

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP)

Prof. Dr. med. Matthias Augustin

Therapieziele, Lebensqualität und Patientenzufriedenheit bei chronischer spontaner Urtikaria

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von

Vladimir Braun

aus Malinowoje Osero, Russland

Hamburg 2015

Angenommen von der

medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am 10.05.2016

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. M. Augustin

Prüfungsausschuss, 2. Gutachterin: Prof. Dr. M. Bullinger

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Abkürzungsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	6
1 Einleitung	9
1.1 Definition und Epidemiologie der chronischen spontanen Urtikaria.....	10
1.2 Hintergrund.....	12
1.2.1 Lebensqualität.....	12
1.2.2 Patientendefinierte Therapienutzen.....	13
1.3 Fragestellung und Zielsetzung.....	15
2 Studienplan	16
2.1 Studiendesign und Ablauf.....	16
2.2 Methoden.....	16
2.2.1 Einschlusskriterien der Patientenauswahl.....	16
2.2.2 Soziodemographische Daten.....	17
2.2.3 Angaben zur Erkrankung und Ausdehnung der Nesselsucht.....	17
2.2.4 Anamnese.....	17
2.2.5 Begleiterkrankungen.....	18
2.2.6 Therapien.....	18
2.2.7 Lebensqualität.....	18
2.2.7.1 DLQI.....	19
2.2.7.2 CU-Q2oL.....	19
2.2.7.3 EQ-5D.....	20
2.2.8 Patientendefinierte Therapienutzen.....	20
2.2.9 Willingness-to-pay (WTP).....	21
2.3 Statistische Analyse.....	22
3 Ergebnisse	23
3.1 Soziodemographische Daten.....	23
3.2 Anamnese.....	24
3.3 Betroffene Körperstellen.....	33
3.4 Begleiterkrankungen.....	34
3.5 Therapien.....	40
3.6 Lebensqualität.....	44
3.6.1 DLQI.....	44
3.6.2 CU-Q2oL.....	47
3.6.3 EQ-5D.....	52

3.7 Patientendefinierte Therapienutzen (PBI)	54
3.8 Willingness-to-pay (WTP)	62
4 Diskussion.....	66
4.1 Soziodemographische Daten	66
4.2 Anamnese	66
4.3 Betroffene Körperstellen	69
4.4 Begleiterkrankungen.....	69
4.5 Therapien.....	70
4.6 Lebensqualität.....	71
4.6.1 DLQI	71
4.6.2 CU-Q ₂ oL	71
4.6.3 EQ-5D	72
4.7 Patientendefinierte Therapienutzen (PBI)	73
4.8 Willingness-to-pay (WTP)	73
5 Zusammenfassung	75
Limitation der Arbeit.....	76
Literatur	77
Danksagung.....	87
Eidesstattliche Erklärung.....	88
Anhang	89

Abkürzungsverzeichnis

CU-Q2oL	Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire
CVderm	Competenzzentrum Versorgungsforschung in der Dermatologie
DLQI	Dermatology Life Quality Index
EQ-5D	Lebensqualitätsfragebogen der EuroQol Group
MW	Mittelwert
PBI	Patient Benefit Index
PBQ	Patient Benefit Questionnaire
PNQ	Patient Needs Questionnaire
PUVA	Psoralen plus UV-A
SD	Standardabweichung
UKE	Universitätsklinikum Eppendorf
UVA/UVB	Ultraviolettstrahlentherapie
VAS	Visuelle Analogskala
WTP	Willingness-to-pay

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1:	Kästchenmännchen zur Bestimmung der Ausdehnung der Quaddeln/Angioödeme.	17
Abbildung 3.1:	Auslöser der Urtikaria-Beschwerden aus der Sicht der Patienten in Prozent und absteigend sortiert (n=178, Mehrfachnennungen möglich)....	25
Abbildung 3.2:	Häufigkeit des Auftretens der Quaddeln in Prozent (n=105, Mehrfachnennungen möglich).	26
Abbildung 3.3:	Tageszeit des Auftretens der Quaddeln in Prozent (n=167, Mehrfachnennungen möglich).	27
Abbildung 3.4:	Rückbildung der Quaddeln (n=104/1 fehlend).	28
Abbildung 3.5:	Angioödeme an bestimmten Körperstellen in Prozent und absteigend sortiert (Mehrfachnennungen möglich).	29
Abbildung 3.6:	Medikamente, die aus der Sicht der Patienten im Zusammenhang mit Urtikaria-Beschwerden stehen, in Prozent und absteigend sortiert (n=70 Patienten, Mehrfachnennungen möglich)	30
Abbildung 3.7:	Urtikaria beeinflussende Faktoren aus der Sicht der Patienten, in Prozent und absteigend sortiert (n=152, Mehrfachnennungen möglich)....	32
Abbildung 3.8:	Häufigkeit der Begleiterkrankungen in Prozent und absteigender Reihenfolge.	39
Abbildung 3.9:	Therapien, die in vergangenen 5 Jahren verwendet wurden (n=105, absteigend sortiert, in Prozent)	42
Abbildung 3.10:	Angaben über subjektiven Therapieerfolg in den vergangenen 5 Jahren, Kategorien: „sehr, mäßig, wenig und nicht erfolgreich“ (n=105, absteigend sortiert, in Prozent).	43
Abbildung 3.11:	„Sehr erfolgreich“ verwendete Therapien in den vergangenen 5 Jahren (n=105, absteigend sortiert, in Prozent).	43
Abbildung 3.12:	DLQI-Gesamtwerte nach Altersgruppen (n=100/5 fehlend)	45
Abbildung 3.13:	Einschränkung der Lebensqualität anhand des DLQI in Prozent und absteigend sortiert.	46
Abbildung 3.14:	Unterschied des CU-Q2oL-Gesamtwertes nach Altersgruppen (n=100/5 fehlend).	48
Abbildung 3.15:	CU-Q2oL zur Einschränkung der Lebensqualität bei Patienten mit spontaner chronischer Urtikaria, in Prozent und absteigend sortiert.	50
Abbildung 3.16:	EQ-5D nach Altersgruppen, Indexwert nach Schulenberg, 1998 (0=schlechtmöglicher und 100=bestmöglicher Gesundheitszustand).....	53
Abbildung 3.17:	PBI-Gesamtwert (n=88/17 fehlend).....	55
Abbildung 3.18:	PNQ, Wichtigkeit von Therapiezielen von Patienten	57
Abbildung 3.19:	NQ, Anteil der Patienten als „ziemlich und sehr wichtig“ in Prozent und absteigend sortiert	58
Abbildung 3.20:	PBQ, Erreichen der Therapieziele der Patienten	60

Abbildung 3.21: PBQ, Anteil der Patienten als „ziemlich und sehr geholfen“, in Prozent und absteigend sortiert.	61
Abbildung 3.22: Maximale Bereitschaft eine einmalige Summe für die Behandlung der Urtikaria zu zahlen, wenn diese zur bleibenden Abheilung führen würde (n=100/5 fehlend).	63
Abbildung 3.23: Maximale Bereitschaft laufend monatlich selbst zu zahlen (n=98/7 fehlend).	63

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1:	Geschlecht (n=105).....	23
Tabelle 3.2:	Alter (n=105)	23
Tabelle 3.3:	Unterschied des Alters nach Geschlecht (n=100/5 fehlend).....	23
Tabelle 3.4:	Größe und Gewicht (n=105).....	23
Tabelle 3.5:	Berufstätigkeit (n=105).....	24
Tabelle 3.6:	Art der Beschäftigung/Nicht-Berufstätigkeit (n=105).....	24
Tabelle 3.7:	Arbeitsunfähigkeit (n=103/2 fehlend)	24
Tabelle 3.8:	Partnerschaft (n=130)	24
Tabelle 3.9:	Auslöser der Beschwerden aus der Sicht der Patienten (n=178).....	25
Tabelle 3.10:	Häufigkeit des Auftretens der Quaddeln (n=105)	26
Tabelle 3.11:	Tageszeit des Auftretens der Quaddeln (n=167)	26
Tabelle 3.12:	Rückbildung der Quaddeln (n=104/1 fehlend)	27
Tabelle 3.13:	Nächtliches Aufwachen wegen Juckreiz (n=105).....	28
Tabelle 3.14:	Entstehung von Angioödemem (n=105).....	28
Tabelle 3.15:	Angioödeme an länger belasteten Körperstellen (n=104/1 fehlend)	29
Tabelle 3.16:	Angioödeme an bestimmten Körperstellen.....	29
Tabelle 3.17:	Zusammenhang zw. Beschwerden und Medikamenteneinnahme aus Patientensicht (n=70)	30
Tabelle 3.18:	weitere Faktoren, die aus Patientensicht im Zusammenhang mit Beschwerden stehen (n=152).....	31
Tabelle 3.19:	Jahreszeiten, die aus Patientensicht im Zusammenhang mit Urtikaria-Beschwerden stehen (n=10).....	32
Tabelle 3.20:	Zusammenhang zw. Beschwerden und Beruf aus Patientensicht (n=105)..	32
Tabelle 3.21:	Zusammenhang zwischen Beschwerden und Hobbys aus Patientensicht (n=105).....	33
Tabelle 3.22:	Auftreten der Urtikaria-Beschwerden durch mechanische Hautreizung (n=105).....	33
Tabelle 3.23:	Urtikaria bei Verwandten 1. Grades (n=105)	33
Tabelle 3.24:	Von Juckreiz und Quaddeln betroffene Körperstellen.....	34
Tabelle 3.25:	Urtikaria-Ausdehnung gemäß den ausgezählten Schnittpunkten in Körperraster	34
Tabelle 3.26:	Urtikaria-Ausdehnung gemäß den ausgezählten Schnittpunkten in Körperraster	34
Tabelle 3.27:	Allergische Erkrankungen (n=105).....	35
Tabelle 3.28:	Einzelnen genannte allergische Erkrankungen (n=37).....	35
Tabelle 3.29:	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (n=105).....	35

