriasis mit signifikanten Verbesserungen der LQ einher.

Abstract

Background: Psoriasis vulgaris is associated with severe reductions of health-related quality of life (QoL). There are few investigations addressing the efficacy of dermatological standard treatment under practice conditions. **Objective:** Evaluation of the QoL in a nationwide out-patient sample of patients with psoriasis vulgaris in the course of treatment under practice conditions. **Methods:** Prospective, multicenter QoL study in dermatologic practices and outpatient services on adult patients with chronic plaque psoriasis of moderate or severe degree. There were no regulations for treatment. QoL was evaluated using the Dermatology Life Quality Index (DLQI), the EQ-5D and EQ-5D visual analogue scale (VAS). **Results:** The average DLQI total score was markedly increased at 8,9. Limitations in QoL were especially due to pain/physical trouble and to anxiety/depression. Especially patients with sensitive skin areas affected (face or genital region) showed impairment of QoL. Six weeks after the first consultation QoL had markedly improved. In the same period, the psoriasis improved clinically, as assessed by the global patient assessment. **Conclusions:** Qualified dermatological treatment of moderate to severe psoriasis under practice conditions leads to significant improvements of QoL.

Institutsangaben

¹ Klinik für Dermatologie und Venerologie, Univ.-Klinikum Hamburg Eppendorf

² MERG – Forschungsgruppe Medizinische Ökonomie, München

³ IFKS, Freiburg

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. Matthias Augustin · FG Gesundheitsökonomie und Lebensqualitätsforschung · Klinik für Dermatologie und Venerologie · Univ.-Klinikum HH Eppendorf · Martinistraße 52 · 20246 Hamburg ·

E-mail: m.augustin@uke.uni-hamburg.de

Bibliografie

Akt Dermatol 2005; 31: 321–327 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2005-861326 · ISSN 0340-2541

Einleitung

Die Psoriasis vulgaris ist wegen ihres chronischen und oftmals therapierefraktären Verlaufs in den westlichen Ländern mit hohen subjektiven Belastungen für die Betroffenen [20,27] wie auch mit erheblichen sozio-ökonomischen Konsequenzen für die Gesellschaft verbunden [3,18,16,38].

Die Einbußen der Lebensqualität können bei der Psoriasis praktisch alle Lebensbereiche betreffen. Hierzu zählen das körperliche und das psychische Befinden, die Funktionsfähigkeit im Berufsleben und Alltag wie auch das Sozialleben [12,8,2,3,37,38]. Die Einbußen der Lebensqualität bewegen sich in Größenordnungen wie bei schweren internistischen Erkrankungen, etwa dem Diabetes mellitus, der arteriellen Verschlusskrankheit und dem Zustand nach Herzinfarkt [27]. Schließlich kann auch die Therapie belastend sein und selbst zu Verminderungen der Lebensqualität beitragen [3].

Umgekehrt führen definierte Behandlungen der Psoriasis zu Verbesserungen der Lebensqualität [23,32]. Auch die stationäre Krankenhausbehandlung hat einen verbessernden Effekt auf die Lebensqualität [23,35].

Die Daten zu den Therapieeffekten der Psoriasis auf die Lebensqualität wurden bislang überwiegend aus kontrollierten, klinischen Studien oder aus anderen selektierten Patientenkohorten gewonnen, in denen erhebliche Selektionseffekte auftreten können. Bislang wurden demgegenüber keine Studien zu den generellen Effekten der dermatologischen Therapie auf die Lebensqualität der Patienten mit Psoriasis publiziert. Studien dieser Art wären für die Versorgungsforschung im Bereich der Dermatologie von großem Interesse.

Um die Effekte der Behandlung der Psoriasis vulgaris unter Praxisbedingungen zu evaluieren, wurde die vorliegende Studie an konsekutiven Patienten in dermatologischen Klinikambulanzen und Praxen in ganz Deutschland durchgeführt.

Patienten und Methoden

Studiendesign

Bei der Erhebung handelt es sich um eine retrospektive und prospektive Krankheitskostenstudie kombiniert mit einer prospektiven Lebensqualitätsstudie. Die Daten zur Lebensqualität, welche Gegenstand der vorliegenden Publikation sind, wurden zu zwei Zeitpunkten erhoben: zum Zeitpunkt des Arztbesuches aufgrund einer aktuellen Hautverschlechterung (Zeitpunkt T1) und sechs Wochen später (Zeitpunkt T2).

Patienten

Die Studie wurde in 12 deutschen dermatologischen Kassenarztpraxen und 5 Ambulanzen dermatologischer Kliniken durchgeführt. Eingeschlossen wurden erwachsene Patienten mit chronischer Plaque-Psoriasis mittlerer oder schwerer Ausprägung, die aufgrund einer aktuellen Hautverschlechterung ihren behandelnden Dermatologen aufsuchten. Die Einschlüsse erfolgten konsekutiv und unselektiert.

Erhebung klinischer Parameter

Der Psoriasis-Schweregrad wurde durch den behandelnden Arzt mittels Abschätzung der Körperoberfläche (Body Surface Area, BSA) bestimmt. Dieses Verfahren ist in klinischen Studien bei der Psoriasis international üblich [39,40] und insbesondere in Multizenter-Studien zuverlässiger zu erheben als der komplexe PASI-Score. Als mittlerer Schweregrad der Psoriasis wurde ein Befall von 10–20% der Körperoberfläche gewertet, als schwere Ausprägung ein Befall von >20% der Körperoberfläche.

