



B  
V  
D  
D



Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V.

CVderm



Competenzzentrum Versorgungsforschung  
in der Dermatologie

## Pressemappe

# „Dermatologen nehmen sich in die Pflicht: Messbar bessere Versorgung der Schuppenflechte bis 2015 “

Nationale Versorgungsziele Psoriasis 2010 bis 2015

*Deutsche Dermatologische Dermatologischen Gesellschaft (DDG)  
Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD)  
In Zusammenarbeit mit dem Centrum für Versorgungsforschung in der  
Dermatologie (CVderm).*

# Inhaltsübersicht

<b>Pressemitteilung</b>	Seite 3
<b>Fakten zur Versorgung der Psoriasis</b>	Seite 6
Klinische Merkmale	Seite 6
Epidemiologie	Seite 6
Komorbidität	Seite 6
Krankheitslast	Seite 6
Ökonomie	Seite 6
Versorgungsbedarf	Seite 7
Versorgungsangebot	Seite 7
Versorgungsstruktur	Seite 7
Versorgungsqualität	Seite 7
PsoNet: Regionale Psoriasisnetze	Seite 8
PsoBest: Deutsches Psoriasisregister	Seite 8
Versorgungsziele	Seite 8
Lieteratur	Seite 8
Zahlen, Daten, Fakten	Seite 9 - 12
<b>Ansprechpartner und Kontaktdaten</b>	Seite 13

## Pressemitteilung

# Dermatologen nehmen sich in die Pflicht: Messbar bessere Versorgung der Schuppenflechte bis 2015

### NATIONALE VERSORGUNGSZIELE 2010 BIS 2015 BEI PSORIASIS

**Berlin, 27. Juli 2010. Im Zuge der Nationalen Konferenzen zur Versorgung der Psoriasis am 04.12.2009 und 23.04.2010 haben die Vertretungen der deutschen Dermatologen - Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG) und Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD) - Versorgungsziele für den Zeitraum 2010 - 2015 verabschiedet. Zu den vier Leitzielen wurden Teilziele formuliert, deren Erreichung nach festgelegten Fristen gemessen und geprüft wird. Ziel der freiwilligen Selbstverpflichtung ist es, die Forschung und Versorgung der Schuppenflechte für alle Patienten in Deutschland überprüfbar nachhaltig zu verbessern.**

Im Auftrag von DDG und BVDD hat das Kompetenzzentrum Versorgungsforschung in der Dermatologie (CVderm) mit gezielter Forschung die Versorgungssituation der Schuppenflechte in Deutschland analysiert. Auf fundierter Datenbasis formulieren DDG und BVDD mit Unterstützung des CVderm nun vier konkrete Ziele, um die leitliniengerechte Versorgung und die Versorgungsqualität der Patienten mit Schuppenflechte bis 2015 messbar zu verbessern. Die freiwillige Selbstverpflichtung und Formulierung eines Versorgungsanspruches ist bisher einmalig in Deutschland.

Als Versorgungsziele wurden definiert:

- 1. „Patienten mit Psoriasis haben eine gute Lebensqualität“**  
Die Verbesserung der bei Psoriasis zum Teil erheblich eingeschränkten körperlichen, psychischen und sozialen Lebensqualität durch moderne Therapiestandards ist ein wichtiger Eckpfeiler im erfolgreichen Langzeitmanagement der Schuppenflechte.
- 2. „Psoriasis-Arthritis wird frühzeitig erkannt und behandelt“**  
Bis zu 30 % der Psoriasis-Patienten leiden gleichzeitig an Arthritis, in den meisten Fällen unerkannt. Rechtzeitige Diagnose und eine adäquate Schmerztherapie erhöhen die Versorgungsqualität erheblich.
- 3. „Komorbidität bei Patienten mit Psoriasis wird frühzeitig erkannt und behandelt“**  
Die Rate an unerkannten Komorbiditäten ist hoch. Aufklärung der Patienten sowie Prävention und Therapie von Erkrankungen des metabolischen Syndroms tragen zur besseren Versorgung von Psoriasis-Patienten bei.
- 4. „Kinder mit Psoriasis werden frühzeitig behandelt und erlangen eine gute Lebensqualität“**  
Die Versorgung von Kindern ist durch verzögerte und unzulängliche Diagnosestellung sowie uneinheitliche Therapien unzureichend. Durch fachübergreifende Kooperationen sollen leitliniengerechte Therapiestrategien flächendeckend etabliert werden.

Die Landesvertreter stimmen darin überein, dass die Psoriasis als schwerwiegendes, durch die Komorbiditäten sogar lebensverkürzendes, Krankheitsbild ernst zu nehmen ist. Es sei dringend geboten, Erkenntnisse der Versorgungsforschung in Handlungen umzusetzen. Die Versorgungsziele mit ihren Teilzielen sollen dazu beitragen, die Versorgungssituation entscheidend und nachhaltig zu verbessern.

Das CVderm wird unter Leitung von Prof. Dr. Matthias Augustin bis 2015 in regelmäßigen Abständen evaluieren, in welchem Umfang sich die Versorgungssituation für Patienten verbessert hat.

Darüber hinaus setzen sich DDG und BVDD gemeinsam mit dem CVderm für die Umsetzung der Ziele durch nachhaltige Versorgung und Forschung ein. So vernetzen sich Dermatologen in regionalen „PsoNet“-Expertennetzwerken und tauschen sich regelmäßig über Krankheitsbilder und moderne Behandlungsmöglichkeiten aus. Patienten, die bei einem angeschlossenen Hautarzt in Behandlung sind, profitieren so z.B. von der Zweitmeinung der Netzwerk-Kollegen. Mit dem Patientenregister PsoBest erforscht das CVderm die Wirksamkeit und den Nutzen von innovativen Therapien, die die Lebensqualität von Patienten mit schwerer Schuppenflechte erheblich verbessern sollen.

## Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)



Die Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG) ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft deutschsprachiger Dermatologinnen und Dermatologen. Die DDG wurde 1888 in Prag gegründet und hat heute ihren Sitz in Berlin. Die Ziele der DDG sind die Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Dermatologie, Venerologie und Allergologie sowie ihrer Spezialgebiete.