Tabelle 3.30:	Einzelgenannte Herz-Kreislauf-Erkrankungen (n=16).....	36
Tabelle 3.31:	Magen-Darm-Erkrankungen (n=105).....	36
Tabelle 3.32:	Einzelgenannte Magen-Darm-Erkrankungen (n=11).....	36
Tabelle 3.33:	Nierenerkrankungen (n=105).....	36
Tabelle 3.34:	Einzelgenannte Nierenerkrankung (n=1).....	37
Tabelle 3.35:	Neurologische Erkrankungen (n=105).....	37
Tabelle 3.36:	Einzelgenannte neurologische Erkrankungen (n=5).....	37
Tabelle 3.37:	Psychische Erkrankungen (n=105).....	37
Tabelle 3.38:	Einzelgenannte psychische Erkrankungen (n=5).....	37
Tabelle 3.39:	Rheumatische Erkrankungen (n=105).....	37
Tabelle 3.40:	Einzelgenannte rheumatische Erkrankungen (n=2).....	38
Tabelle 3.41:	Autoimmunerkrankungen (n=105).....	38
Tabelle 3.42:	Einzelgenannte Autoimmunerkrankungen (n=7).....	38
Tabelle 3.43:	Andere Hauterkrankungen (n=105).....	38
Tabelle 3.44:	Einzelgenannte andere Hauterkrankungen (n=8).....	38
Tabelle 3.45:	Sonstige Erkrankungen (n=104/1 fehlend).....	38
Tabelle 3.46:	Einzelgenannte sonstige Erkrankungen (n=27).....	39
Tabelle 3.47:	Therapie in den vergangenen 5 Jahren (im Fragebogen vorgegebene Therapien und ihre Bewertung durch die Patienten) (n=105).....	41
Tabelle 3.48:	Antihistaminika, die unter „Andere“ genannt wurden (n=7).....	42
Tabelle 3.49:	Andere Therapien (n=12).....	42
Tabelle 3.50:	Andere Kombinationen aus versch. Präparaten (n=4).....	44
Tabelle 3.51:	Andere Diäten (n=7).....	44
Tabelle 3.52:	DLQI-Gesamtwert (n=105).....	44
Tabelle 3.53:	Unterschied des DLQI-Gesamtwertes nach Geschlecht (n=105).....	44
Tabelle 3.54:	Lebensqualität: DLQI-Gesamtwert nach Altersgruppen (n=100/5 fehlend).....	45
Tabelle 3.55:	Lebensqualität: DLQI.....	46
Tabelle 3.56:	Lebensqualität: DLQI (Mittelwert und Standardabweichung).....	47
Tabelle 3.57:	CU-Q2oL -Gesamtwert (n=105).....	47
Tabelle 3.58:	Unterschied des CU-Q2oL -Gesamtwertes nach Geschlecht (n=105).....	47
Tabelle 3.59:	Unterschied des CU-Q2oL-Gesamtwertes nach Altersgruppen (n=100/5 fehlend).....	48
Tabelle 3.60:	Lebensqualität: CU-Q2oL (n=105).....	49
Tabelle 3.61:	Lebensqualität: CU-Q2oL (Mittelwert und Standardabweichung).....	51
Tabelle 3.62:	EQ-5D VAS.....	52
Tabelle 3.63:	EQ-5D, Indexwert nach Schulenberg, 1998.....	52

Tabelle 3.64:	Unterschied des EQ-5D VAS nach Geschlecht (n=105).....	52
Tabelle 3.65:	Unterschied des EQ-5D nach Geschlecht, Indexwert nach Schulenberg (n=105).....	52
Tabelle 3.66:	EQ-5D Gesundheitsfragebogen (n=105)	53
Tabelle 3.67:	EQ-5D, heutiger Gesundheitszustand (n=105) (verglichen mit dem allg. Gesundheitszustand in den letzten 12 Monaten)	54
Tabelle 3.68:	PBI-Gesamtwert (n=88/17 fehlend).....	54
Tabelle 3.69:	PBI-Gesamtwert in Prozent (n=88/17 fehlend)	54
Tabelle 3.70:	Unterschied des PBI-Gesamtwertes nach Geschlecht (n= 88/17 fehlend) ..	55
Tabelle 3.71:	Wichtigkeit von Therapiezielen von Patienten (PNQ)	56
Tabelle 3.72:	Patientenangaben zur Zielerreichung (PBQ)	59
Tabelle 3.73:	Patientenangaben zum Behandlungserfolg	61
Tabelle 3.74:	Maximale Bereitschaft eine einmalige Summe für die Behandlung der Urtikaria zu zahlen, wenn diese zur bleibenden Abheilung führen würde (n=100/5 fehlend)	62
Tabelle 3.75:	Maximale Bereitschaft für die Behandlung monatlich zu zahlen, wenn diese zur bleibenden Abheilung führen würde (n=98/7 fehlend)	62
Tabelle 3.76:	Maximale Bereitschaft von Männern (n=29/1 fehlend) und Frauen (n=71/4 fehlend) eine einmalige Summe für die dauerhafte Abheilung der Urtikaria zu zahlen.....	64
Tabelle 3.77:	Angabe der genauen Summe der Männer (n=15) bei einer einmaligen Zahlung	64
Tabelle 3.78:	Angabe der genauen Summe der Frauen (n=36) bei einer einmaligen Zahlung	64
Tabelle 3.79:	Maximale Bereitschaft der Männer (n=28/2 fehlend) und Frauen (n=70/5 fehlend), laufend pro Monat für die dauerhafte Abheilung der Urtikaria zu zahlen.....	65
Tabelle 3.80:	Übersicht zur Zahlungsbereitschaft von Männern und Frauen.....	65
Tabelle 3.81:	Signifikanztests bez. Zahlungsbereitschaft von Männern und Frauen	65

1 Einleitung

Die Urtikaria, auch Nesselsucht genannt, gehört zu den häufigsten Hautkrankheiten (Maurer et al., 2011). Bereits Hippokrates beschrieb die Nesselsucht als ein eigenständiges Krankheitsbild und nannte sie Knidosis nach dem griechischen Wort knido für Nesseln. Der Begriff „Urtikaria“ (vom lateinischen „Urtica“ Nessel) setzte sich im 18. Jahrhundert durch. Die charakteristischen Symptome dieser Erkrankung sind quellender Juckreiz, Quaddeln (lat. Urticae) und Angioödeme. Nach der Verlaufsdauer wird Urtikaria in eine akute und chronische Form klassifiziert. Patienten mit chronisch verlaufender Urtikaria zeigen in der Regel einen mehrjährigen Krankheitsverlauf, leiden häufig in hohem Maße unter ihren Beschwerden und weisen eine erhebliche Einschränkung ihrer Lebensqualität sowie oft ein schlechtes Ansprechen auf die Therapie auf (Maurer et al., 2010). Auch die Diagnostik der chronischen Urtikaria und insbesondere die Ursachenforschung gestalten sich im klinischen Alltag oft schwierig (Staubach et al., 2006). Ätiologisch wird zum einen eine infektiöse oder autoimmune Genese vermutet, andererseits können Triggerfaktoren, wie Kälte, Druck oder Nahrungsmittel oftmals einen akuten Schub auslösen. Zudem können als Komorbiditäten Ängste und Depressionen auftreten (Staubach et al., 2013). Die Therapie der chronischen spontanen Urtikaria beschränkt sich auf Ursachenbekämpfung, Vermeiden von Triggerfaktoren und Beschwerdeminderung bzw. -freiheit durch Einsatz von Antihistaminika. Nichtsedierende H1-Antihistaminika sind die Therapie der Wahl in Standarddosierung (EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO). Im Falle des Nicht-Ansprechens empfehlen die aktuellen Leitlinien eine bis zu vierfache Aufdosierung der Standarddosis. Bei jedoch weniger als 50% der Patienten bringt die empfohlene Dosierung eine Erleichterung der Beschwerden (Curto-Barredo et al., 2014). Für Patienten, die unter vierfacher Antihistaminika-Dosis keine Beschwerdelinderung erfahren, stehen weitere moderne Präparate wie Omalizumab (Anti-IgE-Therapeutikum), Montelukast (Leukotrienantagonist) oder Cyclosporin A zur Verfügung. Bei einem akuten Urtikaria-Schub ist ggf. eine Kortison-Stoßtherapie für maximal 10 Tage erforderlich. Trotz der Empfehlungen aktueller Leitlinien in Bezug auf die Behandlung der chronischen spontanen Urtikaria, werden nach wie vor ältere nebenwirkungsreiche Antihistaminika der 1. Generation von vielen behandelnden Ärzten verabreicht (Weller et al., 2012). Zudem vertreten viele behandelnden Ärzte die Meinung, dass der Schlaf durch die zusätzliche abendliche Gabe eines sedierenden Antihistaminikums unterstützt werde (Stajevska et al., 2014). Dieses kann sich negativ auf den Behandlungserfolg und Patientenzufriedenheit auswirken (Ferrer et al., 2008). Obwohl die chronische spontane Urtikaria zu den häufigsten Hauterkrankungen zählt, existieren bislang nur wenige Daten über

die Versorgungssituation der Urtikariapatienten (Weller et al., 2012). Es ist notwendig, den Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria Behandlungsmöglichkeiten anzubieten, mit deren Hilfe das Auftreten von Beschwerden wirksam unterdrückt bzw. die Erkrankung ursächlich behandelt werden kann (Mauerer et al., 2010).

In dieser Studie wurde die Versorgungssituation der Patienten mit einer klinischen Hauptmanifestation einer chronischen spontanen Urtikaria untersucht.