In einem Teil der Zentren wurde zusätzlich der Psoriasis Area and Severity Index (PASI, Frederiksson 1978) bestimmt. Die PASI-Erhebung diente zur externen Validierung des BSA.

Klinische Angaben bezüglich der Erkrankungsdauer, dem Auslöser der aktuellen Hautverschlechterung, den aktuell betroffenen Körperregionen und der Ausprägung der Symptome wurden von den Patienten mittels eines kurzen Fragebogens erhoben. Die Stärke der Symptome wurde anhand einer Skala von 0 („keine Belastung“) bis 7 („sehr starke Belastung“) bewertet.

Erhebung der Lebensqualität

Zur Erfassung der Lebensqualität wurden zwei international weit verbreitete Fragebogen eingesetzt; zum einen der krankheitsspezifische „Dermatology Life Quality Index“ (DLQI) (Finlay et al., 1994 [12], Re-Validierung von Augustin 1999 [2]), zum anderen der generische LQ-Fragebogen EuroQol (EQ-5D) [15].

Der DLQI besteht aus zehn Fragen, die als Gesamtscore ausgewertet werden. Sie beziehen sich auf die folgenden sechs Dimensionen: Symptome, tägliche Aktivitäten, Freizeit/Sport, Arbeit/Schule, Beziehungen und Therapie. Die Beantwortung erfolgt auf einer Likert-Skala von 0 („überhaupt nicht“) bis 3 („sehr“). Je höher der Summenscore, umso eingeschränkter wird die krankheitsbezogene Lebensqualität aufgrund der Hauterkrankung bewertet. Ein Summenscore von über 10 wurde aufgrund der vorpublizierten Daten [2,12] als konservativ geschätzter Schwellenwert signifikant eingeschränkter Lebensqualität verwendet.

Zur allgemeinen Beschreibung des Gesundheitsprofils wurde der EQ-5D als krankheitsübergreifendes, international weit verbreitetes Indexinstrument eingesetzt [15]. Der Gesundheitszustand wird anhand der fünf Dimensionen „Beweglichkeit/Mobilität“, „Für sich selbst sorgen“, „Allgemeine Tätigkeiten“, „Schmerzen/körperliche Beschwerden“ und „Angst/Niedergeschlagenheit“ abgebildet. Auch hier liegt eine Likert-Skala von 1 = „keine Probleme“ bis 3 = „extreme Probleme“ vor. Die fünf Antwortdimensionen können zu einem Indexwert aggregiert werden.

Der EQ-5D VAS ist eine zusätzliche visuelle Analogskala, die auf einer standardisierten vertikalen Skala von 20 cm Länge und einem Wertebereich von 0 („schlechteste Lebensqualität“) bis 100 („best-denkbare Lebensqualität“) zur globalen Abschätzung der eigenen aktuellen gesundheitsbezogenen Lebensqualität verwendet wird.

Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte mit SAS Release 8.0. Zum Vergleich von Gruppenverteilungen wurde der Chi-Quadrat-Test eingesetzt. Zum Vergleich der Mittelwerte bei unabhängigen Stichproben wurde der Wilcoxon-Rangsummen-Test und bei abhängigen Stichproben der Wilcoxon-Vorzeichentest verwendet.

Als Zielkriterium des DLQI wurde der globale Summenscore erhoben. Fehlende Angaben beim DLQI wurden – wenn nicht mehr als 2 Fragen bei einem Patienten unbeantwortet geblieben waren – als nicht relevant für den Patienten bewertet und mit 0 („Frage betrifft mich nicht“) bewertet. Gemäß den Daten der Re-Validierung wurde der Globalscore des DLQI als „missing value“ definiert, wenn mehr als 20% der Items fehlten [2].

Patienten mit fehlenden Angaben bei den Items des EQ-5D und der VAS wurden bei der Auswertung nicht berücksichtigt. Mit Hilfe der geschätzten Lebensqualitätsindexwerte für Deutschland wurde der Indexwert berechnet [15].

Ergebnisse

Patienteneinschlüsse

Von April 2002 bis Oktober 2002 wurden n = 227 Patienten in 17 Zentren (zwölf niedergelassene Praxen und fünf dermatologische Spezialambulanzen) eingeschlossen. Ausgefüllte Fragebogen zum Zeitpunkt der aktuellen Hautverschlechterung (Teil A) wurden von n = 196 (86%) Patienten und zum Zeitpunkt 6 Wochen nach Einschluss in die Studie (Teil B) von n = 148 (65%) Patienten zurückgesendet. Die Rate der korrekt ausgefüllten Fragebogen lag bei $\geq 90\%$. In dieser Publikation werden die Ergebnisse der Lebensqualitätstudie gezeigt.

Stichprobenbeschreibung

In die Analyse wurden 126 Patienten eingeschlossen, für die Angaben zur Lebensqualität an beiden Erhebungszeitpunkten vorlagen. Die demographischen und erkrankungsspezifischen Daten der Patienten sind in Tab.1 zusammengefasst. Der Vergleich zeigt, dass sich die analysierte Stichprobe bis auf einen etwas zu den Frauen verschobenen Geschlechteranteil bezüglich der demographischen und erkrankungsspezifischen Parameter nicht unterscheidet.

Eingesetzte Therapien

Im Verlaufe der sechswöchigen Beobachtung wurden bei n = 40 (32%) Patienten zusätzlich systemische Therapien und bei n = 86 (68%) Patienten ausschließlich topische bzw. phototherapeutische Therapien eingesetzt.