### **Prof. Dr. med. Thomas A. Luger, DDG-Präsident**

*„Die Nationalen Versorgungsziele sind ein Meilenstein in der Versorgungslandschaft. Gemeinsam mit den neuesten Erkenntnissen aus der Forschung und neuen innovativen Therapien werden schon sehr bald viele Patienten mit Schuppenflechte davon profitieren.“*

## Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD)



Der Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD) ist der Zusammenschluss der deutschen niedergelassenen Hautärzte zur Vertretung ihrer wirtschaftlichen und sozialpolitischen Interessen.



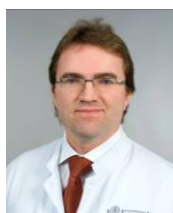
### **Dr. med. Klaus Strömer, BVDD-Vizepräsident**

*„Wir wollen und werden uns an den eigenen gesteckten Zielen messen lassen. Ich wünsche mir, dass wir darüber hinaus die Ziele Schritt für Schritt mit weiteren Fachdisziplinen gemeinsam ausbauen. So werden wir Schuppenflechte und deren Begleiterkrankungen noch besser erforschen und versorgen können.“*

## Competenzzentrum Versorgungsforschung in der Dermatologie (CVderm)



Das Kompetenzzentrum Versorgungsforschung in der Dermatologie (CVderm) mit Sitz in Hamburg ist zuständig für die Versorgungsforschung zu Hauterkrankungen und Allergien in Deutschland, für die Durchführung von Versorgungsstudien sowie für die methodische Beratung anderer Arbeitsgruppen. CVderm wird von der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) und dem Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD) gefördert.



### **Prof. Dr. Matthias Augustin, u.a. Direktor des CVderm**

*„Dermatologen sind entscheidende Weichensteller, was den Behandlungserfolg bei Patienten mit Schuppenflechte und ihren Begleiterkrankungen angeht. Unser Ziel ist es, durch moderne Behandlungsmethoden auf höchstem Erkenntnisstand die Lebensqualität unserer Patienten nachhaltig zu verbessern! Das machen wir deutlich, indem wir uns verpflichtet haben, in den nächsten 5 Jahren die Versorgung und Lebensqualität unserer Patienten messbar zu verbessern. Bei der Umsetzung helfen uns PsoNet, regionale Netzwerke, in denen sich Ärzte über moderne Behandlungsmöglichkeiten austauschen, und PsoBest, ein Patientenregister mit dem wir wertvolle Erkenntnisse über die Wirksamkeit und den Nutzen von innovativen Therapien sammeln.“*

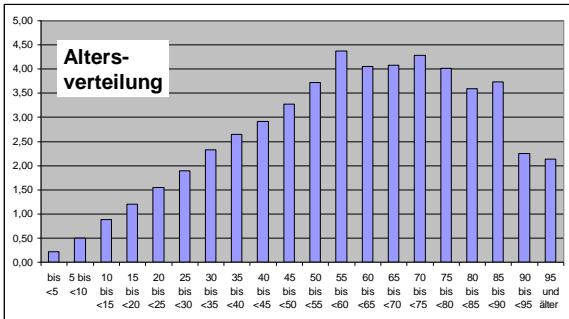
# Fakten zur Versorgung der Psoriasis in Deutschland 2010

## Klinische Merkmale

**Psoriasis vulgaris** = chronisch-entzündliche Systemerkrankung auf genetischer Grundlage. Primäre Manifestation an der Haut, aber auch entzündliche Vorgänge an anderen Organen. Typische Lokalisationen und Morphologie.

## Epidemiologie

### In Deutschland häufige Erkrankung:



Jahresprävalenz	2,5%	Punktprävalenz:	2,1%
bei Kindern:	0,7%		
Durchschnittsalter:	ca. 45 J.	Erstauftreten:	ca. 20 J.
Mittl. Krankheitsdauer:	20-25 J.	Verhältnis m:w	55:45

### Wichtige Symptome (Durchschnittswerte):

Nagelbeteiligung:	40%	Psoriasis-Arthritis:	20%
Kopfhautbeteiligung:	50%	Juckreiz:	70%

## Komorbidität

**Patienten mit Psoriasis leiden gegenüber anderen 2 bis 3x häufiger unter:**

**Metabolischem Syndrom:** Adipositas, Arterielle Hypertonie, Koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, Diabetes Typ II

**Autoimmunerkrankungen:** Arthritis, M. Crohn, Colitis ulcerosa und **Depression**

**Unbehandelte schwere Psoriasis geht mit einer um 1 bis 3 Jahre verringerten Lebenszeit einher.**

## Krankheitslast

**Ca. 35% der Patienten mit Psoriasis weisen starke bis sehr starke Einbußen der Lebensqualität auf:**

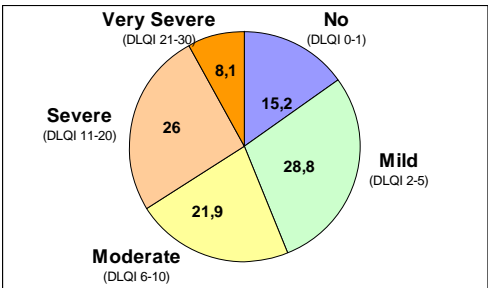
Körperliche Symptome

Psychische Belastungen wie Depression, Angst, Hilflosigkeit

Einschränkungen in Beruf, Freizeit und Alltag

Beeinträchtigt Sozialeben

Belastungen durch die Therapie



Die durchschnittlichen Belastungen der Lebensqualität bei Psoriasis waren in mehreren Studien höher als bei den meisten anderen chronischen Erkrankungen wie Diabetes, KHK oder Krebserkrankungen.

