

EINGEGANGEN
04. MRZ. 2015

Beteiligung an der frühen Nutzenbewertung des IQWiG

**Fragebogen zur Beschreibung einer
Erkrankung und derer Behandlung für
Patienten und Patientinnen bzw.
Patientenorganisationen**

(Stand: 01/2013)

1 Allgemeine Informationen

Im Rahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) durchlaufen Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen eine frühe Nutzenbewertung auf der Grundlage von Dossiers. Das jeweilige Dossier muss von dem zuständigen pharmazeutischen Unternehmen erstellt werden. Das Verfahren soll innerhalb von 6 Monaten feststellen, welcher Zusatznutzen für neue Arzneimittel im Vergleich zu einer zweckmäßigen Vergleichstherapie nachgewiesen ist. Die Ergebnisse dieser Nutzenbewertung bilden die Grundlage für die Preisbildung von Arzneimitteln. Sie stellen darüber hinaus aber auch wichtige Informationen für Patienten und Patientinnen sowie Ärzte und Ärztinnen dar.

Die frühe Nutzenbewertung durch das IQWiG (Dossierbewertung) ist gesetzlich auf eine Bearbeitungsdauer von 3 Monaten beschränkt. Zur Berücksichtigung der Patientenperspektive bei der Dossierbewertung hat das IQWiG den vorliegenden Fragebogen zur Weitergabe von Informationen über die Erkrankung und deren Behandlung entwickelt. Die Rückmeldungen der Patienten und Patientinnen bzw. Patientenorganisationen fließen in die Dossierbewertung ein. Hierfür ist eine Rückmeldung zeitnah nach Beginn des Verfahrens erforderlich.

Bitte unterstützen Sie uns mit Ihrem Wissen über die Erkrankung und deren Behandlung, füllen Sie diesen Fragebogen aus Sicht Ihrer Patientenorganisation aus und senden diesen bis zum

Abgabefrist: 16.03.2015

entweder per E-Mail an arzneimittel@iqwig.de oder im Original an folgende Adresse:

IQWiG
Ressort Arzneimittelbewertung
Stichwort „Dossierbewertung“
Im Mediapark 8 (KölnTurm)
50670 Köln

Zusätzlich ist die Zusendung eines ausgefüllten Formblatts zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte erforderlich. Das Formblatt wurde Ihnen zusammen mit dieser Dokumentvorlage zugesandt.

Sollten Sie die Unterlagen zunächst per E-Mail einreichen, senden Sie die Originale (mit handschriftlicher Unterschrift) spätestens 10 Arbeitstage nach der oben genannten Frist, also bis zum **30.03.2015**, an die oben genannte Adresse.

Bitte beachten Sie, dass bei der Dossierbewertung nur Informationen berücksichtigt werden können, die fristgerecht eingereicht wurden. Nähere Erläuterungen hierzu und eine Liste häufig gestellter Fragen finden Sie am Ende dieses Fragebogens

1.1 Informationen zum Arzneimittel

Im Folgenden finden Sie einige Informationen zum Arzneimittel, das vom IQWiG bewertet wird.

Wirkstoffname	Apremilast
Ggf. Handelsname (sofern bereits bekannt)	Otezla
Anwendungsgebiet	mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis (einer Krankheit, die rote, schuppige Flecken auf der Haut verursacht). Es wird bei Patienten angewendet, die auf andere systemische (den gesamten Körper betreffende) Psoriasis-Therapien wie Cyclosporin, Methotrexat oder Psoralen in Kombination mit UV-A-Licht (PUVA) nicht angesprochen haben oder diese nicht anwenden können. PUVA ist eine Therapieform, bei der der Patient vor der Exposition gegenüber ultraviolettem Licht ein Arzneimittel erhält, das eine Substanz namens Psoralen enthält.
Link zu Dokumenten der europäischen Zulassungsbehörde EMA (soweit zutreffend)	<p>EPAR - Bewertungsbericht der europäischen Zulassungsbehörde:</p> <p>http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Public_assessment_report/human/003746/WC500182629.pdf</p> <p>Allgemeinverständliche Version des EPAR:</p> <p>http://www.ema.europa.eu/docs/de_DE/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/003746/WC500182630.pdf</p>

1.2 Kontaktdaten

Bitte geben Sie nachfolgend Ihre Kontaktdaten an und benennen Sie die Patientenorganisation, in deren Namen Sie den Fragebogen ausfüllen.

Name (für Rückfragen)	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
Name der Patientenorganisation	DEUTSCHER PSORIASIS BUND e.V. Selbsthilfe bei Schuppenflechte
Funktion innerhalb der Patientenorganisation	Seewartenstr. 10, 20459 Hamburg Tel. (040) 223399-0, Fax 223399-22 e-Mail: info@psoriasis-bund.de
Website	

Siehe Anlage zu 1.2

1.3 Einverständniserklärung

Um die von Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen im Rahmen der Dossierbewertung veröffentlichen zu können, bedarf es der nachfolgend aufgeführten Einverständniserklärung. Bitte ermöglichen Sie uns die Verwendung Ihrer Angaben, indem Sie die notwendige Unterschrift leisten.

Mir/Uns ist bekannt, dass der Name der Patientenorganisation sowie alle Angaben in den Abschnitten 2 bis 4 dieses Fragebogens im Rahmen des IQWiG-Berichts zur Dossierbewertung im Internet veröffentlicht werden können.

Hamburg, 16.3.2015 H.-D. Ley 

Ort / Datum Unterschrift

1.4 Erklärung der potenziellen Interessenkonflikte

Bitte füllen Sie das Formblatt zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte aus und reichen dieses gleichzeitig mit dem beantworteten Fragebogen ein.

Eine Erläuterung zu diesem Formblatt finden Sie unter

https://www.iqwig.de/de/sich_beteiligen/interessenkonflikte/faq_formblatt_interessenkonflikt.3307.html

Siehe Anlage 7a 1.4 und Formblatt

2.2 Notwendigkeit der Betrachtung spezieller Patientengruppen

Ist es wichtig, spezielle Patientengruppen zu beachten?

Um Ihnen die Antwort zu erleichtern, haben wir einige Fragen als Anregung formuliert. Eine Beantwortung jeder einzelnen Frage ist nicht notwendig!