Häufigste systemische Wirkstoffe waren Fumarsäureester (19 von 40 Patienten; 48%), Methotrexat (11 von 40 Patienten; 28%) und Ciclosporin (5 von 40 Patienten; 13%).

Bezogen auf den Schweregrad wurden bei schwer betroffenen Patienten signifikant häufiger ($p < 0,05$) Systemtherapien eingesetzt als bei mittelschwer betroffenen Patienten (40% vs. 23%).

Tab. 1 Demographische und krankheitsspezifische Parameter

Parameter	Gesamtstichprobe* (n = 171)	Analysierte Stichprobe (n = 126)
Alter (Jahre)	47,7 ± 12,3	48,4 ± 12,5
Altersspanne (Jahre)	18 bis 75	18 bis 75
Geschlecht	56% männlich, 44% weiblich	50% männlich, 50% weiblich
Erkrankungsdauer (Jahre)	20,0 ± 13,7	20,9 ± 14,3
Schweregrad	mittel 57% schwer 43%	mittel 58% schwer 42%

* alle Patienten mit Angaben zur Lebensqualität zum Zeitpunkt der aktuellen Hautverschlechterung

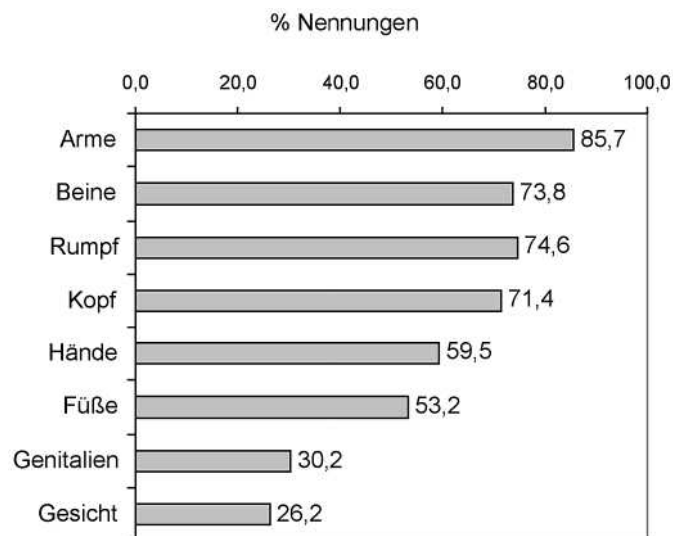


Abb. 1 Befallsareale der Psoriasis zum Zeitpunkt der aktuellen Hautverschlechterung (T1) (n = 126; Mehrfachnennungen möglich).

Klinische Symptomatik im Therapieverlauf

Die häufigst betroffenen Hautregionen waren Arme und Beine, gefolgt von Kopf und Rumpf (Abb. 1).

Als am stärksten belastende Symptome wurden „Schuppige Haut“ und „Kopfhautbefall“ genannt, gefolgt von „Juckreiz“ und „Trockene Haut“ zum Zeitpunkt der aktuellen Hautverschlechterung genannt.

Folgende Anteile der n = 126 Patienten gaben deutliche bis sehr starke Beschwerden (entsprechend 4–7 Punkte) an: „Schuppige Haut“ 60% (n = 75), „Kopfhautbefall“ 45% (n = 57), „Juckreiz“ 41% (n = 51) und „Trockene Haut“ 35% (n = 44). Nach einer Behandlung von 6 Wochen lindern sich die Beschwerden bezüglich schuppiger Haut (43%), Kopfhautbefall (33%) und Juckreiz (32%) deutlich. Die trockene Haut wird zu beiden Zeitpunkten von einem vergleichbaren Anteil der Patienten als belastend empfunden.

Lebensqualität im Therapieverlauf

Bei Erstkontakt (kurz nach aktueller Hautverschlechterung) betrug der Summenscore des DLQI im gesamten Kollektiv 8,9 (SD 6,4) und variierte von 0 bis 27 (Abb. 2).

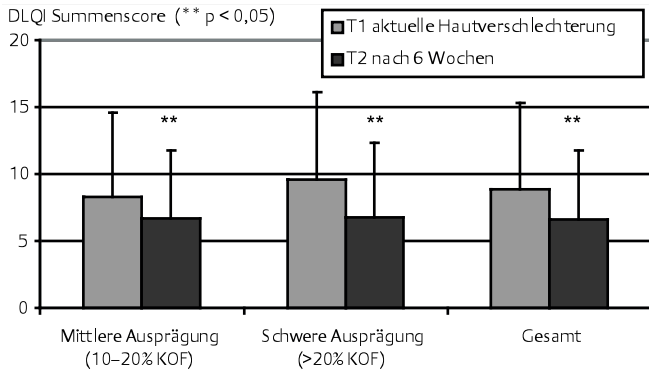


Abb. 2 Lebensqualität der Patienten mit Psoriasis vor und nach 6 Wochen dermatologischer Therapie im DLQI-Summscore (n = 126). Hohe Werte entsprechen hohen Belastungen der Lebensqualität.