1.1 Definition und Epidemiologie der chronischen spontanen Urtikaria

Die Urtikaria ist eine heterogene Krankheitsgruppe, die durch das Auftreten stark juckender Quaddeln (oberflächlichen Hautschwellungen) und/oder Angioödemem (tiefen muko-kutanen Schwellungen) charakterisiert ist. Die urtikariellen Läsionen verschwinden in der Regel innerhalb von 24 Stunden (Zuberbier et al., 2007). Man unterscheidet zunächst die spontane von der physikalischen Urtikariaform. Die spontane Urtikaria umfasst eine akute (< 6 Wochen Dauer) und eine chronische (> 6 Wochen Dauer) Form, wobei sich die chronische Form in chronisch kontinuierliche (täglich) und chronisch rezidivierende Urtikaria einteilen lässt. Bei der Quaddel- /Angioödembildung kommt es zu einer Aktivierung und Degranulation von Mastzellen, verbunden mit einer vorübergehenden Erhöhung der Gefäßpermeabilität. Bei der akuten spontanen Urtikaria wird oft keine Ursache gefunden. Sie wird meist durch ihren selbstlimitierten Krankheitsverlauf symptomatisch therapiert. Die chronische spontane Urtikaria ist eine häufig auftretende Erkrankung der Haut und kann eine durchschnittliche Verlaufsdauer von mehreren Jahren bis Jahrzehnten annehmen (Wieczorek et al., 2013). Sie ist weiter verbreitet als bisher angenommen. Zurzeit leidet 0,5-1% der Bevölkerung an der Krankheit. Obwohl alle Altersgruppen betroffen sein können, liegt die höchste Inzidenz zwischen 30 und 40 Jahren, wobei überwiegend Frauen betroffen sind (Maurer et al., 2010).

Man unterscheidet zusätzlich nach verschiedenen Ursachen:

immunologisch bedingte Urtikaria

- IgE-vermittelt durch vor allem Nahrungsmittelallergene
- immunkomplexvermittelte Urtikaria: IgE-unabhängig meist im Rahmen einer Serumkrankheit oder eines systemischen Lupus erythematodes

pharmakologisch bedingte Urtikaria

- durch Histaminliberatoren, wie Kontrastmittel, Muskelrelaxantien etc.

- Acetylsalicylsäure (ASS)-Additiva (Konservierungs- und Farbstoffe)-Intoleranz
- Medikamente, wie u.a. ACE-Hemmer

Physikalisch bedingte Urtikaria

- Druckurtikaria
- Vibrationsurtikaria
- Kalte Luft- / Wasser- / Windurtikaria
- Kälte- und Wärmeurtikaria
- Lichturtikaria
- Urtikaria factitia (Demographismus): durch mechanische Scherkräfte
- Aquagene Urtikaria
- Cholinerge Urtikaria
- Adrenerge Urtikaria

Idiopathische (ungeklärte) Urtikaria

Erkrankungen, die aus historischen Gründen zur Urtikaria zählen

- Urtikariavaskulitis
- Urtikaria pigmentosa (Mastozytose)
- Familiäre Kälteurtikaria (Vaskulitis)
- Hereditäres Angioödem / Erworbenes Angioödem bei C1 INH-Mangel

Urtikaria und ihre verschiedenen Unterformen stellen diagnostisch und therapeutisch in den meisten Fällen eine Herausforderung für den Dermatologen dar. Bei der spontanen akuten Form, die oft einen selbstlimitierenden Verlauf hat, ist in der Regel keine weitere Diagnostik indiziert. Hier erfolgt meist eine symptomatische Therapie. Bei der chronischen spontanen Urtikaria sind dagegen ein gezieltes diagnostisches Vorgehen und entsprechende therapeutische Maßnahmen erforderlich (Wieczorek et al., 2007). Hierfür ist meist eine ausführliche und detaillierte Anamnese von großer Bedeutung. Darüber hinaus wird oft ein Urtikaria-Tagebuch empfohlen, in dem unter anderem die Stärke der Urtikaria-Beschwerden und deren Assoziation mit Medikamenten- und Nahrungsaufnahme sowie körperlicher und psychischer Belastung dokumentiert werden können. Die Therapie der chronischen spontanen Urtikaria richtet sich im Wesentlichen nach deren Ursache und Auslösern.

1.2 Hintergrund

1.2.1 Lebensqualität

Die Lebensqualitätsforschung in der Medizin nimmt von Jahr zu Jahr an Bedeutung zu. Der Begriff Lebensqualität wird im umgangssprachlichen Sinne individuell sehr unterschiedlich interpretiert. Nach der WHO-Definition umfasst Lebensqualität in Anlehnung an „Gesundheit“ das körperliche, psychische und soziale Befinden eines Individuums (WHO 1949). Bullinger (1997) definiert Lebensqualität als ein multidimensionales Konstrukt, welches mehrere Teilbereiche umfasst. Es gibt die Qualität der körperlichen, psychischen, sozialen und rollen- bzw. funktionsassoziierten Lebenssituation eines Individuums wieder (Bullinger et al., 1998). Dabei wird es zwischen einer „allgemeinen Lebensqualität“, die die Grundbedürfnisse des Menschen (Nahrungsaufnahme, Wohnraum, Arbeit etc.) beinhaltet und einer „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“, die alle Lebensqualitätsbereiche im Alltag mit Bezug auf den Gesundheitszustand umfasst, unterschieden. Die Letztere wird wiederum in eine „allgemeine, gesundheitsbezogene Lebensqualität“ („generic quality of life“) und eine „krankheitsspezifische Lebensqualität“ („disease-specific quality of life“) unterteilt. Während „generische Lebensqualität“ Lebensqualitätsaspekte betrifft, die unabhängig von einer speziellen Erkrankung auftreten können, fokussiert die „krankheitsspezifische Lebensqualität“ besondere Merkmale einer bestimmten Erkrankung. Die Lebensqualität des Patienten kann grundsätzlich nur von ihm selbst umfassend bewertet werden (Slevin et al., 1988). Weitere Bewertungen können vom Arzt ergänzt werden, wobei hier die Arzt-Patienten-Beziehung von großer Bedeutung ist (Pöppel et al., 1994). Trotz methodischer Schwierigkeiten kann die Lebensqualität mittels mehrerer geeigneter Instrumente sinnvoll erfasst und im Krankheitsverlauf reproduziert werden. Diese zum Teil validierten Inventare erfassen zum einen die allgemeinen Aspekte der Lebensqualität, untersuchen jedoch auch krankheitsspezifische Fragestellungen (Mc Dowell et al., 1987, Walker et al., 1988).

So werden die Auswirkungen chronischer dermatologischer Erkrankungen auf die Lebensqualität seit Jahren mit Hilfe spezieller standardisierter Fragebögen in zahlreichen Studien untersucht. Das Ziel dieser Studien ist es zu erfahren, ob und wie sehr hautkranke Patienten unter ihrer Krankheit leiden und wie stark sie durch Hautkrankheiten im Vergleich zu Erkrankungen anderer Organsysteme beeinträchtigt sind. Diese standardisierten Fragebögen werden nicht nur für die Beurteilung von Krankheitserscheinungen sondern auch für den Therapieerfolg chronischer Hauterkrankungen und für die Einstufung neuer Behandlungsmethoden genutzt.

Die chronische spontane Urtikaria hat oft negative Auswirkungen auf die Lebensqualität (Poon et al., 2001). Sie kann nicht nur zu einer Einschränkung der Lebensqualität führen, sondern beeinflusst auch oft die Leistungsfähigkeit bei der Arbeit und in der Schule (Zuberbier et al., 2011). Einige Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria leiden ähnlich stark wie Menschen mit einer ausgeprägten koronaren Herzkrankheit (O'Donnell et al., 1997). Der Leidensdruck dieser Patienten wird oft unterschätzt. Für viele ist es eine enorme Belastung mit rezidivierend auftretenden sichtbaren Quaddeln oder/und Angioödemem zu leben (Weller et al., 2010). Laut der Studie von Yosipovitch et al. (2002) wird der Juckreiz (Pruritus) von dem Großteil der Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria als brennend, stechend oder prickelnd beschrieben. Hierbei erleben die meisten Patienten ihre Juckreizattacken in der Nacht und am Abend, wobei einige von ihnen über Ein- und Durchschlafstörungen klagen. Da die Pruritusattacken genauso wie das Auftreten von Quaddeln nicht vorhersehbar sind, wird die Lebensqualität besonders bei Patienten mit chronischer Form der Urtikaria stark beeinträchtigt (Raap et al., 2010). Eine Studie von Silveira et al. (2011) in Botucatu (Brasilien), in der 100 Personen mit spontaner chronischer Urtikaria befragt wurden, kam zum Ergebnis, dass es zu einer schweren Beeinträchtigung der Lebensqualität vor allem bei Patienten mit einem häufigen Auftreten von Angioödemem kommt. Da diese Menschen sichtbare Hautveränderungen aufweisen, leiden sie oft an Depressionen und haben Probleme, in der Gesellschaft Anschluss zu finden (Staubach et al., 2006). Durch die Erkrankungen kommt es zu reduzierten Leistungen im beruflichen und privaten Leben (O'Donnell et al., 1997, Maurer et al., 2010). Da die spontane chronische Urtikaria meist einen sehr starken Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten ausübt, ist eine effektive Therapie sehr wichtig (Raap et al., 2004).