Einige Beispiele für unterschiedliche Patientengruppen:

- (1) Gibt es wichtige Unterschiede zwischen Männern und Frauen?
- (2) Gibt es wichtige Unterschiede bezüglich jüngerer und älterer Patienten?
- (3) Gibt es wichtige Unterschiede bezüglich verschiedener Krankheitsphasen?
- (4) Gibt es Unterschiede bezüglich ethnischer Gruppierungen?
- (5) ...

Bitte Text eingeben

Siehe Anlage zu 2.2

3 Informationen zur Behandlung der Erkrankung

3.1 Erfahrungen der Patienten und Patientinnen mit den derzeit verfügbaren Therapien für das Anwendungsgebiet

Wie gut können Sie bzw. die Betroffenen mit den Ihnen bekannten Therapien die Erkrankung bewältigen? Dabei kann es sich sowohl um in Deutschland zugelassene Arzneimittel handeln als auch um solche, die für das Anwendungsgebiet des neuen Arzneimittels nicht zugelassen sind - sogenannte „off-label“ Anwendung. Bitte beziehen Sie Ihre Angaben auf das in Abschnitt 1.1 genannte Anwendungsgebiet.

Um Ihnen die Antwort zu erleichtern, haben wir einige Fragen als Anregung formuliert. Eine Beantwortung jeder einzelnen Frage ist nicht notwendig!

Mögliche Aspekte, die hierzu relevant sein könnten:

- (1) Welche Therapien nutzen Sie bzw. die Betroffenen derzeit zur Behandlung der Erkrankung im Anwendungsgebiet?
- (2) Wie effektiv ist die derzeitige Therapie in der Behandlung der Erkrankung?
- (3) Wie werden verschiedene Lebensbereiche (Beruf, Familie) durch die Therapie beeinflusst?
- (4) Gibt es Nebenwirkungen, die schwieriger bzw. besser zu tolerieren sind als andere?
- (5) Gibt es etwas, das im Verlauf der Behandlung der Erkrankung wichtig ist?
- (6) Gibt es aufgrund der Erfahrung von einigen oder mehreren Betroffenen einen Bedarf, der nicht durch die derzeitige Therapie gedeckt wird? Welchen Bedarf gibt es? Trifft dies für alle oder nur für eine bestimmte Gruppe von Betroffenen zu (z. B. Männer / Frauen)?
- (7) ...

Bitte Text eingeben

Siehe Anlage zu 3.1.

3.2 Erwartungen an eine neue Therapie

Welche Erwartungen stellen Sie bzw. die Betroffenen an eine neue Therapie? Sie können bei Ihrer Betrachtung neben medikamentösen Therapien auch nichtmedikamentöse Therapien berücksichtigen. Bitte beziehen Sie Ihre Angaben auf das in Abschnitt 1.1 genannte Anwendungsgebiet.

Um Ihnen die Antwort zu erleichtern, haben wir einige Fragen als Anregung formuliert. Eine Beantwortung jeder einzelnen Frage ist nicht notwendig!

Beispiele für mögliche Aspekte:

- (1) Welche Probleme (wie z. B. Nebenwirkungen) sind Ihnen bekannt, die mit den derzeitigen Therapien auftreten können und die bei einer neuen Therapie adressiert werden sollten?
- (2) Gibt es eine spezielle Lücke in der derzeitigen Therapie, die durch die neue Therapie behoben werden sollte?
- (3) Welche Nebenwirkungen sind akzeptabel und welche nicht?
- (4) Welche Erwartungen hätten Sie bzw. Betroffene bezüglich der Anwendung der neuen Therapie?
- (5) Gibt es Erwartungen an die Darreichungsform einer neuen Therapie?
- (6) ...

Bitte Text eingeben

siehe Anlage zu 3.2

4 Zusätzliche Informationen

Gibt es noch weitere Informationen, die Sie dem IQWiG mitteilen möchten (freiwillige Angabe)?

Bitte Text eingeben

Siehe Melge zu 4.

Im Folgenden finden Sie Fragen und Antworten zur Berücksichtigung der Patientenperspektive bei der Dossierbewertung des IQWiG

Wie werden Patienten und Patientinnen bzw. Patientenorganisationen in die frühe Nutzenbewertung des IQWiG eingebunden?

Nach Erteilung des Auftrages durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gibt das IQWiG den vorliegenden Fragebogen an dem/der Sprecher/in des Koordinierungsausschusses der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V. Diese/r leitet den Fragebogen an Patientenorganisationen weiter, die von der Erkrankung betroffene Patienten und Patientinnen vertreten.

Wie viel Zeit haben Patienten und Patientinnen bzw. Patientenorganisationen, um die Dokumentvorlage auszufüllen?

Für das Ausfüllen der Dokumentvorlage stehen den Patientenorganisationen 15 Arbeitstage ab der Weitergabe an den/die Sprecher/in des Koordinierungsausschusses der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V zur Verfügung. Die Abgabefrist wird im Fragebogen vermerkt.

Ausschlaggebend für die fristgerechte Abgabe ist das Datum des Eingangs beim Institut. Für die Wahrung der Frist ist der rechtzeitige Eingang per E-Mail zunächst ausreichend. Die Originalunterlagen sind innerhalb von 10 Arbeitstagen nachzureichen. Alternativ können die Originale auch direkt bis zur Abgabefrist eingereicht werden, eine Abgabe per E-Mail ist dann nicht erforderlich. Für den fristgerechten Eingang des ausgefüllten Fragebogens bis zur Abgabefrist und der Originale bis spätestens 10 Arbeitstage nach Ende der Abgabefrist ist der/die Einreichende verantwortlich.

Welche sonstigen Voraussetzungen müssen erfüllt werden?

Für die Berücksichtigung der von Ihnen vorgelegten Informationen ist zusätzlich erforderlich, dass das Formblatt zur Offenlegung von potenziellen Interessenkonflikten vollständig ausgefüllt und fristgerecht eingereicht wird.

Erläuterungen zum Formblatt finden Sie unter

https://www.iqwig.de/de/sich_beteiligen/interessenkonflikte/faq_formblatt_interessenkonflikt.3307.html

Die von Ihnen in dem Formblatt offengelegten Beziehungen werden im Rahmen der Dossierbewertung veröffentlicht. Dabei wird lediglich tabellarisch aufgelistet, welche Arten von Beziehungen bestehen oder nicht bestehen. Konkrete Partner oder Höhen von Zuwendungen werden nicht genannt.

An wen sollen die ausgefüllten Dokumente geschickt werden?