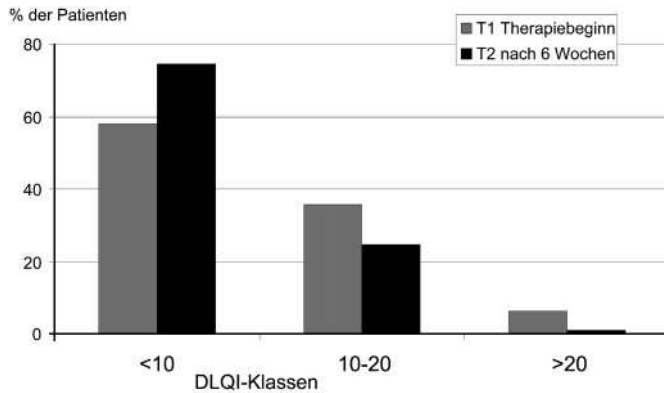


Abb. 3 Verteilung der Lebensqualitäts-Schweregradstufen vor und nach 6 Wochen dermatologischer Therapie (n = 126).

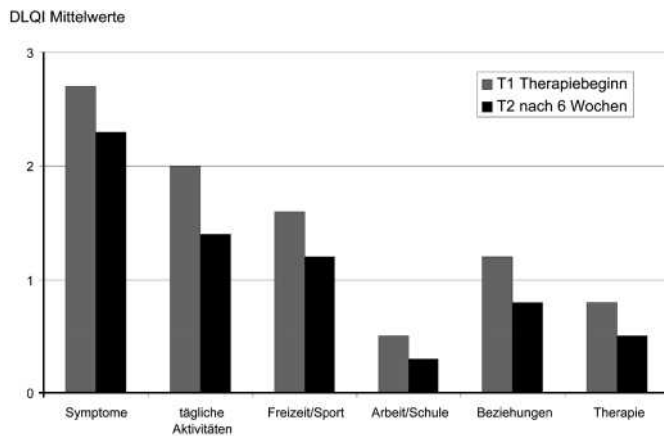


Abb. 4 Lebensqualität der Patienten mit Psoriasis vor und nach 6 Wochen dermatologischer Therapie in den Einzeldimensionen des DLQI (n = 126).

Die Größenordnung des Summscores liegt in einem ähnlichen Bereich wie in anderen, methodengleichen Studien zur Psoriasis (z. B. 10,4 + 7,1 bei Augustin 1999 [2]). Er liegt unter den mittleren Summscores für die atopische Dermatitis (z. B. 13,2 + 7,5 bei Augustin 1999 [2]). Bei 58% der Patienten lag der DLQI-Summscore zwischen 0 und 10, bei 36% zwischen 11 und 20 und bei 6% über 20 (Abb. 3).

Tab. 2 Lebensqualität der Patienten mit Psoriasis zum Zeitpunkt der Hautverschlechterung und nach 6 Wochen dermatologischer Therapie, gemessen am DLQI-Summscore – stratifiziert nach Therapieregime (n = 126)

	T1 MW (SD)	Median	T2 MW (SD)	Median	% Diff.
Topische und/oder UV-Therapie (n = 86)	9,1 (6,8)	7,0	7,0 (5,7)	5,5	23,1
Topische und/oder UV-Therapie plus systemische Behandlung (n = 40)	8,3 (5,6)	7,0	5,7 (4,0)	5,0	31,3
Gesamt (n = 126)	8,9 (6,4)	7,0	6,5 (5,2)	5,0	

Bei globaler Bewertung ist festzustellen, dass sich die LQ bei ca. 58% der Patienten (n = 73) im Verlaufe der 6 Wochen verbessert bzw. bei 16% (n = 20) nicht verändert, jedoch bei 26% der Patienten (n = 33) auch verschlechtert hat. Der DLQI-Summscore reduzierte sich auf 6,5 (SD 5,2) (Abb. 2). Der Unterschied ist statistisch signifikant (p < 0,05). Die Verbesserung der LQ zeigt sich deutlich in allen Bereichen des täglichen Lebens, die durch die einzelnen Dimensionen des DLQI beschrieben werden (Abb. 4).

Bei den Patienten, die zusätzlich mit systemischen Präparaten behandelt wurden, zeigte sich nach 6 Wochen eine deutlichere Verbesserung der LQ gemessen am Summscore des DLQI als bei Patienten, die ausschließlich topisch und/oder phototherapeutisch behandelt wurden (Tab. 2).

Das Gesundheitsprofil basierend auf den Fragen des EQ-5D zeigt vor allem eine Einschränkung der Lebensqualität bezüglich der Dimension Schmerzen/körperliche Beschwerden (Abb. 5). Der Indexwert, errechnet aus den fünf Dimensionen des EQ-5D, beträgt im Mittel 0,79 (SD 0,18) zum Zeitpunkt der aktuellen Hautverschlechterung und verbessert sich leicht auf 0,81 (SD 0,18). Auf der visuellen Analogskala zur Lebensqualität wurde im Mittel ein Wert von 64 (SD 20) zum Zeitpunkt der aktuellen Hautverschlechterung angekreuzt, der sich nach 6 Wochen auf einen Wert von 66 (SD 20) verbesserte (Abb. 6).

Differenzierungsfaktoren der Lebensqualität zum Zeitpunkt der aktuellen Hautverschlechterung

Stratifiziert nach Schweregrad der aktuellen Hautverschlechterung zeigt der Summscore des DLQI eine größere Einschränkung der Lebensqualität in der Gruppe mit schwerer Ausprägung der Plaque-Psoriasis (Abb. 2); dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant (p > 0,05). Beim EQ-5D-Indexwert und der visuellen Analogskala zeigt sich im Mittel kein signifikanter Unterschied (p > 0,05) zwischen den Gruppen mit mittlerer und schwerer Ausprägung der Hauterkrankung (Indexwert: 0,80 vs. 0,78; VAS: 66 vs. 61).