1.2.2 Patientendefinierte Therapienutzen

In der Versorgungsforschung ist neben der subjektiv empfundenen Krankheitslast und der Einschränkung der Lebensqualität der individuell erwartete und erreichte Therapienutzen von großer Bedeutung (Augustin et al., 2009). Bei der Bewertung des Therapienutzens werden patientendefinierte Ziele und Nutzen sowie Ergebnisse dieser Ziele im Verlauf der Behandlung erfasst. Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten zur Nutzenerfassung haben ergeben, dass der patientenseitige Nutzen in der Dermatologie nur durch den Patienten selbst formuliert werden kann, da die Arztperspektive nur teilweise mit der Patientensicht übereinstimmt (Augustin et al., 2004). Aus diesem Grund wurde vom CVderm des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, welches 2005 gegründet wurde (Franzke et al.,

2011), der standardisierte Fragebogen Patient Benefit Index (PBI) für verschiedene dermatologische Erkrankungen entwickelt. Mittlerweile haben zahlreiche Studien gezeigt, dass der PBI ein reliables und valides Instrument zur Erfassung des patientenseitigen Nutzens in der Dermatologie darstellt (Feuerhahn et al., 2012).

Die Therapie der chronischen spontanen Urtikaria wird heute in eine kausale (ursachenorientierte) und eine symptomatische Therapie unterteilt. Mittel der ersten Wahl für die symptomatische Therapie der chronischen spontanen Urtikaria sind die modernen nicht-sedierenden Antihistaminika (Zuberbier et al., 2006, Suqiura et al., 2008). Mehr als die Hälfte der Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria entwickelt trotz Standardtherapie mit nicht sedierenden Antihistaminika weiterhin Beschwerden (Mauerer et al., 2010). Eine kausale Therapie erfolgt nur bei einer Minderheit der Patienten, da oft keine Ursache der Beschwerden identifiziert wird (Ferrer et al., 2009). Auch durch die zusätzliche Beseitigung der Triggerfaktoren, wird oft keine Beschwerdefreiheit erreicht, so dass aus heutiger Sicht noch ein erheblicher Handlungsbedarf besteht, um Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria erfolgreich, d.h. beschwerdefrei, therapieren zu können. (Wedi et al., 2010).

Zurzeit gibt es nur wenige Publikationen zur Versorgungsqualität der chronischen spontanen Urtikaria. Eine Studie von Weller et al. (2012) befasste sich mit der Betreuung der Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria aus der Sicht der Behandler. 776 niedergelassene Ärzte (unter anderem Dermatologen) in Deutschland wurden im Rahmen einer Querschnittsuntersuchung bezüglich Versorgungssituation und Behandlungszufriedenheit ihrer Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria befragt. Die Mehrheit der Ärzte gab an, dass die Betreuung der Urtikariapatienten einen überdurchschnittlichen Zeitaufwand, überdurchschnittliche Untersuchungskosten und eine überdurchschnittliche Anzahl an Wiedervorstellungen erfordere. Zudem erwies sich die Betreuung der Betroffenen als anspruchsvoll, da die Patienten von der Mehrheit der behandelnden Ärzte als stark emotional belastet, schwer zufrieden zu stellen und schwierig zu betreuen empfunden wurden. Die Zufriedenheit der Patienten mit den aktuellen Therapiemöglichkeiten und Therapieerfolgen war mittelmäßig. Um Missverständnisse und Frustration bei der Betreuung zu vermeiden, ist es wichtig, die Patienten mit ihrer Erkrankung in all ihren Dimensionen wahr und ernst zu nehmen (Weller et al., 2010). Auch dermatologische Leitlinien werden bislang nicht ausreichend umgesetzt (Ferrer et al., 2009). So werden heute noch ältere sedierende Antihistaminika der 1. Generation von den behandelnden Ärzten verschrieben bzw. empfohlen. Diese können unter anderem Schlafstörungen (Church et al., 2010) hervorrufen und bei einer langjährigen Anwendung kardiotoxisch wirken (Weller et al., 2012). Diese

Tatsache kann sich negativ auf die Urtikaria-Behandlung und Zufriedenheit der Patienten auswirken (Ferrer et al., 2008). Des Weiteren nehmen viele Patienten ihre Antihistaminika nur bedarfsweise und nicht kontinuierlich ein (Maurer et al., 2009). In solchen Fällen ist ein geringerer Nutzen der Behandlung zu erwarten (Grob et al., 2009). Daher ist eine ausführliche Beratung der Patienten notwendig, um eine Verbesserung des Therapieerfolges und der Patientenzufriedenheit zu erreichen.

1.3 Fragestellung und Zielsetzung

Mit der vorliegenden Arbeit soll die aktuelle Versorgungssituation der Patienten mit spontaner chronischer Urtikaria in Deutschland untersucht werden. Das Ziel ist, neben der Beurteilung der Einschränkung der Lebensqualität, die Ermittlung der patientendefinierten Therapieziele und des patientenseitigen Therapienutzens. Im Einzelnen sind es folgende Ziele:

- Wie ist die Versorgungssituation bei Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria in Deutschland?
- Wie sehr ist die Lebensqualität bei Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria eingeschränkt?
- In welchem Umfang werden die Therapieprinzipien der aktuellen dermatologischen Leitlinien umgesetzt?
- Wie ist der Therapienutzen aus der Sicht des Patienten?

2 Studienplan

2.1 Studiendesign und Ablauf

Es handelt sich bei der vorliegenden Studie um eine nicht interventionelle Kohortenstudie im Querschnitt, bei der eine Patienten-Fragebogenerhebung mittels eines 16-seitigen Fragebogens durchgeführt wurde. Die Befragung erfolgte überwiegend in einer ambulanten dermatologischen Sprechstunde in der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, sowie in der dermatologischen Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und in der ambulanten Sprechstunde des Universitätsklinikums Mainz. Zusätzlich wurden weitere Befragungen mit freundlicher Unterstützung einiger dermatologischen Praxen im Raum Hamburg erhoben. Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen einer Studie am Kompetenzzentrum Versorgungsforschung in der Dermatologie (CVderm) des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Während ambulanter Sprechstunden in den oben genannten Kliniken und Praxen wurden die ausgewählten Personen über die Studie informiert und gefragt, ob sie daran teilnehmen möchten. Hierzu wurden die im folgenden Kapitel aufgeführten Einschlusskriterien geprüft.

Insgesamt wurden 105 Personen, bei denen klinisch eine chronische spontane Urtikaria vorlag, eingeschlossen.

2.2 Methoden

2.2.1 Einschlusskriterien der Patientenauswahl

Für die Fragebogenerhebung mussten die ausgewählten Patienten bestimmte Einschlusskriterien erfüllen. Es wurden weibliche und männliche Personen ab dem 18. Lebensjahr zugelassen, bei denen klinisch eine chronische spontane Urtikaria vorlag. Zudem mussten die Befragten in der Lage sein, die Fragen zu verstehen, um die Fragebögen selbst bzw. mit Hilfe anderer ausfüllen zu können. Vor der Aufnahme in die Studie musste der Patient seine Einwilligung zur Teilnahme erklären.

2.2.2 Soziodemographische Daten

Um Informationen zu den Lebenssituationen zu erhalten, wurden folgende soziodemographische Daten erhoben: Geschlecht, Alter, Familienstand und Berufstätigkeit.

2.2.3 Angaben zur Erkrankung und Ausdehnung der Nesselsucht

Zur Beurteilung der von Quaddeln und Juckreiz am meisten betroffenen Körperpartien wurden in einer Tabelle vorgegebene Körperareale aufgeführt. Um die Ausdehnung der von Urtikaria betroffenen Hautveränderungen zu bestimmen wurde eine sogenannte Punktzählmethode verwendet. Hierfür mussten die Patienten die betroffenen Hautareale in einem „Kästchenmännchen“ (Abbildung 2.1) einzeichnen. Von den eingezeichneten Körperstellen wurden dann zur Bestimmung der Flächenausdehnung die in die Einzeichnung eingeschlossenen einzelnen Schnittpunkte per Hand ausgezählt. Zur Erleichterung der Auszählung wurde eine spezielle Schablone benutzt.

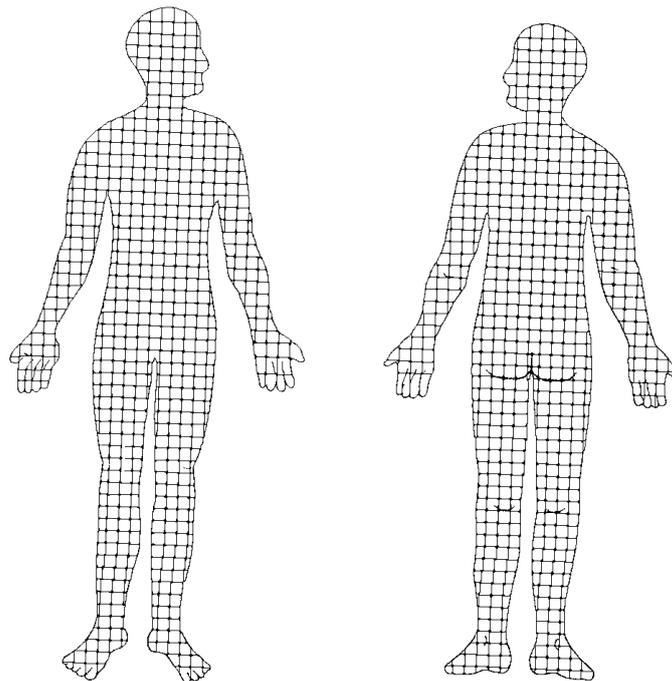


Abbildung 2.1: Kästchenmännchen zur Bestimmung der Ausdehnung der Quaddeln/Angioödem.

2.2.4 Anamnese

Der aus 13 Fragen bestehende Anamnese-Fragebogen wurde speziell für das Krankheitsbild der chronischen spontanen Urtikaria konstruiert. Die darin enthaltenen Fragen beziehen sich unter anderem auf das Erstauftreten der Urtikaria, Aussagen zu den subjektiven Auslösern der Erkrankung (Nahrungsmittel, Stress, Infekte oder körperliche Anstrengung), Häufigkeit,

Zeitpunkt und Dauer des Auftretens der Hautveränderungen sowie Zusammenhänge zwischen den Urtikaria-Beschwerden und den vorgegebenen möglichen Auslösern der Erkrankung.