## Ökonomie

**Psoriasis ist von erheblicher ökonomischer Bedeutung für Kostenträger, Patienten und Volkswirtschaft:**

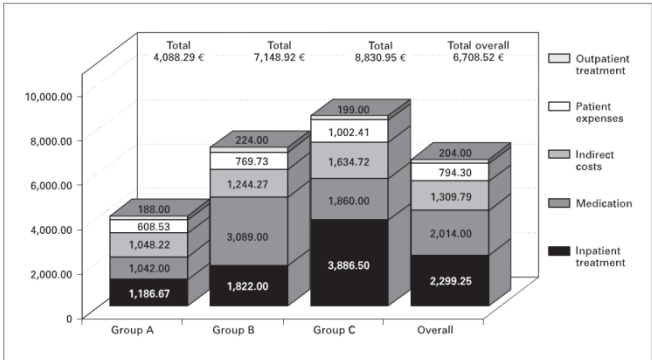


Fig. 2. Distribution of costs over health care sectors overall (n = 184) and by patient subgroup in euros per year.

**Durchschnittliche Jahreskosten eines Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Psoriasis:**

**Zu Lasten der Krankenkassen:** € 6.500

**Zu Lasten der Patienten:** € 800

**Für die Volkswirtschaft:** € 1.320

**Zusätzlich Kosten wegen Komorbidität:** € 2.200

# Fakten zur Versorgung der Psoriasis in Deutschland 2010

## Versorgungsbedarf

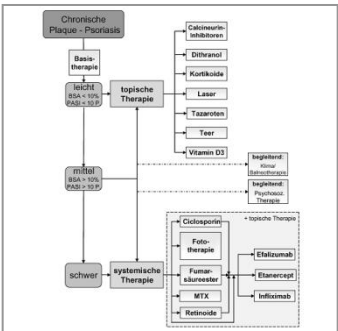
Patienten mit Psoriasis vulgaris weisen aufgrund der Krankheitsschwere, der eingeschränkten Lebensqualität und der Komorbiditäten einen hohen Versorgungsbedarf auf. Dies gilt für etwa 90% der Betroffenen, entsprechend ca. 1,8 Mio. Personen in Deutschland.

## Versorgungsangebot

Zur Therapie der Psoriasis vulgaris stehen aktuell 7 topische und 9 systemische Wirkstoffe sowie die UV-Therapie zur Verfügung. Versorgt wird im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich sowie durch stationäre REHA.



Standards für die Therapie der Psoriasis vulgaris wurden 2006 in einer AWMF-S3-Leitlinie festgehalten, die 2007 auch als Patientenfassung erschien. Die Leitlinie sieht bei leichter Psoriasis die topische Therapie, ggf. kombiniert mit UV-Licht vor. Bei mittelschwerer bis schwerer Psoriasis kommen primär die Systemtherapeutika und – second line – Biologika zum Einsatz.



## Versorgungsstruktur

Nach den Daten der GKV wird die Versorgung der Patienten mit Psoriasis weit überwiegend durch Dermatologen und Hausärzte geleistet. Den Dermatologen kommt bei Neuauftreten, schweren Verläufen und Reziden die führende Rolle zu (insgesamt ca. 65% der Erstkontakte), während Hausärzte insbesondere die Folgeverordnungen und –visiten durchführen.

## Versorgungsqualität

Im Zuge der Versorgungsforschung am CVderm wurde eine Serie von insgesamt 20 Projekten zur Erfassung der Versorgungsstruktur und -qualität bei Psoriasis in Deutschland aufgelegt. Dabei wurden alle verfügbaren Zugangswege

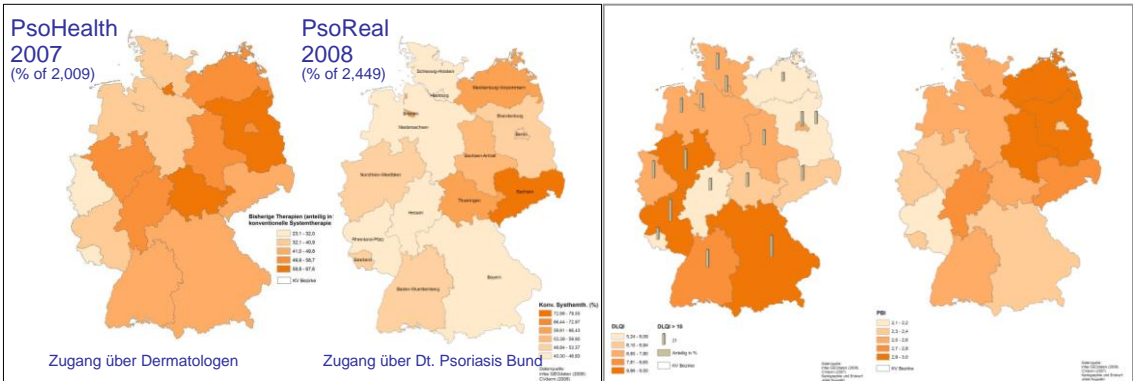
Parameter	2005 <sup>1</sup>	2007 <sup>2</sup>	Trend	Versorg.- qualität
mittlerer Schweregrad der Psoriasis (PASI)	12,0	10,1	+	besser
mittlere Lebensqualität der Patienten (DLQI)	8,6	7,5	+	besser
Anteil an Patienten mit schwerer Psoriasis (PASI>20)	17,3	11,6	+	besser
Anteil an Patienten mit schwerer Einbuße an Lebensqualität (DLQI > 10)	34,1	28,2	+	besser
Anteil an Patienten mit vorausgegangener Systemtherapie	33,0	50,7	+	besser
Anteil an Patienten mit PASI > 20 mit vorausgegangener Systemtherapie	45,4	66,7	+	besser
Anteil an Patienten mit stationärer Therapie in den letzten 12 Monaten	23,1	20,1	+	besser
Mittlere Anzahl an Fehltagen am Arbeitsplatz	3,9	3,4	+	besser

<sup>1</sup>Versorgungsstudie 2005 (Augustin 2008); <sup>2</sup>aktuelle Studie PsoHealth; + = Hinweis auf verbesserte Versorgungssituation

Tab.: Versorgungsqualität bei Psoriasis in Deutschland, ermittelt mit konsentierten Qualitätsindikatoren (Studien PsoHealth 2005 und 2007, n=1.511 bzw. 2.009)

zu Patienten genutzt, darunter Hautarztpraxen (Studie PsoHealth), Patientengruppen (PsoReal), Apotheken (PsoPharm) und das Internet (PsoWeb). Auf der Basis von Versorgungsindikatoren zeigte sich, daß die Qualität der Versorgung durch Dermatologen zwischen 2005 und 2009 deutlich besser geworden ist. Allerdings bleibt insbesondere bei mittelschwerer bis schwerer Psoriasis immer noch ein Anteil von ca. 50% ohne leitliniengerechte Versorgung. Auch zeigen sich erheblich regionale Unterschiede im Verordnungsverhalten.