Bei Berücksichtigung der betroffenen Körperregionen zeigt sich deutlich, dass die Lebensqualität als einschränkender empfunden wird, wenn sichtbare Körperregionen wie das Gesicht (DLQI-

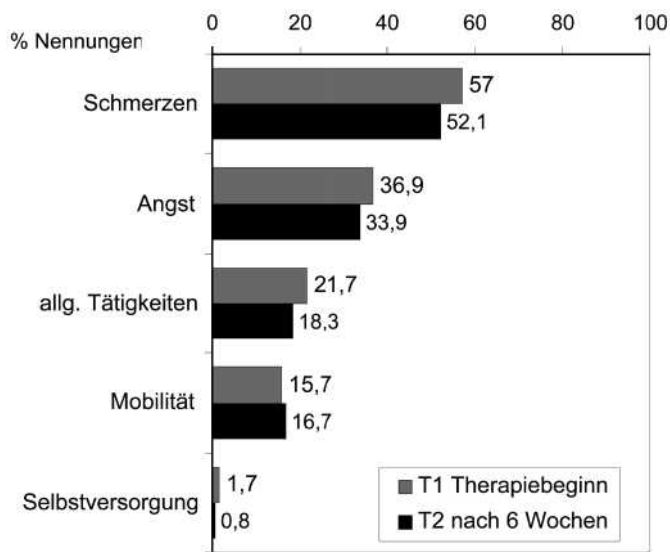


Abb. 5 Gesundheitsprofil der Patienten mit Psoriasis vor und nach 6 Wochen dermatologischer Therapie in den Einzeldimensionen des EQ-5D (n = 126).

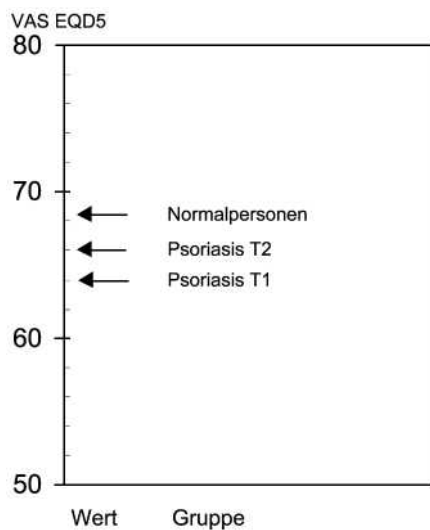


Abb. 6 Gesundheitsstatus der Patienten mit Psoriasis vor und nach 6 Wochen dermatologischer Therapie im Vergleich zu Gesunden, gemessen an der visuellen Analogskala des EQ-5D (n = 126). Hohe Werte entsprechen einem guten Gesundheitsstatus.

Score: 11,2 SD 7,2) z. B. im Gegensatz zum Rumpf (DLQI-Score: 9,6 SD 6,7) betroffen sind. Ungeachtet der Sichtbarkeit fand sich bei Befall der Genitalregion eine besonders hohe LQ-Belastung (DLQI-Score: 12,2 SD 6,8). Diese stärkere Einschränkung der Lebensqualität zeigt sich sowohl bei den Patienten mit moderater (Gesicht: 10,4 SD 6,6; Genitalien: 12,6 SD 5,6) als auch bei den Patienten mit schwerer Ausprägung der Psoriasis (Gesicht: 12,5 SD 6,6; Genitalien: 11,9 SD 7,7).

Diskussion

Zahlreiche Studien haben unter kontrollierten Bedingungen gezeigt, dass die topische und systemische Therapie der Psoriasis mit den heute verfügbaren antipsoriatischen Wirkstoffen nicht nur zu Verbesserungen der klinischen Symptomatik, sondern auch zu Verbesserungen der krankheitsbezogenen Lebensqualität führt [3, 6, 7, 10, 26, 30, 32, 36]. Die Wirksamkeit der modernen

antipsoriatischen Therapie hinsichtlich „efficacy“ (Wirksamkeit unter kontrollierten Studienbedingungen) ist somit auch für das Zielkriterium Lebensqualität gezeigt worden. Bislang wurde jedoch nur in wenigen Studien geprüft, ob die qualifizierte dermatologische Psoriasis-Therapie auch außerhalb kontrollierter Studienmethodik unter Praxisbedingungen eine Wirksamkeit („effectiveness“) aufweist. Insbesondere liegen bislang keine Arbeiten zur Versorgung der Patienten mit Psoriasis in den dermatologischen Praxen vor.

Zielsetzung der vorliegenden Arbeit war es, an einer nicht selektierten, konsekutiven Stichprobe von Patienten mit mittelschwerer und schwerer Psoriasis zu prüfen, inwieweit die dermatologische Therapie zur Verbesserung der Lebensqualität führt. Dem Studienansatz entsprechend wurden keine Selektionen vorgenommen und dabei in Kauf genommen, dass die Patienten eine heterogene Struktur hinsichtlich klinischem Bild, Schweregrad, Vor-Therapien und gewählten Maßnahmen aufweisen. Dieser Studienansatz wird in der Versorgungsforschung gefordert, wurde bislang jedoch bei der Psoriasis für deutsche Versorgungsverhältnisse noch nicht publiziert.

Die gewählten Methoden zur Erhebung des klinischen Status sowie auch der Lebensqualität entsprechen den international üblichen Anforderungen [5, 19, 29, 31]. Insbesondere orientierte sich die Erfassung der Lebensqualität an der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie und der Erfassung von Lebensqualität in dermatologischen Studien [4].