2.2.5 Begleiterkrankungen

Bei den Angaben zu den Begleiterkrankungen wurden 9 Krankheitsbilder, wie unter anderem Allergien, Herz-Kreislauf- und Magen-Darm-Erkrankungen vorgegeben. Zusätzlich wurden die Kategorie „andere Erkrankungen“ und ein Extrafeld für weitere Hinweise bzw. Kommentare zu den Begleiterkrankungen aufgeführt.

2.2.6 Therapien

Bei der Therapieanamnese, die sich auf die letzten 5 Jahre bezieht, wurde den Befragten eine Reihe von Therapien vorgegeben. Die antihistaminische Behandlung wurde als Antihistaminika der 1. und 2. Generation mit in Klammern aufgeführten Beispielen präsentiert. Um den Patienten die Schwierigkeit der richtigen Zuordnung der entsprechenden Klasse der Antihistaminika zu ersparen, wurde eine zusätzliche Zeile mit der Kategorie „sonstige Antihistaminika“ verwendet. Des Weiteren wurden vier zusätzliche Zeilen mit „andere Therapien“ aufgeführt. Den Erfolg der Therapie konnten die Patienten anhand einer vierstufigen Skala zwischen „gar nicht erfolgreich“ bis „sehr erfolgreich“ beurteilen.

2.2.7 Lebensqualität

Die Erfassung der Lebensqualität der chronischen spontanen Urtikaria bedarf der Nutzung geeigneter Messinstrumente. Mit Hilfe dieser Instrumente sollen nicht nur die Symptome aufgezählt, sondern auch die Auswirkungen der Beschwerden auf verschiedene Lebensbereiche, sowie Auswirkungen der Behandlung auf den Alltag, ausgewertet werden. Hierfür wurden in der heutigen Medizin einige Messinstrumente entwickelt und validiert. Der 1994 von A.Y. Finlay und G.K. Khan entwickelte Dermatology Life Quality Index (DLQI) wird seit Jahren zur Messung der krankheitsspezifischen Lebensqualität bei verschiedenen dermatologischen Erkrankungen eingesetzt. Auch der seit 1987 existierende, von einer internationalen Gruppe (EuroQol Group) entwickelte, EQ-5D eignet sich als ein standardisiertes Instrument zur subjektiven Beschreibung und Bewertung von Gesundheitszuständen der chronischen spontanen Urtikaria. Neben dem DLQI und EQ-5D fand in unserer Studie der speziell für chronische Urtikaria entwickelte CU-Q2oL Anwendung. Die deutsche Version des CU-Q2oL existiert seit 1998 und wurde bereits

mehrfach als valide beschrieben (Graf et al., 1998, Rabin et al., 2001, Mlynek et al., 2009, Weller et al., 2011).

2.2.7.1 DLQI

Die krankheitsspezifische Lebensqualität wurde mit Hilfe von DLQI (Dermatology Life Quality Index) und CU-Q2oL (Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire) gemessen. Der DLQI ist ein Messinstrument, das 1994 von A.Y. Finlay und G.K. Khan entwickelt wurde, um die Lebensqualität von Patienten mit einer chronischen Hauterkrankung ermitteln zu können. Es ist ein valides und zuverlässiges Messinstrument und beinhaltet 10 Fragen, mit denen die Einschränkung, die die Patienten in den letzten 7 Tagen durch ihre Hauterkrankung erfahren haben, beurteilt werden soll (Finlay und Khan 1994, Lewis und Finlay 2004, Lennox und Leahy 2004). Der DLQI erfasst die psychosozialen Auswirkungen chronischer Hauterkrankungen auf verschiedene Lebensbereiche, wie tägliche Aktivitäten, Freizeit, Arbeit/Schule, persönliche Beziehungen sowie Auswirkungen der Behandlung auf den Alltag. Die Messparameter werden anhand einer Skala erfasst, die aus vier Kategorien besteht: „gar nicht“, „etwas“, „stark“, „sehr stark“. Das Item 7 beinhaltet zudem die Kategorien: „Ja“ und „Nein“. Zusätzlich besteht eine Spalte für „entfällt“. Jede Kategorie entspricht einer bestimmten Punktzahl: „sehr stark“=3 Punkte, „stark“=2 Punkte, „etwas“=1 Punkt, „gar nicht“=0 Punkte. Es können Gesamtwerte zwischen 0 und 30 erreicht werden. Je höher der DLQI Score ist, umso stärker ist die Einschränkung der Lebensqualität (21-30 Punkte: extrem beeinträchtigt, 11-20 Punkte: sehr beeinträchtigt, 6-10 Punkte: moderat beeinträchtigt, 2-5 Punkte: wenig beeinträchtigt, 0-1 Punkte: nicht beeinträchtigt).

2.2.7.2 CU-Q2oL

Der CU-Q2oL ist der erste krankheitsspezifische Fragebogen zur Bestimmung der Lebensqualität bei Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria (Baiardini et al., 2005). Dieses Instrument wurde in Italien generiert und getestet. Die enthaltenen 23 Fragen beziehen sich auf Juckreiz, Schwellungen, Einfluss auf das tägliche und berufliche Leben, Schlafstörungen, Aussehen und Einschränkungen im Alltag und Beruf. Anhand einer 5-stufigen Skala bestehend aus „nie“, „selten“, „gelegentlich“, „oft“ und „sehr oft“ werden die Messparameter bestimmt. Der CU-Q2oL kann sowohl zur Bestimmung der allgemeinen Belastung bei chronischer spontaner Urtikaria als auch zur Überprüfung der Effektivität einer Behandlung verwendet werden. Der CU-Q2oL entspricht den Standards für Validität mit guter Konstruktvalidität, interner Konsistenz, Reliabilität und Responsivität (Zuberbier et al., 2009). Er wurde bereits in verschiedene Sprachen unter anderem auch ins Deutsche übersetzt

und validiert und sollte zur Beurteilung der Krankheitsaktivität bei Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria verwendet werden (Baiardini et al., 2003, Valero et al., 2008, Maurer et al., 2009, Mlynek et al., 2009, Kocatürk et al., 2012).

2.2.7.3 EQ-5D

Die Messung der allgemeinen gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfolgte anhand eines EQ-5D-Instruments. Der EQ-5D ist der weltweit am häufigsten eingesetzte Fragebogen zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Er wurde 1987 von einer internationalen Gruppe (EuroQol Group) entwickelt und bereits in über 70 Sprachen übersetzt. Die deutsche Fassung existiert seit 1998 (Rabin et al., 2001). Der EQ-5D ist ein standardisiertes Instrument zur subjektiven Beschreibung und Bewertung von Gesundheitszuständen (Brooks 1996). Er umfasst zwei Teile. Im ersten Teil werden die Personen zu den fünf Dimensionen „Beweglichkeit/Mobilität“, „Für-sich-selbst-sorgen“, „Alltägliche Tätigkeiten“, „Schmerzen/körperliche Beschwerden“ und „Angst/Niedergeschlagenheit“ befragt. Für jede Frage stehen jeweils drei Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: „keine“, „mäßige“ und „extreme Probleme“. Durch die Kombination der Antwortmöglichkeiten lassen sich insgesamt 243 Gesundheitszustände abbilden. Im zweiten Teil werden die Befragten um die Einschätzung ihres aktuellen Gesundheitszustandes auf einer visuellen Analogskala (VAS) zwischen 0 und 100 gebeten. Die VAS ist in 10er Schritten aufgeteilt. Dabei entsprechen 0 dem schlechtesten und 100 dem besten denkbaren Gesundheitszustand. Die VAS erlaubt eine allgemeine Bewertung des eigenen aktuellen Gesundheitszustands unabhängig von den Antworten auf den fünf Dimensionen des ersten Teils des Fragebogens.

Die Validität und die Reliabilität des EQ-5D wurden für zahlreiche Krankheitsgruppen und auch für die Allgemeinbevölkerung nachgewiesen (Graf et al., 1998).

2.2.8 Patientendefinierte Therapienutzen

Der patientenrelevante Therapienutzen wurde mit dem Patienten Benefit Index (PBI) erhoben. Der PBI wurde vom Kompetenzzentrum Versorgungsforschung in der Dermatologie (CVderm) des UKE Hamburg als standardisiertes Verfahren für verschiedene dermatologische Erkrankungen entwickelt (Augustin et al., 2008). Er stellt ein valides und in der Praxis hoch akzeptiertes Instrument zur Erfassung patientendefinierter Ziele und des Nutzens dar (Augustin et al., 2008). Der PBI für chronische spontane Urtikaria setzt sich aus zwei Teilen zusammen. Im ersten Teil werden die Personen nach der Wichtigkeit der Therapieziele für sie persönlich gefragt. Im zweiten Teil geht es um die Frage, inwieweit

diese Ziele durch die bisherige Behandlung erreicht worden sind. Die beiden Teile des Urtikaria-PBI beinhalten je 26 Fragen. Dabei geht es zum einen um das körperliche und psychische Befinden, wie Juckreiz, Hautveränderungen, Niedergeschlagenheit und Schlafbeeinträchtigung, zum anderen um die Einschränkungen im Alltag und im beruflichen sowie sozialen Leben, wie Probleme mit Mitarbeitern, Freunden und Verwandten, Beeinträchtigung der Freizeitaktivitäten und des Sexuallebens. Des Weiteren beziehen sich die Fragen unter anderem auf die Therapie, die Behandlungskosten, die Nebenwirkungen und das Vertrauen in die Therapie.