Anteil an Patienten, die bereits Systemtherapien hatten

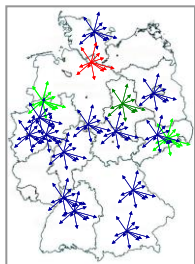


Linke Karte: Regionale Verteilung der Lebensqualität bei Psoriasis in Deutschland (helle Areale = hohe Lebensqualität, gemessen mit dem DLQI). Rechte der Karte: Mittlere Therapienutzen bei Psoriasis (dunkle Areale = hohe Nutzen, gemessen mit dem PBI). Daten aus der Studie PsoHealth 2007.



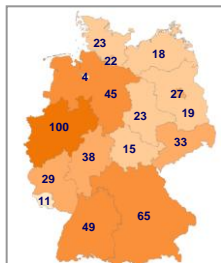
# Fakten zur Versorgung der Psoriasis in Deutschland 2010

## PsoNet: Regionale Psoriasisnetze



Mehr Versorgungsqualität durch Vernetzung: In den letzten Jahren sind bundesweit mit Unterstützung von DDG und BVDD unter dem Namen „PsoNet“ laufend regionale Psoriasisnetze eingerichtet worden (bisher 24). Deren Zielsetzung ist die Verbesserung der Versorgungsqualität auf dem Boden der S3-Leitlinie wie auch die Verbesserung der Kooperation zwischen den Arztgruppen. Zwingendes Merkmal ist ferner die Kooperation zwischen Kliniken und Praxen. Auch die Früherkennung der Psoriasis-Arthritis sowie der Komorbiditäten durch die behandelnden Dermatologen wurde im Zuge der Psoriasisnetze forciert. Weitere Informationen: [www.psonet.de](http://www.psonet.de)

## PsoBest: Deutsches Psoriasisregister



Mehr Patientensicherheit durch Register: Im Jahr 2008 wurde vom CVderm mit dem Deutschen Psoriasisregister „PsoBest“ ein umfassendes Patientenregister zur Erfassung der Langzeitverläufe von System- und Biologikatherapie eingerichtet. Bislang sind 524 Dermatologen in Klinik und Praxis beteiligt. Zielparame-ter sind sowohl die Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen wie auch die Sicherheit der Behandlungen. Angestrebt wird die Aufnahme von mind. 3500 Patienten, die jeweils über 5 Jahre beobachtet werden. PsoBest ist Mitglied der europäischen Psoriasisregister und über CVderm und DDG federführend an der Entwicklung des deutschen Memorandums zur Methodik von Patientenregistern beteiligt. Weitere Informationen: [www.psobest.de](http://www.psobest.de)

## Versorgungsziele

Im Zuge der Nationalen Konferenzen zur Versorgung der Psoriasis am 04.12.2009 und 23.04.2010 haben die Vorstände von DDG und BVDD als Vertretungen der deutschen Dermatologen die folgenden Versorgungsziele für den Zeitraum 2010-2015 formuliert:

1. „Patienten mit Psoriasis haben eine gute Lebensqualität (LQ)“
2. „Psoriasis-Arthritis wird frühzeitig erkannt und behandelt“
3. „Komorbidität bei Patienten mit Psoriasis wird frühzeitig erkannt und behandelt“
4. „Kinder mit Psoriasis werden frühzeitig behandelt und erlangen eine gute Lebensqualität“

Zu diesen Leitzielen wurden messbare Teilziele formuliert, deren Erreichung nach bestimmten Fristen geprüft wird.

## Literatur

Augustin M, Glaeske G, Radtke MA, Christophers E, Reich K, Schäfer I. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. Br J Dermatol 2009 Nov 18. [Epub ahead of print]

Augustin M, Krüger K, Radtke MA, Schwippel I, Reich K: Disease Severity, Quality of Life and Health Care in Plaque-Type Psoriasis: A Multicenter Prospective Cross-Sectional Study in Germany. Dermatology 216:366-372, 2008

Augustin M, Radtke MA, Zschocke I, Blome C, Behechtnejad J, Schäfer I, Reusch M, Mielke V, Rustenbach SJ: The patient benefit index: a novel approach in patient-defined outcomes measurement for skin diseases. Arch Dermatol Res ;301(8):561-71. Epub 2009 Mar 27 2009

Augustin M, Reich K, Glaeske G, Schaefer I, Radtke M. Comorbidity and age-related prevalence of psoriasis – analysis of health insurance data from more than 1.3 million persons in Germany. Acta Derm Venereol 90: 147-151, 2010

Augustin M, Reich K, Reich C, Purwins S, Rustenbach SJ, Schäfer I, Radtke M: Quality of psoriasis care in Germany – results of the national study PsoHealth 2007, J Dtsch Dermatol Ges 8(6): 640-645, 2008

Augustin M, Reich K, Reusch M, Luger T, Franzke N, Schäfer I, Rustenbach SJ, Radtke MA: Health Services Research in Psoriasis - The German Approach. Dermatology 218: 293-301, 2009

Augustin M. PsoNet--more health care quality through regional psoriasis networks. Editorial. J Dtsch Dermatol Ges 6(4):263-4, 2008

Glaeske G, Augustin M, Abholz H, Banik N, Brüggengjürgen B, Hasford J, Hoffmann W, Kruse J, Lange S, Schäfer T, Schubert I, Trampisch H-J, Windeler J: Epidemiologische Methoden für die Versorgungsforschung. Gesundheitswesen 71: 685-93, 2009