Die Stichprobe von n = 171 Patienten wurde für die Auswertung auf n = 126 Patienten gekürzt, da nur für die letztgenannten Patienten Daten zu beiden Erhebungszeitpunkten vorlagen. Ein direkter Vergleich zwischen der Ausgangsstichprobe und der Follow-up-Probe zeigte, dass sich diese Patienten in relevanten Parametern nicht unterscheiden.

Der hohe Anteil von 32% Patienten, die auch mit Systemtherapeutika behandelt wurden, spricht dafür, dass die Systemtherapie in der dermatologischen Praxis durchaus üblich ist. Es spricht insbesondere auch dafür, dass es sich bei den vorliegenden Patienten um schwer betroffene Patienten handelt.

Hinsichtlich der krankheitsspezifischen Lebensqualität fand sich bei Erstkontakt, d. h. im Stadium der akuten Hautverschlechterung, ein Summenscore des DLQI, der mit den Ergebnissen anderer Studien vergleichbar ist und auf ausgeprägte Einschränkungen der Lebensqualität auch bei diesen in der Praxis erscheinenden Patienten hinweist. Der Anteil an Patienten mit deutlich erhöhter Lebensqualität nach 6 Wochen Therapie (DLQI über 10) lag mit 39% in einem vergleichsweise hohen Bereich.

Unter der Therapie kam es in allen Therapiegruppen zu signifikanten Besserungen der Lebensqualität. Diese war bei Patienten mit schwerer Ausprägung (höherer betroffener Körperoberfläche) noch stärker, was auch auf die Wirksamkeit der gewählten Therapiemaßnahmen schließen lässt.

Eine Aufschlüsselung der Einzeldimensionen des DLQI weist darauf hin, dass die Besserung der Lebensqualität sich praktisch auf alle Teilbereiche bezieht. Einschränkend ist darauf hinzuweisen,

dass für die Darstellung der einzelnen Dimensionen des DLQI keine Evaluierungsarbeiten vorliegen und die Dimensionen sich auf lediglich 1–3 Items beziehen.

Die mit dem DLQI erhobenen krankheitsspezifischen Befunde werden durch die Ergebnisse des EQ-5D unterstützt. Auch hier fanden sich Einbußen der Lebensqualität in den Bereichen Schmerzen, Angst sowie allgemeine Tätigkeiten und Mobilität. Die visuell-analoge Skala des EQ-5D weist darauf hin, dass die globale Lebensqualität, welche initial unter der von normalen Personen lag, unter der Therapie verbessert wurde, jedoch nicht die Werte von Normalpersonen erreichte. Dies spricht dafür, dass die Patienten mit mittelschwerer und schwerer Psoriasis auch nach 6-wöchiger Therapie keinesfalls austherapiert worden sind. Vielmehr bestätigt es die klinischen Erfahrungen, dass eine längerfristige Therapie und ein umfangreiches Patientenmanagement erforderlich ist, bei dem nur über langfristige Zeiträume eine Annäherung der Lebensqualität in die Bereiche von gesunden Normalpersonen zu erwarten ist.

Hinsichtlich der Therapiegruppen ist zu betonen, dass Patienten unter zusätzlicher systemischer Behandlung eine mittlere Besserung der Lebensqualität von 31 % versus 23 % erfahren und somit von diesen Maßnahmen besonders profitieren.

Zusammengefasst lässt die vorliegende Studie deutlich erkennen, dass es möglich ist, unter den Praxisbedingungen in Deutschland mit einem breiten Spektrum von topischen und systemischen Therapiemöglichkeiten schon in einem 6-Wochen-Zeitraum einschneidende Besserungen der Lebensqualität bei Patienten mit Psoriasis zu erreichen. Die Studie unterstreicht den Wert der qualifizierten fachärztlichen Behandlung dieser in ihrer Lebensqualität schwer beeinträchtigten hautkranken Patienten.

Die Grenze der vorliegenden Arbeit liegt darin, dass die Behandlungsparameter aufgrund des naturalistischen Studienansatzes nicht kontrolliert wurden. Auch wurden die Patienten zunächst im Querschnitt an unterschiedlichen Verlaufspunkten ihrer Erkrankung eingeschlossen. Die damit eingetretene Inhomogenität des Patientengutes ist dennoch in Kauf zu nehmen, um eine möglichst realitätsnahe Abbildung der Versorgungssituation in den Arztpraxen zu erreichen. Mit dieser Methodik wurde bislang keine Studie durchgeführt. Die vorliegende Untersuchung beruhte zudem auf der Auswahl einer Vielzahl von Zentren in allen Teilen der Bundesrepublik sowie auf einer bewussten Einbeziehung sowohl von niedergelassenen Hautarztpraxen als auch Klinikambulanzen. In weiterführenden Studien zur Versorgungsforschung sollten die Selektionseffekte weiter vermindert werden. Auch ist es von Interesse, in zukünftigen Studien längerfristige Patientenverläufe unter naturalistischen Bedingungen zu erfassen. Die dadurch gewonnenen Erkenntnisse können dazu beitragen, die qualifizierte, auch aus Patientenperspektive nutzenbringende Therapie der Psoriasis zu verfeinern. Sie würde auch eine genauere Bedarfplanung hinsichtlich der Arzneimitteltherapie bei Psoriasis in Deutschland ermöglichen.

Danksagung

Die Studie wurde finanziell durch eine ungebundene Förderung von der Biogen Idec GmbH (Ismaning, Deutschland) unterstützt.