Der PBI wurde aus einem Item-Pool von insgesamt ca. 120 Items generiert, die in einer offenen Befragung an n=50 Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria gewonnen wurden. Die daraus extrahierten insgesamt 26 Fragen betreffen überwiegend von Patienten mehrfach geäußerte Ziel- und Nutzenbereiche der Behandlung.

Grundprinzip des PBI ist eine Prä-Post Erhebung. Jeder Patient definiert vor Therapiebeginn anhand einer 5-stufigen Skala (0=gar nicht wichtig oder betrifft mich nicht, 1=etwas, 2=mäßig, 3=ziemlich, 4=sehr wichtig), wie wichtig ihm jedes der vorgegebenen 26 Therapieziele ist (Patient Needs Questionnaire, PNQ) und beurteilt nach Abschluss der Therapie, wiederum auf einer 5-stufigen Skala (0=gar nicht geholfen, 1=etwas, 2=mäßig, 3=ziemlich, 4=sehr geholfen), inwieweit die konkrete Behandlung zur Zielerreichung jeweils beigetragen hat (Patient Benefit Questionnaire, PBQ). Als Globalmaß wird über alle Items ein Gesamtnutzenwert berechnet, indem das Ausmaß der Zielerreichung anhand der jeweiligen Wichtigkeit gewichtet wird (PBI-Range 0 bis 4). Ein relevanter Patienten-Nutzen wird ab $PBI \geq 1$ angenommen (Schäfer et al., 2007).

2.2.9 Willingness-to-pay (WTP)

Die WTP gibt die Menge an Geld an, die die Betroffenen für eine Änderung des Gesundheitszustandes, d.h. eine Verbesserung ihres Erkrankungszustandes durch eine Therapie, zu zahlen bereit sind (Blumenschein et al., 1998). Mit dem Fragebogen „Zahlungsbereitschaft“ (Willingness-to-pay, WTP) sollen die Befragten einen Geldwert einschätzen, den sie für die vollkommene Abheilung Ihrer Erkrankung ausgeben würden. Es soll untersucht werden, wie hoch ihre WTP ist. Es werden zwei Frageformen verwendet: Eine geschlossene Form, wobei die Geldsummen vorgegeben werden und eine offene Frageform, bei der die Befragten eine eigene Angabe zur WTP machen können, die ihrer Vorstellung entspricht. Oft werden bei der offenen Frageform keine Angaben gemacht, da die Patienten damit überfordert sind (Thompson et al., 1984). In mehreren Studien konnte gezeigt werden,

dass WTP, Lebensqualität und Gesundheitszustand miteinander korrelieren und oft als Grundlage für gesundheitsökonomische Evaluationen dienen (Schiffner et al., 2000 und 2002, Beikert et al., 2012).

2.3 Statistische Analyse

Alle erhobenen Daten wurden deskriptiv ausgewertet und mit statistischen Standardwerten beschrieben. Für die kategorialen Daten wurden die absoluten bzw. prozentualen Häufigkeiten angegeben, für kontinuierliche Daten Mittelwert, Median, Standardabweichung. Zum Vergleich von Gruppenmittelwerten wurden T-Test-, sowie nonparametrische Testverfahren (Median-Test- und Mann-Whitney U-Test-Verfahren) angewendet. Ein p-Wert < 0.05 (5%) wurde als signifikant gewertet. Zusätzlich wurden Effektstärken (Cohens d) für unabhängige Stichproben berechnet (Einteilung nach Cohan $d=0.2$ kleine Effektstärke, $d=0.5$ mittlere Effektstärke, $d=0.8$ große Effektstärke). Die Auswertung erfolgte mit SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20 für Windows. Die graphische Darstellung wurde mit Excel durchgeführt.

3 Ergebnisse

Von den 200 abgeschickten Fragebögen wurden 112 zurückgesendet. Hiervon waren 7 Bögen unausgefüllt und wurden ausgeschlossen. Somit wurden 105 Probanden in die Studie eingeschlossen.

3.1 Soziodemographische Daten

Der Altersdurchschnitt aller Patienten, die an der Studie teilnahmen, betrug 43.9 ± 14.9 (Tabelle 3.2). Es haben mit 71.4% deutlich mehr Frauen als Männer teilgenommen (Tabelle 3.1). Der Vergleich des Altersdurchschnitts nach Geschlecht ergab keinen signifikanten Unterschied ($p=0.26$), (Tabelle 3.3). Der Mittelwert der Körpergröße betrug $170.7 \text{ cm} \pm 9.3$ (Tabelle 3.4). Beim Körpergewicht lag der Mittelwert bei $76.2 \text{ kg} \pm 15.0$ (Tab. 3.4).

Tabelle 3.1: Geschlecht (n=105)

	n	%
Weiblich	75	71.4
Männlich	30	28.6

Tabelle 3.2: Alter (n=105)

	Range	MW	SD
Alle Patienten	16-78	43.9	14.9

Tabelle 3.3: Unterschied des Alters nach Geschlecht (n=100/5 fehlend)

	n	MW \pm SD	t	df	p	d
Männlich	28	41.2 \pm 14.1	-1.13	98.0	0.26	0.25
Weiblich	72	44.9 \pm 15.2				

Tabelle 3.4: Größe und Gewicht (n=105)

	Minimum	Maximum	MW	SD
Größe	145	192	170.7	9.3
Gewicht	49	125	76.2	15.0

Von den 105 befragten Personen gaben 61.9% an berufstätig zu sein (Tabelle 3.5). Hiervon übten 80% eine Vollzeit- und 16.9% eine Teilzeitbeschäftigung aus. Von den Nicht-Berufstätigen befand sich der größte Anteil im Ruhestand (50%). In der Schulausbildung/Studium waren zur Zeit der Befragung 25%. Erwerbslos zu sein gaben 15% der Nicht-Berufstätigen an (Tabelle 3.6). 5.8% der Teilnehmer waren zum Zeitpunkt der Befragung wegen spontaner chronischer Urtikaria arbeitsunfähig (Tabelle 3.7).

Tabelle 3.5: Berufstätigkeit (n=105)

	n	%
Ja	65	61.9
Nein	40	38.1

Tabelle 3.6: Art der Beschäftigung/Nicht-Berufstätigkeit (n=105)

	n	%
<i>Von allen Berufstätigen(n=65):</i>		
Vollzeit	52	80.0
Teilzeit	11	16.9
Beurlaubt	1	1.5
Auszubildender	0	0.0
Keine Angabe	2	3.1
<i>Von allen Nicht-Berufstätigen(n=40):</i>		
Ruhestand	20	50.0
Haushalt	3	7.5
Schule/Studium	10	25.0
Erwerbslosigkeit	6	15.0
Keine Angabe	1	2.5

(Mehrfachnennungen möglich)

Tabelle 3.7: Arbeitsunfähigkeit (n=103/2 fehlend)

	n	%
Ja	6	5.8
Nein	97	94.2

33.1% und somit die größte Gruppe unter den Befragten waren verheiratet, 23.1% befanden sich in einer festen Partnerschaft. 20.0% der Personen waren allein lebend und 12.3% gaben an ledig zu sein (Tabelle 3.8).

Tabelle 3.8: Partnerschaft (n=130)

	n	%
Feste Partnerschaft	30	23.1
Verheiratet	43	33.1
Geschieden	11	8.5
Verwitwet	4	3.1
Ledig	16	12.3
Allein lebend	26	20.0

(Mehrfachnennungen möglich)

3.2 Anamnese

17.4% der Betroffenen gaben Nahrungsmittel als mögliche Auslöser der Urtikaria-Beschwerden an. 21.9% waren der Meinung, dass Stress ursächlich für die Beschwerden sei. 33.1% und damit die größte Gruppe der Befragten hatten keine Idee, aus welchem Grund die Urtikaria-Beschwerden auftreten (Tabelle 3.9). Die Abbildung 3.1 gibt noch mal den Überblick darüber, dass der große Anteil der Befragten Nahrungsmittel und Stressbelastung

als auslösende Faktoren für die Urtikaria-Beschwerden sah, wobei, wie bereits erwähnt, die meisten Personen keine Idee hatten, welche Auslöser für ihre Beschwerden ursächlich seien.

Tabelle 3.9: Auslöser der Beschwerden aus der Sicht der Patienten (n=178)

	n	%
Nahrungsmittel	31	17.4
Grippale Infekte	10	5.6
Magen-Darm Erkrankungen	3	1.7
Stress	39	21.9
Körperliche Anstrengung	15	8.4
Andere Dinge	21	11.8
Keine Idee	59	33.1

(Mehrfachnennungen möglich)