Koller M, Neugebauer EAM, Augustin M, Büssing A, Farin E, Klinkhammer-Schalke M, Lorenz W, Münch K, Petersen-Ewert C, Steinbüchel N, von Wieseler B: Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung – konzeptuelle methodische und strukturelle Voraussetzungen. Gesundheitswesen 71: 864-72, 2009

Langenbruch A, Schäfer I, Franzke N, Augustin M. Internet-supported gathering of treatment data and patient benefits in psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2009 Oct 21. [Epub ahead of print]

Nast A, Kopp IB, Augustin M, Banditt KB, Boehncke WH, Follmann M et al. [S3-Guidelines for the therapy of psoriasis vulgaris]. J Dtsch Dermatol Ges 4 Suppl 2:S1-126, 2006

Radtke M, Augustin J, Blome C, Reich K, Schäfer I, Augustin M: Welchen Einfluss haben regionale Faktoren auf die Versorgung der Psoriasis in Deutschland? J Dtsch Dermatol Ges (in press), 2010

Radtke M, Reich K, Reich C, Kopp I, Rustenbach SJ, Schäfer I, Augustin M: Evaluation of quality of care and guideline-compliant treatment in psoriasis: development of a new system of quality indicators. Dermatology 219(1):54-8, 2009

Reich K, Krüger K, Mössner R, Augustin M. Epidemiology and clinical pattern of psoriatic arthritis in Germany: a prospective interdisciplinary epidemiological study of 1511 patients with plaque-type psoriasis. Br J Dermatol 160(5):1040-7, 2009

Schäfer I, Hacker J, Rustenbach SJ, Radtke M, Franzke N, Augustin M. Concordance of the Psoriasis Area and Severity Index (PASI) and patient-reported outcomes in psoriasis treatment. Eur J Dermatol. 2009 Oct 12 [Epub ahead of print]

Schäfer I, Rustenbach SJ, Zimmer L, Augustin M: Prevalence of Skin Diseases in a Cohort of 48,665 Employees in Germany. Dermatology 217(2):169-172, 2008a (Schäfer 2008)

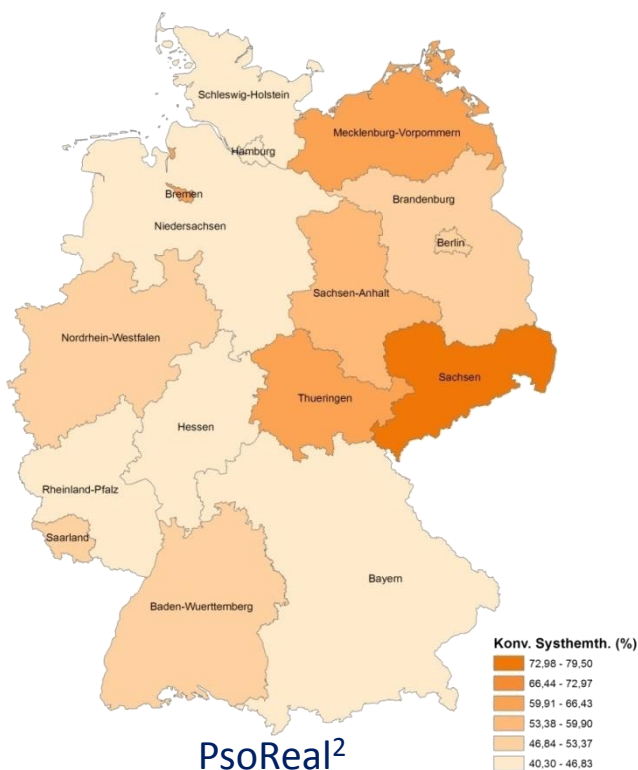
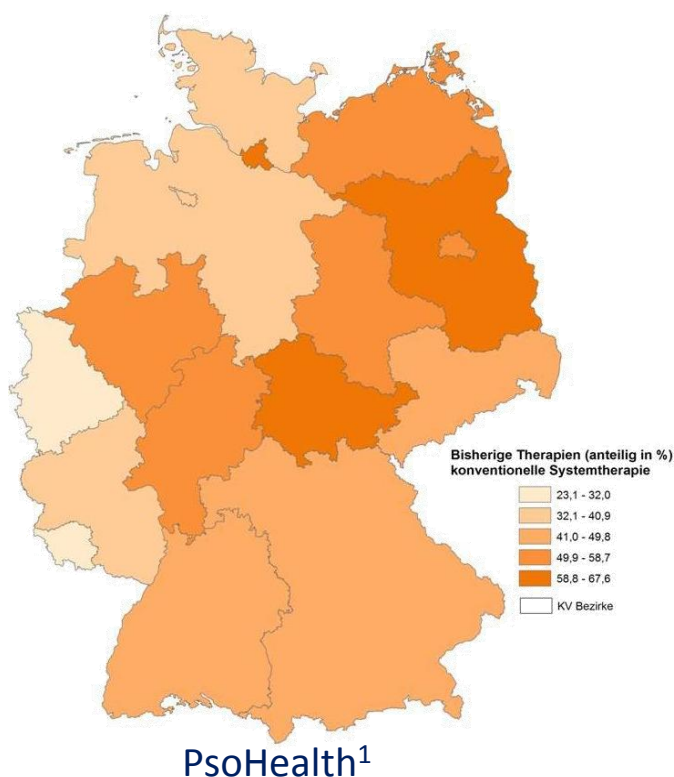
Schmitt J, Ford DE. Psoriasis is independently associated with psychiatric morbidity and adverse cardiovascular risk factors, but not with cardiovascular events in a population-based sample. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009 Dec 10. [Epub ahead of print]

Sohn S, Schöffski O, Prinz J, Reich K, Schubert E, Waldorf K, Augustin M: Cost of Moderate to Severe Plaque Psoriasis in Germany: A Multicenter Cost-of-Illness Study. Dermatology 212, 137-144, 2006 (Sohn 2005)