Literatur

- Arikian SR, Einarson TR. The annual cost of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30 (6): 1047–1048
- Augustin M, Zschocke I, Lange S, Seidenglanz K, Amon U. Lebensqualität bei Hauterkrankungen: Vergleich verschiedener Lebensqualitäts-Fragebogen bei Psoriasis und atopischer Dermatitis. *Hautarzt* 1999; 50: 715–722
- Augustin M, Zschocke I, Seidenglanz K, Lange S, Schiffler A, Amon U. Validation and clinical results of the FLQA-d, a quality of life questionnaire for patients with chronic skin diseases. *Dermatol Psychosom* 2000; 1: 12–17
- Augustin M. Erfassung von Lebensqualität in dermatologischen Studien. Leitlinie der Subkommission „Pharmako-Ökonomie und Lebensqualität“ der DDG. *Hautarzt* 1999; 52: 697–700
- Bullinger M. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin. *PPmP* 1997; 47: 76–91
- Carey W, Gulliver WP. Efalizumab therapy improves and sustains health-related quality of life in patients with moderate to severe plaque psoriasis. *J EADV* 2004; 17 (suppl. 3): 371–372
- Caro I, Woolley JM, Zitnik RJ. Effects of etanercept therapy on the health-related quality of life of subjects with moderate to severe psoriasis. *J EADV* 2003; 17 (suppl. 3): 140
- Chren M, Lasker RJ, Quinn LM, Mostow EN, Zyzanski SJ. Skindex, a Quality-of-Life measure for patients with skin diseases: reliability, validity and responsiveness. *J Invest Dermatol* 1996; 107: 707–713
- De Arruda LH, De Moraes AP. The impact of psoriasis on quality of life. *Br J Dermatol* 2001; 144 (suppl. 58): 33–36 [Review]
- Ellis CN, Mordin MM, Adler EY. Effects of alefacept on health-related quality of life in patients with psoriasis: results from a randomized, placebo-controlled phase II trial. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4 (2): 131–139
- Feldman SR, Fleischer AB Jr, Reboussin DM, Rapp SR, Bradham DD, Exum ML, Clark AR. The economic impact of psoriasis increases with psoriasis severity. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37 (4): 564–569
- Finlay AY, Kahn GK. Dermatology life quality index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19: 210–216
- Fredriksson T, Pettersson U. Severe Psoriasis – Oral Therapy with a new Retinoid. *Dermatologica* 1978; 157: 238–244
- Galadari I, Rigel E, Leibold M. The cost of psoriasis treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001; 15 (4): 290–291
- Greiner W, Uber A. Gesundheitsökonomische Studien und der Einsatz von Lebensqualitätsindizes am Beispiel des LQ-Indexes EQ-5D (Euro-QoL). In: Ravens-Sieberer U, Cieza A. *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin*. ecomed Verlagsgesellschaft, 2001: S 336–351
- Gupta MA, Gupta AK. Quality of life of psoriasis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000; 14 (4): 241–242
- Javitz HS, Ward MM, Farber E, Nail L, Vallow SG. The direct cost of care for psoriasis and psoriatic arthritis in the United States. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46 (6): 850–860
- Jenner N, Campell J, Plunkett A, Marks R. Cost of psoriasis: a study on the morbidity and financial effects of having psoriasis in Australia. *Australas J Dermatol* 2002; 43 (4): 255–261
- Juniper EF, Guyatt GH, Jaeschke R. How to develop and validate a new health-related quality of life instrument. In: Spilker B (ed). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Lippincott-Raven Philadelphia, 1996: 49–56
- Krueger G, Koo J, Leibold M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol* 2001; 137 (3): 280–284
- Krueger GG, Feldman SR, Camisa C, Duvic M, Elder JT, Gottlieb AB, Koo J, Krueger JG, Leibold M, Lowe N, Menter A, Morison WL, Prystowsky JH, Shupack JL, Taylor JR, Weinstein GD, Barton TL, Rolstad T, Day RM.