Dokumente, die Sie per E-Mail versenden, schicken Sie bitte an folgende Adresse: arzneimittel@iqwig.de. Originaldokumente sollen an die nachfolgende Adresse geschickt werden: IQWiG, Ressort Arzneimittelbewertung, Stichwort „Dossierbewertung“, Im Mediapark 8, 50670 Köln.

Soll der ausgefüllte Fragebogen ebenfalls an die BAG-Selbsthilfe versandt werden?

Für die Patientenvertreter/-innen des G-BA sowie die Mitarbeiter/-innen der BAG-Selbsthilfe ist es sehr hilfreich, die Informationen aus diesem Fragebogen zu erhalten. Wenn Sie die Arbeit der o.g. Personen unterstützen möchten, schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen an die folgenden E-Mail Adressen:

- patientenbeteiligung@g-ba.de
- geschaeftsfuehrer@bag-selbsthilfe.de

Soll zitierte Literatur dem Fragebogen beigelegt werden?

Wenn Sie Literatur zitieren, ist es für uns hilfreich, wenn Sie uns diese ebenfalls per E-Mail zur Verfügung stellen. Dies ist allerdings nicht verpflichtend.

Wie kann ich eine Rückmeldung zu meinem ausgefüllten Fragebogen erhalten?

Wenn Sie eine Rückmeldung zu Ihrem ausgefüllten Fragebogen wünschen, schreiben Sie bitte eine E-Mail an arzneimittel@iqwig.de. Wir melden uns dann nach Abschluss der Dossierbewertung bei Ihnen.

Haben Sie weitere Fragen zum Ablauf oder zum Inhalt des Fragebogens?

Bei Fragen zum Ablauf oder zum Inhalt des Fragebogens können Sie sich an arzneimittel@iqwig.de wenden.

Anlage zur Einbindung von Patientenvertretern zu A 15-09, Apremilast
Schuppenflechte (Psoriasis) der Haut

Beteiligung an der frühen Nutzenbewertung des IQWiGs
„Fragebogen zur Beschreibung einer Erkrankung und derer Behandlung für Patienten und Patientinnen bzw. Patientenorganisation (Stand: 01/2013)“

Zu 1.2 Kontaktdaten

Deutscher Psoriasis Bund e. V.
info@psoriasis-bund.de
Telefon: 040 223399-0

Hans-Detlev Kunz
Geschäftsführer

www.psoriasis-bund.de

Zu 1.4 Erklärung der potenziellen Interessenkonflikte

Der Deutsche Psoriasis Bund e. V. hat sich der Selbstverpflichtung der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e. V. im Umgang mit Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen, insbesondere mit Unternehmen der pharmazeutischen Industrie unterworfen. Der DPB nimmt auf der Basis seiner Satzung und der Selbstverpflichtungserklärung finanzielle Zuwendungen von Privatpersonen, Firmen, Krankenkassen und anderen Sozialleistungsträgern sowie der öffentlichen Hand unter Beachtung der §§ 51 bis 63 der Abgabenordnung, auch Kostenerstattungen als vom Finanzamt Hamburg als gemeinnützig anerkannter Verein entgegen.

Mit den finanziellen Zuwendungen werden nur DPB-Projekte im Sinne von § 2 der DPB-Satzung finanziert. Über Zuwendungen und geförderte Projekte informiert der DPB zeitnah in seiner Verbandszeitschrift PSO Magazin (ISSN 0938-8532)*. Eine Aufstellung über die finanziellen Zuwendungen des Vorjahres wird regelmäßig jährlich in der Juni-Ausgabe veröffentlicht. Auch der Bericht der satzungsbestimmten Rechnungsprüfer wird publiziert.

In der Ausgabe PSO Magazin 3-2014, Seite 35 sind unter der Überschrift „DPB-Unterstützung: Was kam von wem?“ finanzielle Zuwendungen mit Art und Betrag des Jahres 2013 veröffentlicht. Alle PSO Magazine stehen gemäß Verordnung über die Pflichtablieferung von Medienwerken der Öffentlichkeit bei der Deutschen Nationalbibliothek, Frankfurt und bei der Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg Carl von Ossietzky zur Verfügung, die jede Ausgabe des PSO Magazins archivieren.

Die Publikation kann bei Interesse auch in der Geschäftsstelle des Verbandes während der Bürozeiten eingesehen werden.

Hans-Detlev Kunz – DPB-Geschäftsführer

* Die ISSN ist der internationale Identifier für Zeitschriften und andere fortlaufende Publikationen in der elektronischen und gedruckten Welt.

Zu 2.1 Erfahrungen der Patientinnen und Patienten sowie der Betroffenen mit der Erkrankung

Psoriasis ist eine genetisch determinierte, getriggerte Hautkrankheit, die lebensbegleitend ist. Die Ausprägung und die zeitliche Belastung, der in Schüben verlaufenden Erkrankung, unterliegen durchaus jahreszeitlichen Rhythmen. Es werden unterschiedliche Trigger, die zur Auslösung der Erkrankung führen, diskutiert. Nur einige wenige (z.B. Mandelentzündungen) sind in evidenten

Studien untersucht. Es gibt ein breites Feld von Assoziationen, wo bestimmte Genmuster überraschend parallel auch in anderen Indikationsfeldern auftreten.

Eine Psoriasis der Haut und/oder der Gelenke ist durch extrem individuelle Krankheitsverläufe charakterisiert. Jeder Mensch mit Schuppenflechte hat seine eigene Psoriasis und ggf. auch noch seine eigene Psoriasis-Arthritis.

Genaue Prävalenz- und Inzidenzdaten zur Psoriasis in Deutschland liegen nicht vor. Lehrbücher und durch Kliniken initiierte Studien sprechen von über zwei Prozent Erkrankter in der deutschen Bevölkerung. Damit zählt Psoriasis zu den Volkskrankheiten.

Psoriasis unterliegt einer hohen Stigmatisierung und Ausgrenzung, weil die Hautkrankheit nicht dem Hautideal einer gesunden Haut entspricht. Der unwissenden Bevölkerung suggeriert Psoriasis die Gefahr einer Ansteckung. Menschen mit Schuppenflechte neigen daher dazu, sich mit ihrer Erkrankung zu verstecken („versteckte Volkskrankheit Schuppenflechte“).