# Versorgungssituation der Psoriasis-Patienten

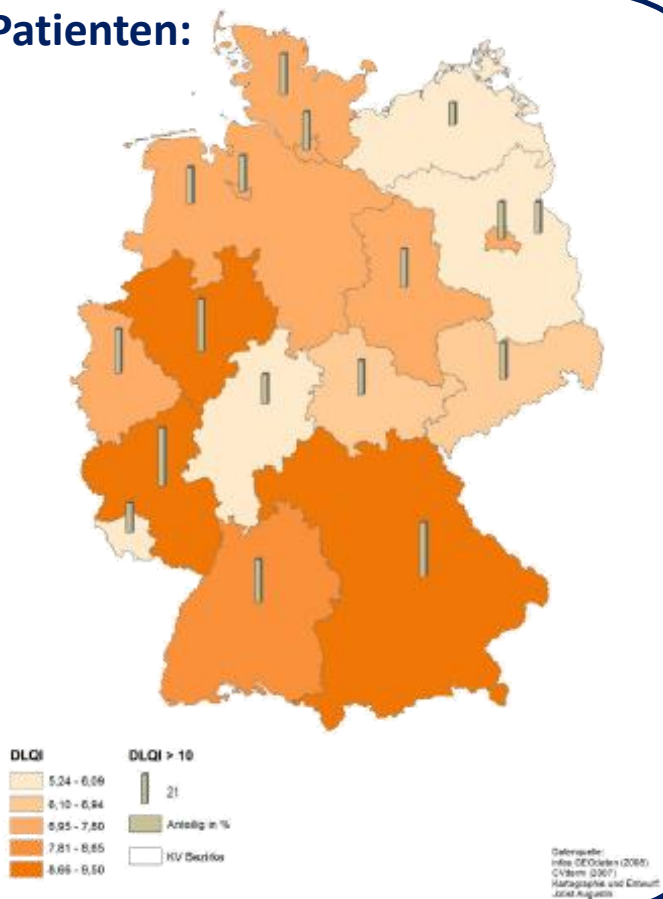
## konventionelle Systemtherapie der Psoriasis:



Datenquelle:  
infas GEODaten (2008)  
CVderm (2008)

## Lebensqualität der Psoriasis-Patienten:

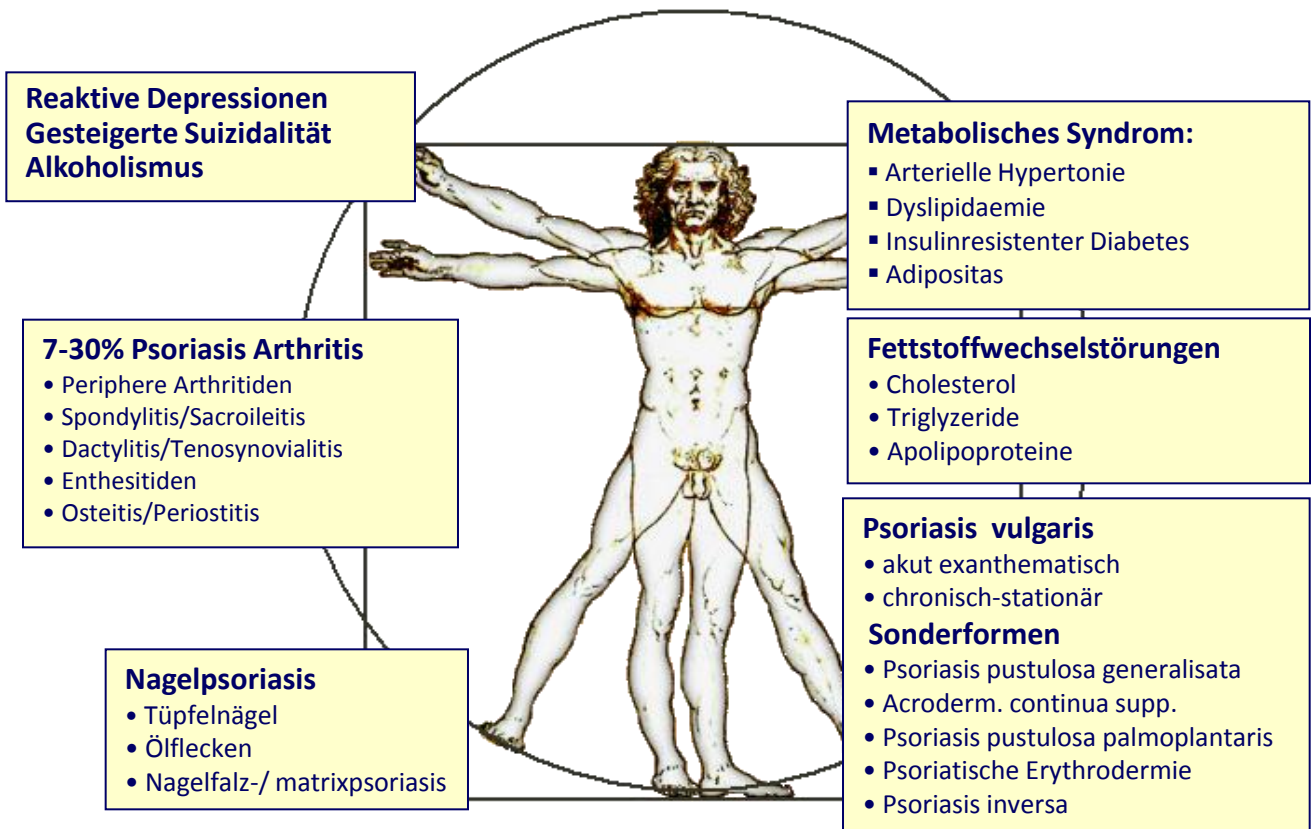
Lebensqualität<sup>1</sup>  
DLQI: hell = besser



<sup>1</sup> PsoHealth 2005 – 2007, (% von 2.009), via Dermatologen, Augustin et al. JDDG 8(6): 640 -645, 2008

<sup>2</sup> PsoReal 2008, (% von 2.449), via Deutschen Psoriasis Bund Radtke et al. submitted 2008