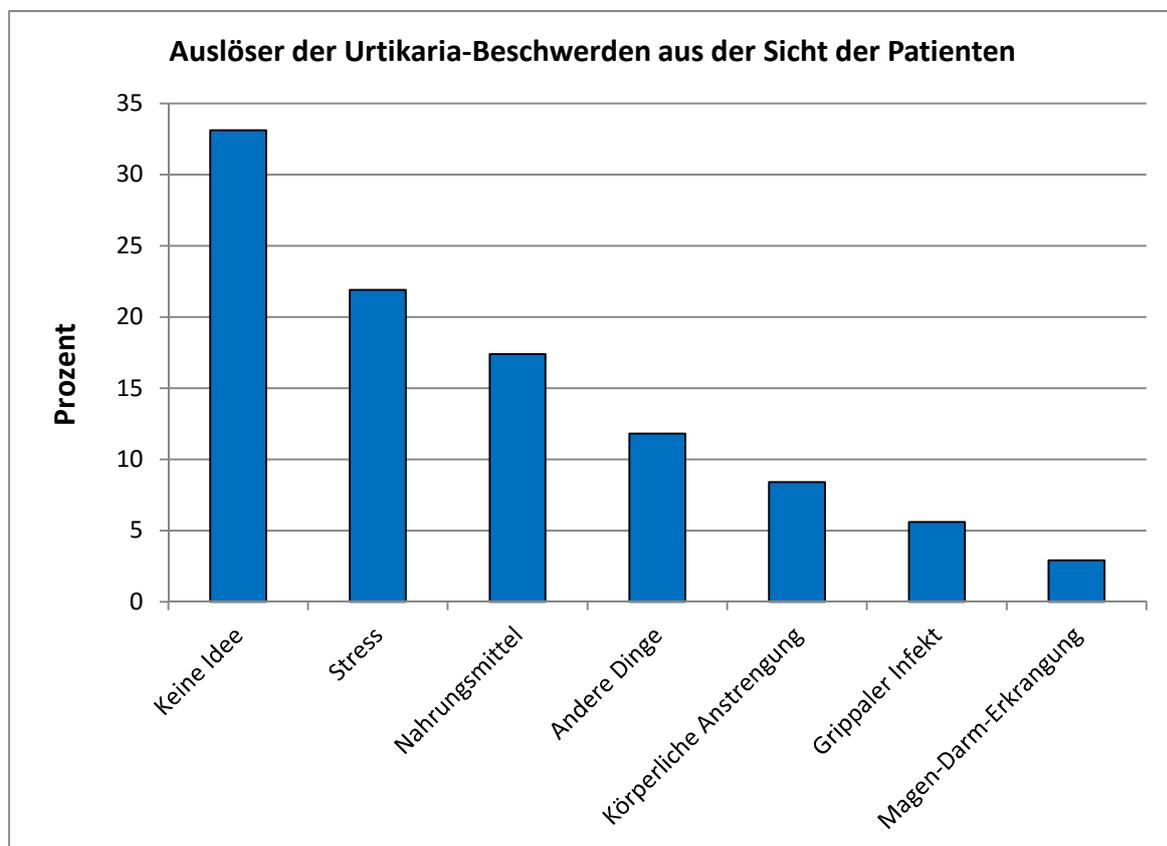


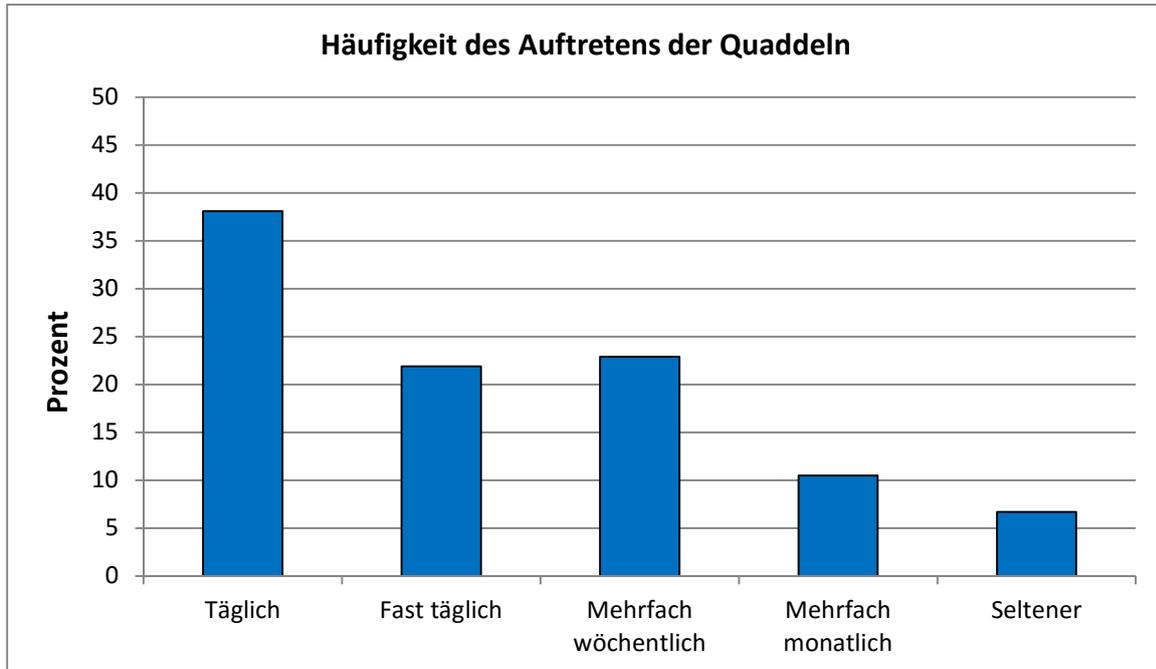
Abbildung 3.1: Auslöser der Urtikaria-Beschwerden aus der Sicht der Patienten in Prozent und absteigend sortiert (n=178, Mehrfachnennungen möglich).

38.1% der Patienten klagten über tägliches Auftreten von Quaddeln. Bei 21.9% traten die Quaddeln fast täglich auf. 22.9% beobachteten die Quaddelbildung mehrfach wöchentlich und 10.5% mehrfach im Monat. Seltenes Auftreten gaben nur 6.7% an (Tabelle 3.10). Die Abbildung 3.2 macht nochmal deutlich, dass die meisten Befragten täglich unter Quaddelbildung leiden.

Tabelle 3.10: Häufigkeit des Auftretens der Quaddeln (n=105)

	n	%
Täglich	40	38.1
Fast täglich	23	21.9
Mehrfach wöchentlich	24	22.9
Mehrfach monatlich	11	10.5
Seltener	7	6.7

(Mehrfachnennungen möglich)

**Abbildung 3.2: Häufigkeit des Auftretens der Quaddeln in Prozent (n=105, Mehrfachnennungen möglich).**

Bei 24.6% der Patienten traten die Quaddeln in den Morgenstunden nach dem Aufstehen auf. 21.0% litten abends und 17.4% nachts unter Quaddelbildung. 22.8% der Befragten konnten das Entstehen der Quaddelbildung keiner bestimmten Tageszeit zuordnen (Tabelle 3.11). Die Abbildung 3.3 zeigt die Verteilung der Tageszeiten.

Tabelle 3.11: Tageszeit des Auftretens der Quaddeln (n=167)

	n	%
Morgens n. Aufstehen	41	24.6
Mittags	9	5.4
Nachmittags	15	9.0
Abends	35	21.0
Nachts	29	17.4
Keine bestimmte Zeit	38	22.8

(Mehrfachnennungen möglich)

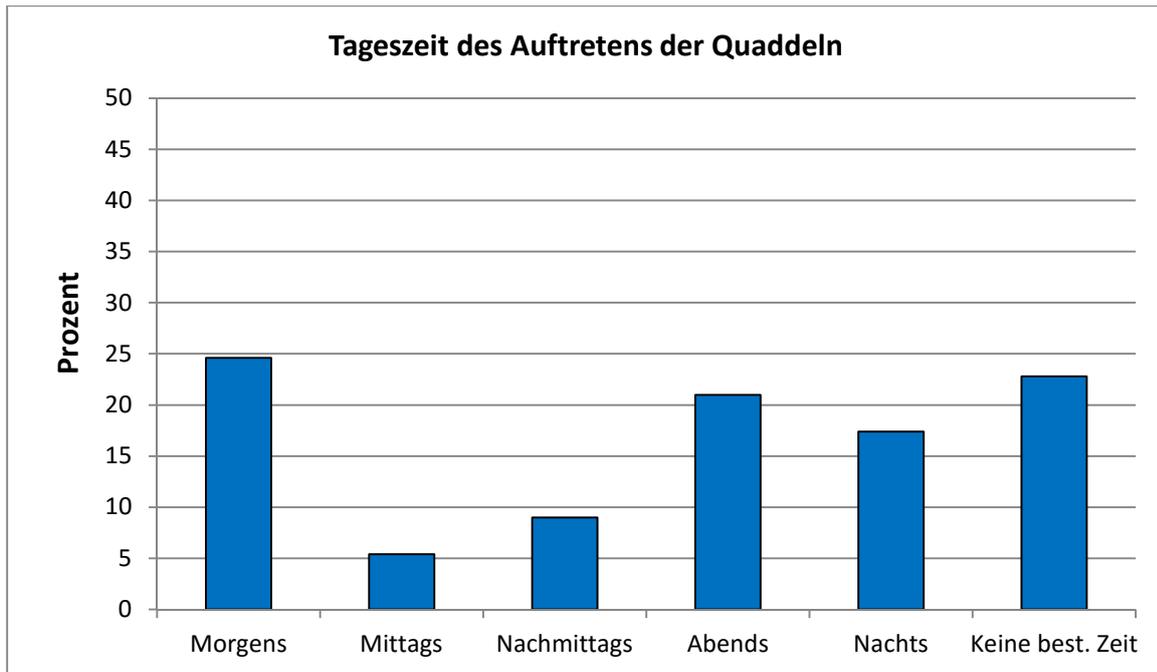


Abbildung 3.3: Tageszeit des Auftretens der Quaddeln in Prozent (n=167, Mehrfachnennungen möglich).

Bei 8.7% der Patienten bilden sich die Quaddeln bereits nach einigen Minuten bis einer Stunde zurück. Bei 16.3% gehen diese nach ein bis zwei Stunden zurück. 23.1% der Befragten beschrieben die Dauer der Quaddeln bis 6 Stunden und 14.4% sogar bis 12 Stunden. 20.2% der Patienten gaben an, die Quaddeln bilden sich erst nach zwölf bis 24 Stunden zurück und bei 17.3% halten diese über 24 Stunden an (Tabelle 3.12). Aus der Abbildung 3.4 geht nochmals hervor, dass bei den meisten Patienten, die befragt wurden, die Quaddeln bis 6 Stunden täglich anhielten.