Wissenschaftlich belegt ist, dass die Last der Krankheit Psoriasis durchaus höher sein kann als dies bei durchaus tödlich verlaufenden Erkrankungen beobachtet wurde (Rapp et al).

Es kann lange dauern, bis eine Psoriasis sicher diagnostiziert wird, wenn der betreuende Mediziner zur Identifizierung einer Psoriasis nicht gut qualifiziert ist. Das klinische Bild einer Psoriasis kann durchaus mit anderen Hauterkrankungen verwechselt werden, insbesondere bei spezieller Lokalisation oder Ausprägung, z.B. am Kopf, an Händen und Füßen, bei Haut auf Hautpartien und im Genitalbereich sowie an den Übergängen zur Schleimhaut.

Die fachliche Qualifikation behandelnder Ärzte bezüglich Diagnose und Therapie einer Psoriasis bleibt Patienten regelmäßig verborgen. Selbst in der Facharztgruppe der Dermatologen erfolgt mittlerweile eine Spezialisierung zu Psoriasis-Netzärzten.

Psoriasis ist dauernd und ohne Ende wiederkehrend. Die Krankheit beeinflusst das Tagesgeschehen vom Aufstehen bis zum Schlafengehen und darüber hinaus durchaus auch noch während der Nachtruhe. Psoriasis schuppt dauernd, kann mit Schmerzen, Brennen, erheblichem Juckreiz und Ängsten verbunden sein. Alle Bereiche individueller Lebenswelten werden deshalb dauerhaft durch die Krankheit negativ beeinflusst.

Die Notwendigkeit der Behandlung richtet sich nach individuellen körperlichen und psychischen Faktoren, Stressanfälligkeit, Risikobereitschaft und den Bedingungen unterschiedlicher Lebenswelten eines Patienten. In diese Situation sind therapeutische Verfahren zu integrieren. Gelingt dies, wird Lebenszufriedenheit in der individuellen Lebenswelt geschaffen. Gelingt dies nicht, wird sich das klinische Bild einer Psoriasis nicht positiv verändern. Es ist dann davon auszugehen, dass Schlafstörungen, Depressionen, Alkohol- und Tabakabusus sowie Selbstmordabsichten die Folge sein können.

Eine Psoriasis der Haut ist extensiv pflegebedürftig. Die Pflege ist den Menschen mit Psoriasis individuell überlassen. Es gibt keine wissenschaftlich determinierte Konzeption der Pflege der Haut bei Psoriasis. Die Wichtigkeit von Pflege dokumentiert die S3-Leitlinie Psoriasis vulgaris.

Der Umgang mit der eigenen Haut und den daraus resultierenden Problemen erfordert einen täglich hohen Zeitaufwand für Pflege und Therapie. Dieser persönliche Aufwand wird durch therapeutische Maßnahmen, zum Beispiel Wege- und Wartezeiten bei Lichttherapie, noch gesteigert. Pflege und therapeutische Maßnahmen sollten dem individuellen Verlauf, insbesondere bei Schubintervallen, individuell angepasst sein, um Unter- und Überversorgung zu vermeiden. Ansonsten wird die Stressanfälligkeit der Psoriasis kontraproduktiv gefördert.

Erkrankten fällt nicht nur die Last der Erkrankung anheim, sondern die Psoriasis bedeutet auch noch erhebliche finanzielle Verluste durch die von der Krankheit initiierten Kosten, die von der Solidargemeinschaft gesetzlich Versicherter nicht übernommen werden. Dazu zählen Kosten der basistherapeutischen Pflege, Zu- und Draufzahlungen, Kleidungskosten sowie Fahrt- und Wegezeitkosten.

Nach erstmaliger Manifestation sind durchaus auch räumliche Gegebenheiten, wie zum Beispiel Entfernung von Teppichboden, Veränderungen der Sanitäreinrichtungen undgl. notwendig, um in der häuslichen Umgebung Psoriasis bedingte Probleme zu minimieren.

Mit jedem neuen therapeutischen Verfahren, geänderten Darreichungen oder anderen methodischen Ansätzen sind generell Hoffnungen verbunden, die das psoriatische Problem endgültig lösen werden. Häufig werden aber Hoffnungen durch Enttäuschungen überholt. Erwartet werde, dass neue therapeutische Verfahren rasch das Schuppen und den Juckreiz beenden, die Rötung minimieren und Lebensbedingungen geschaffen werden, die für Hautgesunde als gesellschaftlich normal angesehen werden. Dabei sollten Nebenwirkungen nicht mehr und nicht andere Probleme initiieren als das eigentliche krankheitsbedingte Problem der Schuppenflechte selbst. Je eher Symptomlinderung und Erscheinungsfreiheit von Läsionen eintritt und je länger erscheinungsfreie Intervalle erwartet werden dürfen, desto besser nützt ein therapeutisches Verfahren, Lebensqualität zu erhalten, wiederherzustellen oder zu verbessern.

Dies betrifft extrem insbesondere die immer sichtbaren Areale im Bereich des Kopfes, an den Händen und den so genannten Prädispositionsstellen. Nicht die Wirkung, sondern der patientenseitige individuelle Nutzen, gemessen an der Lebenszufriedenheit in der eigenen Lebenswelt, ist das qualitative Maß der Dinge. Lebenszufriedenheit ist kein Faktor einer abstrakten Lebensqualität, sondern Ergebnisqualität jeder ergriffenen Maßnahme zur Verbesserung der Lebenssituation trotz Psoriasis in der jeweiligen Lebenswelt Erkrankter.

Je weniger eine therapeutische Maßnahme den regelmäßigen Tagesablauf beeinträchtigt, desto besser ist deren Adhärenz.

Es gibt Berufe, die wegen des Stigmas der Krankheit schwierig für Menschen mit Psoriasis sind (alle Berufe mit Publikumsverkehr) sowie Berufe, wo die Sichtbarkeit von Psoriasis-Hautstellen wechselseitig als unangenehm empfunden werden können (z.B. bei der Feuerwehr). Es gibt Berufe, die wegen der Psoriasis ungeeignet sind (zum Beispiel Berufe im Umgang mit Chemikalien, Stäuben, Hitze). Es gibt Berufe, die wegen des engen Kontaktes und ordnungspolitisch schwierig sind (z.B. bei der Polizei, im Strafvollzug).