# Psoriasis: Eine systemische Entzündung



## Erhöhtes Risiko für Komorbiditäten

- Rauchen (~ 2-fach)<sup>1</sup>
- Depressionen (~ 2-fach ; 5,5 % haben Suizidgedanken)<sup>2</sup>
- Hypertonie (~ 2-fach)<sup>2</sup>
- Herzinsuffizienz (~ 2-fach)<sup>2</sup>
- Adipositas (~ 2-fach)<sup>1,2</sup>
- Diabetes (~ 1,5-fach)<sup>2</sup>
- Übergewicht und Diabetes bei Kindern (~ 2-fach)<sup>3</sup>
- Arthritis (20% der Patienten)<sup>4</sup>
- Myokardinfarkt  
(leichte Psoriasis: ~ 1,5-fach; schwere Psoriasis: ~ 7-fach)<sup>5</sup>
- Erhöhte kardiovaskuläre Mortalität stationärer Patienten (~ 1,5-fach)<sup>6</sup>
- Mortalität (schwere Psoriasis: ~ 1,5-fach)<sup>7</sup>

1. Herron MD, et al. Arch Dermatol. 2005; 141:1527-34.

2. Augustin M, Reich K, Glaeske G, Schaefer I, Radtke M. Comorbidity and age-related prevalence of psoriasis – analysis of health insurance data in Germany. Acta Derm Venereol 90: 147-151, 2010

3. Augustin M, Glaeske G, Radtke MA, Christophers E, Reich K, Schäfer I. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. Br J Dermatol 162(3) 633-636, 2010

4. Reich K et al. Br J Dermatol 160(5):1040-7, 2009; Radtke MA et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 23(6): 683-91, 2009

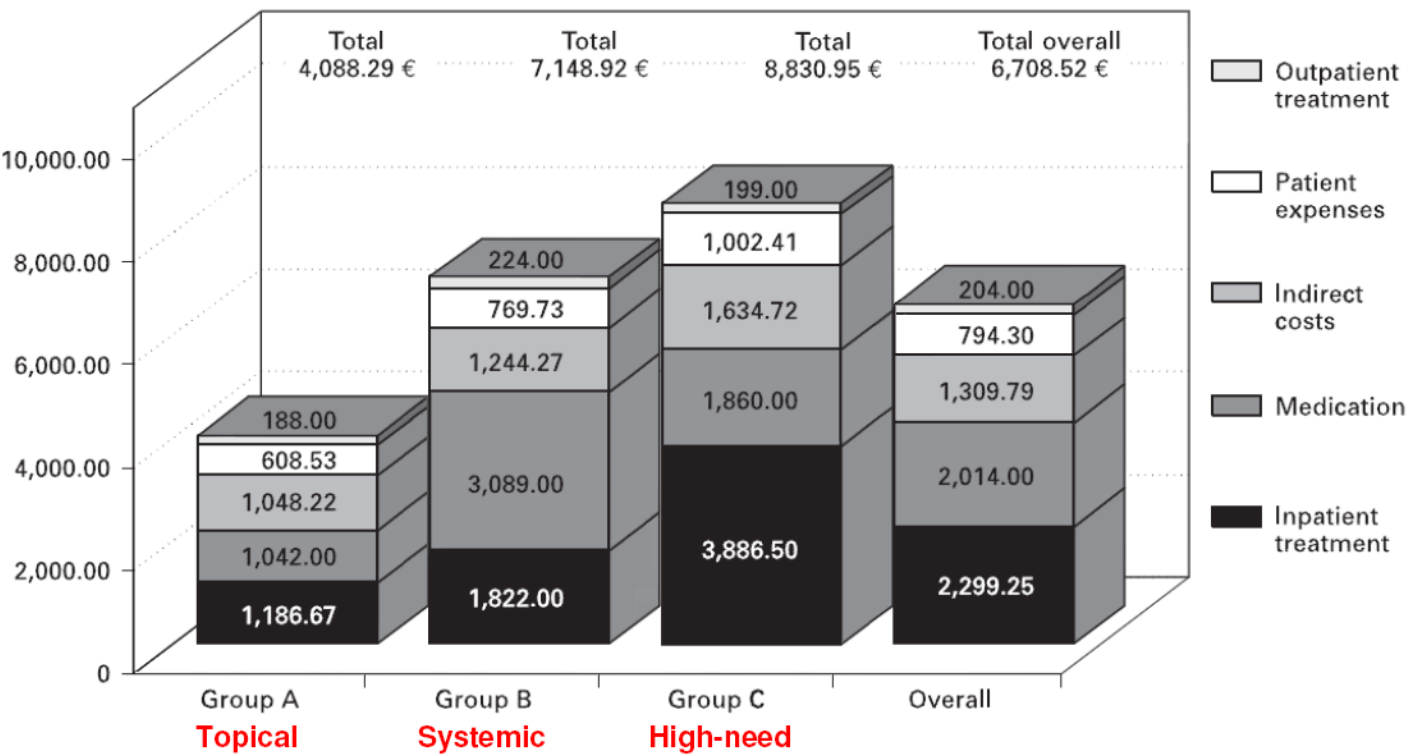
5. Gelfand JM, et al. JAMA. 2006; 296:1735-41.

6. Mallbris L, et al. Eur J Epidemiol. 2004;19:225-30.

7. Gelfand JM, et al. Arch Dermatol. 2007; 143:1493-9.

# Pharma-Ökonomie der Psoriasis

## Kosten der mittelschweren bis schweren Plaque Psoriasis in Deutschland: Eine multizentrische Studie zu den Krankheitskosten



Distribution of costs over health care sectors overall (n = 184) and by patient subgroup in euros per year.