- Two considerations for patients with psoriasis and their clinicians: What defines mild, moderate, and severe psoriasis? What constitutes a clinically significant improvement when treating psoriasis? *J Am Acad Dermatol* 2001; 43 (2 Pt 1): 281–285
- 22 Krueger GG, Papp KA, Strough DB, Loven KH, Gulliver WP, Ellis CN. A randomised, double-blind, placebo-controlled phase III study evaluating efficacy and tolerability of 2 courses of alefacept in patients with chronic plaque psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47 (6): 821–833
- 23 Lange S, Zschocke I, Langhardt S, Amon U, Augustin M. Effekte kombinierter dermatologischer und verhaltensmedizinischer Maßnahmen bei stationären Patienten mit Psoriasis und atopischer Dermatitis. *Hautarzt* 1999; 50: 791–797
- 24 Lange S, Zschocke I, Seidenglanz K, Schiffler A, Zöllinger A, Amon U, Augustin M. Predictors of the Quality of Life in Patient with Atopic Dermatitis. *Dermatol Psychosom* 1999; 1: 66–70
- 25 Lundberg L, Johannesson M, Silverdahl M, Hermansson C, Lindberg M. Health-related quality of life in patients with psoriasis and atopic dermatitis measured with SF-36, DLQI and a subjective measure of disease activity. *Acta Derm Venereol* 2000; 80 (6): 430–434
- 26 McKenna KE, Stern RS. The Impact of psoriasis on the quality of life of patients from the 16-center PUVA follow-up cohort. *J Am Acad Dermatol* 1997; 36 (3Pt1): 388–394
- 27 Rapp SR, Cottrell CA, Leary MR. Social coping strategies associated with quality of life decrements among psoriasis patients. *Br J Dermatol* 2001; 145 (4): 610–616
- 28 Richards HL, Fortune DG, O'Sullivan TM, Main CJ, Griffiths CE. Patients with psoriasis and their compliance with medication. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41 (4): 581–583
- 29 Sackett DL, Chambers LW, MacPherson AS, Goldsmith CH, McAuley RG. The development and application of indices of health: general methods and summary of results. *Am J Public Health* 1977; 67: 423–428
- 30 Salek MS, Finlay AY, Luscombe DK et al. Cyclosporin improves quality of life in psoriasis – does this matter? *Br J Dermatol* 1993; 129 (suppl. 42): 32
- 31 Sartorius N. A WHO-method for the assessment of health-related quality of life (WHO-QOL). In: Walker S, Rosser M (eds). *Quality of life assessment: key issues in the 1990's*. Dordrecht: Kluwer, 1993: 201–203
- 32 Touw CR, Jakkaart-Van Roijen L, Verboom P, Paul C, Rutten FF, Finlay AY. Quality of life and clinical outcome in psoriasis patients using intermittent cyclosporin. *Br J Dermatol* 2001; 144 (5): 967–972
- 33 Traupe H, Robra B. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Heft 11 Psoriasis*. Robert Koch-Institut Berlin, 2002
- 34 Vardy D, Besser A, Amir M, Gesthalter B, Biton A, Buskila D. Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *Br J Dermatol* 2002; 147 (4): 736–742
- 35 Vensel E, Hillex T, Trent J, Taylor JR, Kirsner RS, Kerdel FA, Taylor JR, Schwartzberg JB. Sustained improvement of the quality of life of patients with psoriasis after hospitalization. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43 (5 Pt 1): 858–860
- 36 Wall ARJ, Poyner TF, Menday AP. A comparison of treatment with dithranol and calcipotriol on the clinical severity and quality of life in patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 1998; 139: 1005–1011
- 37 Weiss SC, Kimball AB, Liewehr DJ, Blauvelt A, Turner ML, Emanuel EJ. Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life. *J Am Acad Dermatol* 2002; 4: 512–518
- 38 Zachariae H, Zachariae R, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mork C, Sigurgeirsson B. Quality of life and prevalence of arthritis reported by 5.795 members of the Nordic Psoriasis Associations. Data from the Nordic Quality of Life Study. *Acta Derm Venereol* 2002; 82 (2): 108–113
- 39 Feldman SR. A quantitative definition of severe psoriasis for use in clinical trials. *J Dermatolog Treat* 2004 Jan; 15 (1): 27–29
- 40 Krueger GG, Feldman SR, Camisa C, Duvic M, Elder JT, Gottlieb AB, Koo J, Krueger JG, Lebwohl M, Lowe N, Menter A, Morison WL, Prystowsky JH, Shupack JL, Taylor JR, Weinstein GD, Barton TL, Rolstad T, Day RM. Two considerations for patients with psoriasis and their clinicians: what defines mild, moderate, and severe psoriasis? What constitutes a clinically significant improvement when treating psoriasis? *J Am Acad Dermatol* 2000 Aug; 43 (2 Pt 1): 281–285

Buchbesprechung

Die Entwicklung der Mykologie in Hamburg

Carl Schirren

Folia Dermatologica 2, Hamburg: OmniMed, 2004, 86 S., 35 Abb., 9,80 €, ISBN 3-931766-31-4

In der 2002 neu aufgelegten Schriftenreihe *Folia Dermatologica* des OmniMed Verlag Hamburg hat der Reihenerausgeber Carl Schirren den zweiten Band über die Mykologie in Hamburg selbst gestaltet. Diese Schrift ist gekennzeichnet durch die beiden Persönlichkeiten Hugo Carl Plaut (1858–1928) und Hans Rieth (1914–1994), beides niedergelassenen Ärzte in Hamburg, Allgemeinmediziner. Beide haben dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf enorme Dienste erbracht; Plaut durch die Etablierung eines Forschungslabors 1910, das sich dann zum renommierten Pilzforschungslabor (die Bezeichnung Angina Plaut-Vincent ehrt ihn seither) weiter entwickelte und bis 1937 bestand, Rieth durch besondere Pilzlabor im UKE und später auch im Hamburger Bundeswehrkrankenhaus. Beide strahlten durch ihre klinische Kompetenz, ihre Kraft der weltoffenen Weiterbildung und ihre unermüdliche Forschungstätigkeit weit über Hamburg hinaus. Der öffentlichen Anerkennung folgten die akademischen Ehren fast zögerlich. Reichliche Parallelen zeichnen sich ab zwischen dem Pionier und dem Multiplikator, auch im Erfolg!

Dies alles schildert der Autor aufgrund umfassender Datenerhebung auf eine feine und freundschaftliche Art. Gerade Hans Rieth, den viele noch persönlich kannten, erweist als Forscher und Redner, als Zeitschriftengründer, Preisstifter und Ausbilder vor unserem inneren Auge. Ein Missionar seiner Anliegen! Wer erinnerte sich nicht an seine Pilztafeln und Mykotheken. Eine große Zahl seiner Schüler wirkt dynamisch weiter, in der ganzen Welt.

Geschichte und Tradition sind Teile unseres Faches und Lehren daraus zu ziehen ist fruchtbar und wichtig. Dies vermittelt der Autor, zusätzlich zur Entwicklung der Mykologie in Hamburg. Im besten Sinne eine lesenswerte Schrift.

E. G. Jung, Heidelberg