Einige Erfahrungen aus den Lebenswelten von Menschen mit Psoriasis:

Simple Aktivitäten in der Freizeit sind limitiert: „Gartenarbeit mit Hautstellen auf den Knien ist nicht möglich.“

Psoriasis-Arthritis an den Händen führt zum Verlust der Greiffunktion. „Wie soll ich nähen, wenn ich die Nadel nicht halten kann.“

Psoriasis der Nägel führt zu Schmerzen bei häuslichen Verrichtungen. „Die Wäsche aus dem Tümmel zu holen, bereitet mir Schmerzen an den erkrankten Nägeln.“

Der Besuch des Schwimmbads entfällt je nach Schamgrenze. „Im privaten Bereich geht man bei einem aktuellen Schub nicht gerne in die Öffentlichkeit, Schwimmen, Sportstudio, usw.“

Die Wahl der Kleidung richtet sich nach Schubkonstellation, Jahreszeit und gesellschaftlichem Anlass: Ich kann mit meinen Stellen im Sommer doch nicht mit kurzer Kleidung in die Öffentlichkeit.“

Zu 2.2 Notwendigkeit der Betrachtung spezieller Patientengruppen

Es gibt keine wirklichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Es gibt auch keine speziellen Merkmale zur Klassifizierung von Menschen in Patientengruppen. Eine solche Einteilung führe zu einer weiteren Stigmatisierung und ist ethisch bedenklich (Klassifizierung von Menschen nach körperlichen Merkmalen).

Eine fragwürdige Klassifizierung existiert bezüglich des Zugangs zu therapeutischen Verfahren, die über klinische Merkmale und deren Beziehungen untereinander bestimmt werden. Danach wird bewertet, ob eine Psoriasis in die Gruppe leicht oder mittelschwer bis schwer eingeteilt wird. Warum bei den verwendeten Messinstrumenten (z.B. BSA, PASI usw.) die Grenze zu „schwer“ nicht gezogen werden kann, offenbart den Widerspruch zwischen Messinstrumenten und Bewertungen daraus. Eine Psoriasis im Gesicht ist für Jugendliche immer „sehr schwer“, völlig unabhängig davon, welches medizin-wissenschaftliche Messinstrument zu einer Bewertung von Schwere eingesetzt wird.

Eine Psoriasis, z.B. mit PASI 25, kann durchaus vom betreffenden Patienten als leicht empfunden werden, obwohl der PASI-Wert klinisch eine mittelschwere bis schwere Psoriasis attestiert.

Die Behandlung von Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren erfolgt mit wenigen Ausnahmen nur durch Medikationen für Erwachsene im „Off-Label“.

Es gibt zahlreiche Sonderformen der Psoriasis, z.B. Psoriasis an Händen und Füßen, Psoriasis punctata, Psoriasis guttata und selbst noch Differenzierungen in den Sonderformen.

Es gibt besondere Lokalisationen, die besonders zu betrachten und zu behandeln sind, z.B. am Kopf und Läsionen im Genitalbereich. Daraus resultieren unterschiedlichste Partnerschafts- und Sexualprobleme.

Weitere Problemfelder sind Haut auf Hautareale, im Nabel, in der Analfalte, an den Übergängen zu den Schleimhäuten usw.

Ist eine Psoriasis der Haut mit einer Psoriasis der Gelenke verbunden, bedürfen insbesondere ältere, schon in der Beweglichkeit eingeschränkte Patienten eher Assistenz bei der Unterstützung der häuslichen Therapie und Pflege. Je nach Muster einer Psoriasis-Arthritis und Lokalisation der erkrankten Gelenke, trifft dies gleichermaßen aber auch auf jüngere Patienten zu.

Die Nutzung von topischen Monopräparaten kann erhebliche Probleme in der häuslichen Anwendung schaffen, wenn mehrere Wirkstoffe nach Verordnung einzusetzen sind. Es gibt dann regelmäßig keinen belegten Algorithmus der Anwendung und keine fachliche Unterweisung. Produktinformationen geben dazu keine Hinweise. Es kommt zu Verwechslungen, einem zeitlich nicht abgestimmten Einsatz und auch zu Wirkungslosigkeiten durch wechselseitige Zerstörungen der Galenik und zwar unbemerkt für den Patienten.

Auch der gesetzlich vorgeschriebene Austausch von Wirkstoffen nach Preiskriterien vernachlässigt das gewählte galenische Konzept.

Bei systemischer Therapie kann es zu gefährlichen Aufdosierungen kommen (z.B. bei oraler MTX-Gabe).

Die parallele Nutzung diverser verordneter oder freiverkäuflicher Medikamente zur Anwendung multipler Gelenkprobleme sind ein kaum kalkulierbares medizinischer Problem, ganz besonderes bei multimorbiden Patienten.

Es gibt Unterschiede bei Männern und Frauen in Bezug auf Kleidung, Pflege und beim öffentlichen Auftreten: „Aus meiner Erfahrung bei der Selbsthilfe weiß ich, dass die Erkrankung für Frauen oft schlimmer ist als für Männer. Jüngere brauchen sofort schnelle Hilfe. Sie stehen mitten im Leben. Sie sind in der Ausbildung, stehen vielleicht am Anfang einer Partnerschaft usw. Wenn sie dann, wie es jetzt ist, erst alle Therapien durchgemacht haben müssen, um an die gut wirksamen Medikamente zu kommen, wenn sich die Behandlung hinzieht oder Therapieziele sich nur schleppend einstellen, sollten sie auch psychologische Betreuung bekommen. Aber auch ältere Patienten hätten gern schnelle, gute Hilfe.“

Menschentyp abhängige Unterschiede sind nicht bekannt. Afrikaner können genauso eine Psoriasis entwickeln wie Asiaten oder Europäer.

Psoriasis hat latente psychosomatische Komponenten.

Zu 3.1 Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit den derzeit verfügbaren Therapien für das Anwendungsgebiet

Bezüglich der bei Psoriasis eingesetzten therapeutischen Möglichkeiten wird auf die S3-Leitlinie Psoriasis vulgaris sowie die als Anlage beigefügte Patientenversion der S3-Leitlinie, hingewiesen. Daneben existieren unterschiedliche komplementär-medizinische Ansätze aus der „Erfahrungsmethodik“. Hinzukommen Heil- und Hilfsmittel zur Unterstützung der Probleme durch eine Psoriasis-Arthritis, die auch im rheumatischen Formenkreis zur Anwendung kommen.