# Versorgungsziele bei Psoriasis 2010 - 2015

## 1. Versorgungsziel:

„Patienten mit Psoriasis haben eine gute Lebensqualität“

Problem	Teilziel	Maßnahmen	Messung
Patienten: zu hohe LQ-Belastungen	LQ durch LL-gerechte Therapie verbessern	Thematisierung in regionalen Netzen und Quali-Zirkeln; Patientenarbeit	Anteil Pat. mit DLQI >5
Z.T. unzureichende Systemtherapie (ST)	Anteil ST bei mittelschwerer Pso erhöhen	Idem	Anteil ST bei PASI >10
Regionale Differenzen in der Systemtherapie	Bundesweite Harmonisierung der Versorgung	Idem	% Differenz zwischen KV-Bezirken
Unklare Standards der Langzeittherapie	Langzeittherapie nach Standard	Leitlinie zur Langzeittherap. Analysen PsoBest	NN

## 2. Versorgungsziel:

„Psoriasis-Arthritis wird frühzeitig erkannt und behandelt“

Problem	Teilziel	Maßnahmen	Messung
Hohe Rate an nicht erkannter PsA	PsA frühzeitig erkennen	Thematisierung in regionalen Netzen und Quali-Zirkeln; Patientenarbeit Leitlinie zur PsA erstellen	% unerkannte PsA
Z.T. unzureichende Schmerztherapie (SzT)	Schmerztherapie der PsA verbessern	Broschüre zur SzT in der Dermatologie erstellen	Anteil VAS >3

## 3. Versorgungsziel:

„Komorbidität bei Patienten mit Psoriasis wird frühzeitig erkannt und behandelt“

Problem	Teilziel	Maßnahmen	Messung
Hohe Rate an nicht erkannter Komorbidität	Komorbidität bei Pat. mit Pso wird rechtzeitig erkannt und ggf. eine Behandlung veranlasst	Evaluation eines Screening-Verfahrens; Thematisierung in regionalen Netzen und Quali-Zirkeln	Mittlere Zeit bis zur Abklärung, % Pat. mit nicht abgeklärter Komorbidität
Mangelnde Patientenaufklärung	Aufklärung über Komorbiditätsrisiken	Entwicklung einer Patienten-Information	Anteil informierter Patienten
Fehlende Prävention	Die Prävention von Erkrankungen des metabolischen Syndroms wird verbessert	Thematisierung in regionalen Netzen und Quali-Zirkeln; Presse- & Medienarbeit von PsoNet	Anzahl nationaler Präventionsmaßnahmen pro Jahr

## 4. Versorgungsziel:

„Kinder mit Psoriasis werden frühzeitig behandelt und erlangen eine gute Lebensqualität“

Problem	Teilziel	Maßnahmen	Messung
Uneinheitliche Therapie	Therapie nach konsertierten Standards	Erstellung einer Leitlinie; Thematisierung in regionalen Netzen und Quali-Zirkeln	Verfügbarkeit LL Anteil an Kindern in LL-gerechter Therapie
LQ bei Kindern vermindert, aber Datenlage unklar	Bessere Lebensqualität, gesicherte Daten	LL-gerechte Therapie implementieren Primärstudie zur Messung der Lebensqualität	Anteil Pat. mit CDLQI > 5 (unter Therapie)
Verzögerte Diagnosestellung durch Nicht-Dermatologen	Erstdiagnostik beim Dermatologen	Thematisierung in regionalen Netzen und Quali-Zirkeln Kooperation mit Haus- & Kinderärzten	% Fehldiagnosen Mittlere Dauer bis zur Erstdiagnose beim Dermatologen

# Ansprechpartner und Kontaktdaten

## Deutsche Dermatologische Gesellschaft

Deutsche Dermatologische Gesellschaft  
Robert-Koch-Platz 7  
10115 Berlin (Mitte)

Tel.: 030 246253-0  
Fax: 030 246253-29

E-Mail: [ddg@derma.de](mailto:ddg@derma.de)  
Interne: [www.derma.de](http://www.derma.de)

Ansprechpartner:  
Präsident  
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thomas A. Luger

Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten  
Universitätsklinikum Münster  
Von-Esmarch-Straße 58  
48149 Münster

Tel.: 0251 83-56504  
Fax: 0251 83-56522  
E-Mail: [derma@uni-muenster.de](mailto:derma@uni-muenster.de)



## Berufsverband Der Deutschen Dermatologen e.V.

Berufsverband Der Deutschen  
Dermatologen e.V. (BVDD)  
Robert-Koch-Platz 7  
10115 Berlin  
Deutschland

Tel.: 030 246 253 53  
Fax: 030 246 253 33

E-Mail: [a.bueno@bvdd-berlin.de](mailto:a.bueno@bvdd-berlin.de)  
Internet: [www.uptoderm.de](http://www.uptoderm.de)

Ansprechpartner:  
Präsident  
Dr. med. Michael Reusch

Tibarg 7-9  
22459 Hamburg  
Deutschland

Tel.: 040 55 49 52 32  
Fax: 040 58 08 45  
E-Mail: [reusch-bvdd@t-online.de](mailto:reusch-bvdd@t-online.de)



## Competenzzentrum Versorgungsforschung in der Dermatologie (CVderm)

am Institut für Versorgungsforschung in  
der Dermatologie und bei Pflegeberufen  
Universitätsklinikum Hamburg-  
Eppendorf  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg

Tel.: 040 74105-5428  
Fax: 040 74105-5348

E-Mail: [cvderm@uke.de](mailto:cvderm@uke.de)  
Internet: <http://www.cvderm.de/>

Ansprechpartner:  
Direktor  
Prof. Dr. Matthias Augustin  
  
Tel.: 040 74105-5428  
Fax: 040 74105-5348  
E-Mail: [m.augustin@derma.de](mailto:m.augustin@derma.de)



## Ansprechpartner für Medien

PJ – Berliner Büro für Kommunikation  
Reinhardtthöfe am Reichstag  
Reinhardtstraße 47 A  
10117 Berlin-Mitte

Tel.: 030 2408389-0  
Fax: 030 2408389-20

E-Mail: [info@pj-berlin.de](mailto:info@pj-berlin.de)  
Internet: [www.pj-berlin.de](http://www.pj-berlin.de)

Ansprechpartner:  
Geschäftsführerin  
Sandra Will

Projektleiter  
Michael Zippel  
E-Mail: [m.zippel@pj-berlin.de](mailto:m.zippel@pj-berlin.de)

Helmut S. Müller  
Tel.: 0611 – 56 57 04 56  
E-Mail: [info@hsm-pharmed.de](mailto:info@hsm-pharmed.de)