Da die Psoriasis einen äußerst individuellen Verlauf hat, sind generelle Aussagen zur individuellen Effektivität von Therapien nicht möglich. „Was dem einen hilft, kann dem Anderen schaden.“

Therapien verlieren im Laufe der Zeit ihre Wirkung oder können nicht fortgesetzt lebensbegleitend genutzt werden (z.B. alle Formen der Lichttherapie).

Bei guter Information und Aufklärung mit partnerschaftlicher Entscheidungsfindung, die Ziele der Therapie gemeinsam festlegt, kann das Risiko von Infekten bei der Therapie mit immunsuppressiven Wirkstoffen durch individuelle Beachtung gemindert werden.

Die Behandlung richtet sich nach dem Informationsverhalten der Ärzte. Über Neues wird wenig informiert. Es bleibt dem Patienten deshalb verborgen. Der Einsatz von Medikamenten richtet sich auch nach nicht medizinisch begründeten Erwägungen des verordnenden Arztes.

Der Entzug der Verordnungsfähigkeit von katalytischen Wirkstoffen (z.B. Harnstoffpräparaten) führt zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung neben der Zu- und Draufzahlung.

Über Jahrzehnte Erkrankte wägen Risiken durchaus anders ab: „Selbst wenn sich herausstellen würde, dass sich durch das Medikament die Lebenszeit verkürzt, würde ich dieses Medikament weiter nehmen, da der jetzige Zustand und seine positiven Effekte immer noch besser sind als vorher.“

Es fehlt an einer geleiteten Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachdisziplinen. Diese muss der Patient selber herstellen. „Es braucht starke Nerven, Ausdauer und Wissen, um seine Belange durchzusetzen.“

Zu 3.2 Erwartungen an eine neue Therapie

Jede neue Therapie weckt Hoffnungen.

Eine neue Therapie sollte eine langfristige, nachhaltige und stabile Wirkung haben. Eine Behandlung der Haut und der Gelenke muss parallel möglich sein. Therapien aus dem Verordnungsspektrum müssen in einem vertretbaren Zeitrahmen bleiben. Der Nutzen wird höher bewertet, wenn die häusliche Anwendung einfacher, weniger häufig durchzuführen sind und Nebenwirkungen innerhalb der individuell vertretbaren Risikobewertung bleiben.

Eine Patientenaussage: „Ein Mittel, das einfach in der Anwendung ist und eine lange Wirkung hat, wäre ideal. Der Zugang müsste einfach und frei von anderen als medizinischen Erwägungen sein. Es sollte keine Facharzt spezifische Bindungen geben. Der verordnende Arzt muss seine Fachkunde zum Einsatz des Medikaments oder der Methode spezifisch nachweisen.

Es dürfen keine Hürden aufgebaut sein, die ohne naturwissenschaftliche Begründung erst ein Durchprobieren anderer zugelassener Verfahren erfordern, nur weil diese kostengünstiger sind. Behandlungsalgorithmen bedürfen immer einer medizinischen Begründung.“

Zu 4. Zusätzliche Informationen

Typischerweise werden bei der Bewertung des Nutzens einer therapeutischen Intervention in Deutschland als Kriterien Mortalität, Morbidität und Lebensqualität herangezogen. Das IQWiG

sucht auftragsgemäß weltweit nach evidenten Studien. Studien zur Lebensqualität, die einzelne Faktoren dieses abstrakten Begriffs mit wissenschaftlichen Messinstrumenten untersuchen, sind rar. Ob genutzte validierte Messinstrumente noch die sich wandelnden Faktoren der Lebensqualität in Deutschland abbilden und ob verfügbare Messinstrumente (z.B. der Finlay-DLQI-Fragebogen) einfach übertragen werden können, wird sehr kritisch gesehen.

Es macht individuell einen großen Unterschied, wo Läsionen lokalisiert sind, wie viele es sind und welches Ausmaß Läsionen haben und in welcher Weise eine Psoriasis-Arthritis dazu kommt und wie dieses Gemisch an Belastungen auf die Lebenszufriedenheit wirkt. Die Zeit der Abheilung von Hautstellen in unterschiedlichen Arealen ist individuell unterschiedlich, insbesondere auch in der Wahrnehmung. Alle diese Faktoren führen bei personenbezogenen Betrachtungen nicht in die Nähe der Lebenswirklichkeit in Deutschland.

Ein patientenrelevantes Kriterium im Rahmen der frühen Nutzenbewertung ist deshalb auch „Verkürzung der Krankheitsdauer“. Unklar bleibt, wie das IQWiG dieses Kriterium wissenschaftlich bewertet. Die Verkürzung der Zeit einer lebensweltlichen Belastung aufgrund eines aktuellen Krankheitsgeschehens bei der ursächlich nicht heilbaren Erkrankung Psoriasis hat immer einen Zusatznutzen im Vergleich zu vergleichbaren therapeutischen Verfahren mit dem primären Endpunkt Lebensqualität mit dem Ergebnis einer akzeptablen Lebenszufriedenheit.

Weitere patientenrelevante (Zusatz)Nutzen sind Aspekte präferierter Therapieziele „Erreichen von Erscheinungsfreiheit“ und /oder „Dauer der Abheilung von Läsionen“. Der (Zusatz-)Nutzen läge immer in gewonnener Zeit, die früher als durch andere Therapien erreicht wird oder in einem größeren Intervall „Erscheinungsfreiheit“ erreicht, weil damit die Entlastung von Krankheit in den Lebenswelten der Menschen mit Schuppenflechte eher eintritt oder länger anhält.

Würde z.B. mit der einen Therapie nach vier Wochen schon das (dokumentierte) Ziel Verbesserung der Lebenszufriedenheit als Ergebnisparameter und mit einer anderen Therapie bei vergleichbarer (finaler) Wirksamkeit/Sicherheit erst nach 12 Wochen erreicht, hätte dies einen klaren Vorteil für die Psoriasis-Patienten und wäre gut geeignet deren Adhärenz zu sichern.

Der Nutzen von therapeutischen Verfahren ist keine Frage der Ökonomie, weil sonst nicht veränderbare, bekannte naturwissenschaftliche Erkenntnisse ökonomischen Faktoren unterworfen werden. Eine Psoriasis richtet sich aber genau nicht nach individuellen oder gesellschaftlich vorgegebenen ökonomischen Bedingungen.

In anderer Verkettung von Aussagen im § 35b SGB V richtet sich der Nutzen für Menschen mit Schuppenflechte nach der Verbesserung deren Lebensqualität durch Verbesserung des Gesundheitszustandes (Abheilung von Hautstellen) bei Verkürzung der Krankheitsdauer (Zeit bis zur Erscheinungsfreiheit) bei Verringerung der Nebenwirkungen. Dabei haben ökonomische Aspekte (Übernahme der Kosten durch die Versichertengemeinschaft) auch noch die Angemessenheit und die Zumutbarkeit für den Erkrankten zu berücksichtigen.

Würde es den Menschen mit Psoriasis besser gehen können, wenn von einer Versichertengemeinschaft finanzierte Leistungen sich bei einer Nutzen-Kosten-Bewertung nur an der messbaren Lebenszufriedenheit trotz Psoriasis-Arthritis orientiert?

Wenn evidente Studien nur gemäß der wissenschaftlichen Bewertung des IQWiGs zu Therapien nicht vorliegen oder Studien vom IQWiG nicht als evident anerkannt werden, kann daraus nicht geschlossen werden, dass ein Nutzen oder Zusatznutzen nicht existiert. In diesen Fällen wird eine Entscheidung auf der Basis von Nichtwissen getroffen – nur, weil ggf. ein formaler Fehler im Studienprotokoll vorliegt! Welcher ethische Grundsatz rechtfertigt in diesem Fall einer Bewertung, die Verweigerung der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten, Kosten nicht zu übernehmen?

Nach den Daten der Versorgungsforschung (Augustin et al) gibt es in Deutschland eine nicht medizinisch-wissenschaftlich begründete Unterversorgung von Versicherten der GKV mit einer mittelschweren bis schweren Psoriasis vulgaris!!

Ergänzend wird auf das beigefügte DPB-Info-Blatt 1 „Psoriasis“ hingewiesen.



Psoriasis

Schuppenflechte

„Psoriasis“ ist der medizinische Fachausdruck für die Hautkrankheit Schuppenflechte. Der Name stammt ab von dem griechischen Begriff „psao“ (ich kratze) und verdeutlicht eine Begleiterscheinung der Krankheit. Der deutsche Name „Schuppenflechte“ weist auf ein typisches Gesicht der Hauterscheinung hin: Schuppen und entzündlich gerötete Haut. Schuppenflechte ist keine der modernen Zivilisationskrankheiten. Es gibt bereits Hinweise auf Psoriasis im Alten Testament.

Häufigkeit

Die Zahlen über den Verbreitungsgrad der Schuppenflechte in der Bundesrepublik Deutschland basieren nur auf Schätzungen. Demnach sind 2 - 3% der Bevölkerung, das sind rund zwei Millionen Kinder und Erwachsene, an der chronischen, nicht ansteckenden Schuppenflechte an Haut und Gelenken (Psoriasis-Arthritis) erkrankt.

Ursachen

Die auslösenden Ursachen sind bisher nur zum Teil erforscht. Als gesichert gilt, dass die Anlage der Psoriasis vererbt wird. Es wird jedoch nicht die jeweilige Ausprägung vererbt. Es ist durchaus möglich, dass Vater und Mutter keine Psoriasis haben oder hatten, diese aber beim gemeinsamen Kind in Erscheinung tritt. Die Wahrscheinlichkeit der Vererbung ist deutlich höher (60 - 70 %), wenn beide Elternteile über die Erbanlage verfügen. Bei nur einem betroffenen Elternteil werden ca. 30 % beobachtet. Dabei reicht die Erbanlage alleine aber nicht

aus, um die Krankheit auszulösen. Es müssen weitere, häufig unbekannte äußere Faktoren (Verletzungen, Druck) und/oder innere (Psyche, Stress, Alkohol, Medikamente) hinzukommen. Auch Infektionskrankheiten, Stoffwechselstörungen, hormonelle Faktoren und andere umweltbedingte Einflüsse können eine auslösende Wirkung haben.

In den psoriatischen Hautveränderungen werden stark erhöhte, entzündungsfördernde Eiweiße gefunden. Diesen entzündlich-immunologischen Faktoren wird neben anderen (den Entzündungsprozess in der Haut fördernden Ursachen, z.B. Arachidonsäurestoffwechsel) der eigentliche psoriatische Prozess zugeschrieben.

Wirkung

Bei einer Psoriasis „wandern“ die Zellen der obersten Hautschicht (Epidermis) siebenmal schneller als bei einer normalen Haut an die Hautoberfläche. Die Haut des gesunden Menschen erneuert sich innerhalb von ca. 26 - 27 Tagen. Diese Zeitspanne ist bei Psoriatikern auf 6 - 7 Tage verkürzt. Als Folge bilden solche Hautzellen glänzende Schuppen auf typischen, scharf begrenzten Hautarealen verbunden mit einer auf diese Gebiete begrenzte stark durchbluteten, roten Haut. Diese Ausprägung (sog. Pso-riasis-vulgaris) haben ungefähr 97% der Psoriatiker. Atypische Krankheitsverläufe können eine eindeutige Diagnose aber auch außerordentlich schwierig machen. Darum sollte die Diagnose einer Psoriasis immer von einem Dermatologen (Hautarzt) gestellt oder bestätigt werden. Nicht alles, was schuppt, ist auch automatisch eine Psoriasis!

Diagnose

Folgende Merkmale sind charakteristisch:

- rote Fleckenbildung
- mehr oder weniger haftende, trockene und silbrig glänzende Schuppung
- Areale sind von einem schmalen roten Saum begrenzt
- manchmal umgibt den Randsaum eine schmale, etwas blasse Zone

Die silbrigen Schuppen lösen sich in der Anfangsphase nicht so leicht von der Haut, sind aber mit dem Fingernagel abzuheben. Nach der Entfernung gelingt es oft, vom darunter liegenden roten Fleck ein dünnes zusammenhängendes Häutchen zu lösen. Diese unterste Zellschicht der Oberhaut ist die Grenze zur Bindegewebeschicht. Der Mediziner nennt dies auch „blutiger Tau“. Kann diese letzte Hautschicht abgelöst werden, ist dies ein sicheres Zeichen von Schuppenflechte.

Verlauf

Die Psoriasis kann in jedem Lebensalter auftreten, ist jedoch im Säuglingsalter ausgesprochen selten. Häufig manifestiert sie sich erstmalig während der Pubertät; auch zwischen dem vierzigsten und fünfzigsten Lebensjahr tritt sie oft erstmalig auf. Die Krankheit verläuft individuell außerordentlich verschieden und oft schubweise mit Zeiten eines besseren oder schlechteren Hautzustandes. Sie kann einmalig auftreten oder chronisch über lange Zeit hinweg verlaufen. Ein

schlechterer Hautzustand wird häufig im Herbst und Frühjahr beobachtet. Bei rund 25 % der Psoriatiker gibt es häufig eine spontane Abheilung der Hauterscheinungen. Diese Erkenntnis bildet oft die Grundlage von Meldungen über dubiose Wundermittel und -methoden.

Jeder Psoriatiker hat seine eigene Psoriasis, die nach dem heutigen Erkenntnisstand der Wissenschaft ursächlich nicht geheilt werden kann. Ziel ist ein möglichst langes „erscheinungsfreies Intervall“, d.h., eine möglichst lange Zeit ohne belästigende Hauterscheinungen, Juckreiz und Schmerzen an den Gelenken.

Erscheinungsformen der Psoriasis

Die Medizin unterscheidet verschiedene Ausprägungen der Psoriasis. Zum Beispiel:

Psoriasis geographica

Großflächig zusammengewachsene Schuppenflechtenherde, häufig in Umrissen ähnlich einer plastischen Landkarte.

Psoriasis palmaris et plantaris

Schuppenflechtenherde auf der Innenseite der Hand (Handteller) und auf den Fußsohlen.

Psoriasis punctata

Schuppenflechtenherde in einer Ausdehnung in Größe von Streichholzköpfen überwiegend verteilt am Rumpf.

Psoriasis pustulosa

Schuppenflechtenherde mit eitrigen Pusteln.

Psoriasis vulgaris

Großflächige Schuppenflechtenherde mit deutlicher silbriger Schuppenbildung mit schmalem roten Randsaum.

Sonderformen

Es können auch nur einzelne Areale, Achselhöhlen, Nabel, Leisten- und Analgegend, Geschlechtsorgane, Kopf oder Nägel oder auch die gesamte Hautoberfläche (Erythrodermie) erkrankt sein.

Eine Psoriasis in intertriginösen Räumen (z.B. Analfalte, Bauchnabel) wird häufig mit einer Pilzerkrankung verwechselt. Gleiches gilt auch für die Psoriasis der Nägel sowie für isolierte Erscheinungen auf Handtellern und auf Fußsohlen.

Bei rund 20 % der Psoriatiker erkranken auch die Gelenke (Psoriasis-Arthritis). Diese Erscheinungsform zeigt sich durch die Beeinträchtigung der Bewegung, oft verbunden mit Gelenkschmerz. Dabei ist die Diagnose besonders schwierig, wenn die Gelenke ohne begleitende Hauterscheinungen erkranken.

Problemfelder

Die Psoriasis ist nicht ansteckend, aber sichtbar und entspricht nicht dem Ideal einer gesunden Haut. Die Umwelt reagiert oft ablehnend, oder der Betroffene glaubt an diese Reaktion der Umwelt. Strategien im Umgang mit der eigenen Krankheit bedeuten, sich den Problemfeldern Familie, Partnerschaft, Sexualität und Beruf zu stellen. Dazu ist es notwendig, gut über die Krankheit und das Krankheitsgeschehen informiert zu sein.

Psoriatiker sollten erkennen

- Nicht jede Psoriasis ist gleich. Was mir hilft, muss nicht generell anderen helfen.
- Es gibt eine Reihe unterschiedlicher Therapieansätze.
- Jede Behandlung birgt Risiken.
- Ich akzeptiere die Risiken einer Therapie, wenn ich mich dazu entschieden habe.
- Was mir den größten Nutzen bringt, muss ich mit oder ohne den Arzt selber herausfinden und abwägen.
- Psoriasis ist nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Wissenschaft ursächlich nicht heilbar.
- Ich muss mit meiner Psoriasis leben.

Überblick

Der Deutsche Psoriasis Bund hat zu den häufigsten Fragen, die Psoriatiker bewegen, spezielle Informationsblätter entwickelt.

Welche „Info-Blätter“ verfügbar sind, kann dem jeweiligen aktuellen **PSO Magazin**, der Mitgliederzeitschrift des Deutschen Psoriasis Bundes e.V., entnommen werden.

Anmerkungen

Standardinformationen des Deutschen Psoriasis Bundes e.V., der Selbsthilfe bei Schuppenflechte in Deutschland, werden überwiegend von Mitgliedern seines wissenschaftlichen Beirats formuliert und/oder geprüft. Die Information bietet die Gewähr, dem medizin-wissenschaftlichen Stand des Wissens bei Drucklegung zu entsprechen.

Alle vorstehenden Formulierungen zu Personen in der männlichen Form gelten auch in der weiblichen Form.

Autor:
Hans-Detlev Kunz

Redaktion:
Hans-Detlev Kunz

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. M. Augustin, Dermatologe; Prof. Dr. J. Barth, Dermatologe; Prof. Dr. W.-H. Boehncke, Dermatologe; Dr. N. Buhles, Dermatologe und Sozialmediziner; PD Dr. Dr. I. Haase, Dermatologe; Prof. Dr. W. Harth, Dermatologe; PD Dr. J. Lohmann, Internist u. Rheumatologe; Prof. Dr. U. Mrowietz, Dermatologe; Prof. Dr. K. Reich, Dermatologe; PD Dr. T. Rosenbach, Dermatologe; Dr. Sybille Scheewe, Padiaterin; Prof. Dr. G. Schmid-Ott, Psychiater; Prof. Dr. M. Schön, Dermatologe; Prof. Dr. H. Schubert, Dermatologe; Prof. Dr. M. Sticherling, Dermatologe; Prof. Dr. U. Wollina, Dermatologe.

Literatur beim Verfasser

Diese Information ist in keiner Weise eine Empfehlung für oder gegen individuelles Handeln. Die Information ist hinsichtlich der eigenen Entscheidung als wertneutral zu betrachten. Medizinische Festlegungen sollten im Benehmen mit dem behandelnden Arzt erfolgen.

Deutscher Psoriasis Bund e.V.
Seewartenstraße 10
20459 Hamburg
Telefon 040 / 22 33 99-0
Telefax 040 / 22 33 99 22
info@psoriasis-bund.de