Tabelle 3.12: Rückbildung der Quaddeln (n=104/1 fehlend)

	n	%
Min-1h	9	8.7
1-2 h	17	16.3
2-6 h	24	23.1
6-12 h	15	14.4
12-24 h	21	20.2
>24 h	18	17.3

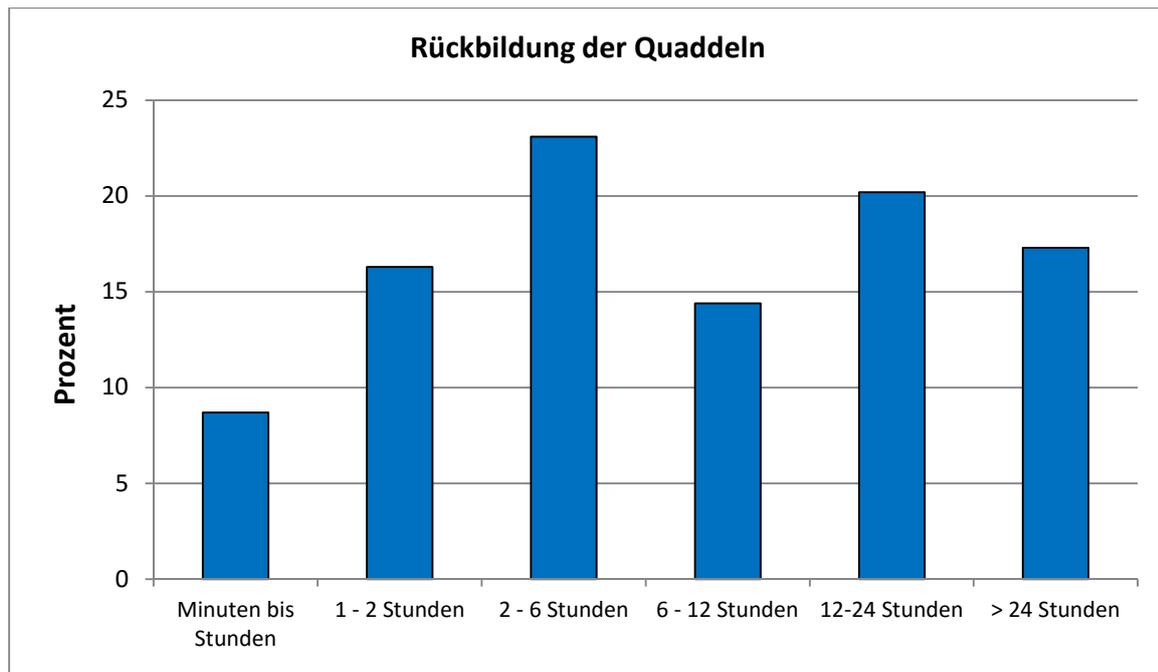


Abbildung 3.4: Rückbildung der Quaddeln (n=104/1 fehlend).

Unter ständigen Schlafstörungen wegen Urtikaria-Beschwerden leiden 14.3% der betroffenen Personen. 28.6% der Patienten wachen häufig wegen Quaddeln in der Nacht auf. Der überwiegende Teil, nämlich 36.2%, wird nur manchmal wegen Quaddeln wach und 21% fühlten sich von Quaddeln nachts nicht gestört (Tabelle 3.13).

Tabelle 3.13: Nächtliches Aufwachen wegen Juckreiz (n=105)

	n	%
Nein, nie	22	21.0
Ja, manchmal	38	36.2
Ja, häufig	30	28.6
Ja, immer	15	14.3

(Mehrfachnennungen möglich)

Von den 105 befragten Personen haben 64.8% angegeben, zusätzlich zu den Quaddeln mindestens einmal ein Angioödem gehabt zu haben (Tabelle 3.14). 27.9% der Personen sahen die Angioödembildung manchmal im Zusammenhang mit einer Belastung bzw. Beanspruchung dieser Körperstellen einige Stunden zuvor, z.B. Schwellungen der Fußsohlen nach Laufen. 19.2% sahen die Entstehung der Angioödeme nach Belastung häufig und bei 4.8% traten diese immer in dem Zusammenhang auf (Tabelle 3.15).

Tabelle 3.14: Entstehung von Angioödemem (n=105)

	n	%
Ja	68	64.8
Nein	37	35.2

Tabelle 3.15: Angioödeme an länger belasteten Körperstellen (n=104/1 fehlend)

	n	%
Nein, nie	50	48.1
Ja, manchmal	29	27.9
Ja, häufig	20	19.2
Ja, immer	5	4.8

Von den 105 Befragten beklagten 63.6% und somit der überwiegende Anteil die Angioödem-Bildung nach langer Beanspruchung an den Fußsohlen, z.B. nach Laufen bzw. langem Stehen. Am Gesäß entstanden die Angioödeme bei 59.3% nach langer Beanspruchung, z.B. Fahrradfahren, und an den Handflächen bei 48.1%. 50.9% der Befragten gaben andere Körperstellen an (Tabelle 3.16 und Abbildung 3.5).

Tabelle 3.16: Angioödeme an bestimmten Körperstellen

	n	%
Fußsohlen (n=55)	35	63.6
Handflächen (n=54)	26	48.1
Gesäß (n=54)	32	59.3
Andere Körperstellen (n=53)	27	50.9

(Mehrfachnennungen möglich)

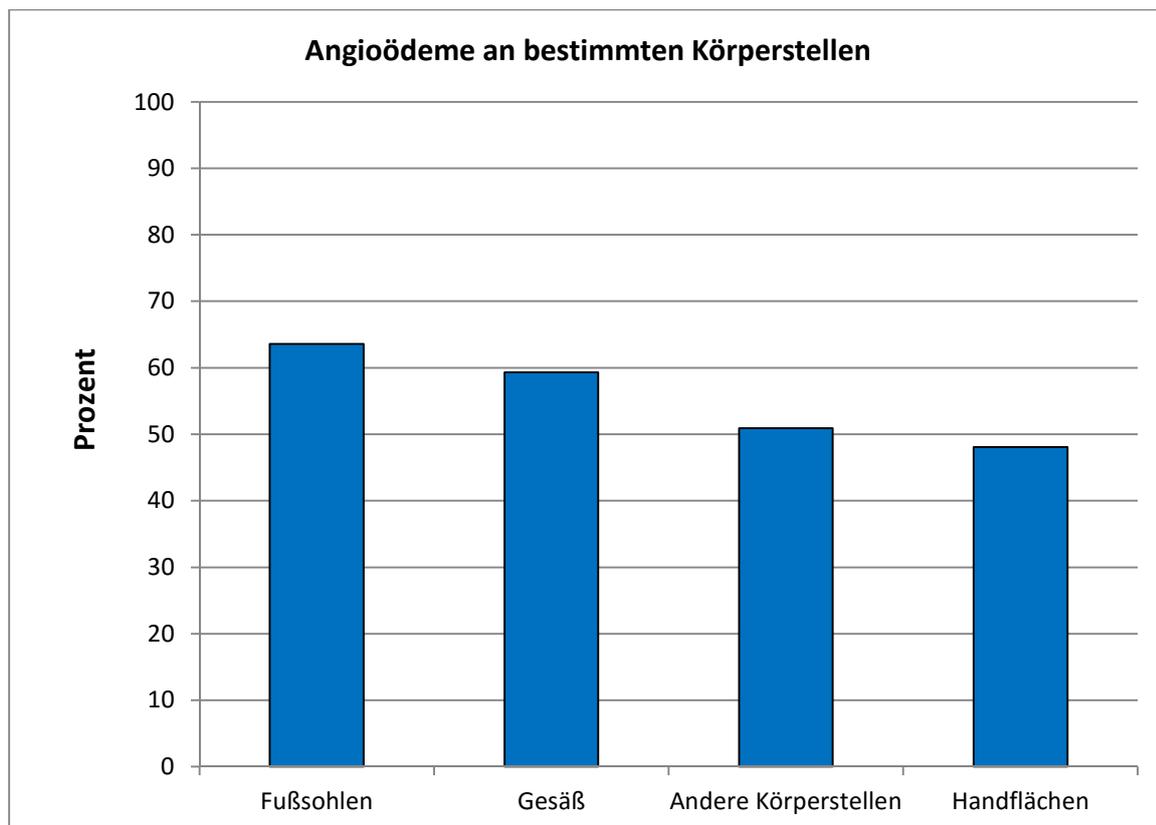


Abbildung 3.5: Angioödeme an bestimmten Körperstellen in Prozent und absteigend sortiert (Mehrfachnennungen möglich).

Ein großer Anteil der Patienten, nämlich 30%, sah einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Quaddeln bzw. Angioödemem und Einnahme von Acetylsalicylsäure-haltigen Präparaten wie Aspirin oder ASS. 18.6% der Patienten beobachteten die Quaddelbildung nach

der Einnahme von Ibuprofen und 7.1% nach Diclofenac-Einnahme, wobei Ibuprofen und Diclofenac, ebenfalls wie Aspirin/ASS zu der Gruppe der sauren Antiphlogistika (NSAR) gehören, deren Einnahme mit einer Histamin-Ausschüttung einhergeht. Nesselsucht-Beschwerden nach Antibiotika-Einnahme beobachteten 12.9% der Patienten. Einen Zusammenhang zwischen Einnahme von Herz-Kreislaufmedikamenten wie Antianginosa und Antihypertensiva sahen 7.1% der Befragten. 12.9% der Befragten gab andere Medikamente an, deren Einnahme zu Urtikaria-Beschwerden geführt habe (Tabelle 3.17 und Abbildung 3.6).

Tabelle 3.17: Zusammenhang zw. Beschwerden und Medikamenteneinnahme aus Patientensicht (n=70)

	n	%
Acetylsalicylsäure	21	30.0
Ibuprofen	13	18.6
Diclofenac	5	7.1
Andere Schmerzmittel, Entzündungshemmer, Fiebersenker	8	11.4
Antibiotika	9	12.9
Herz-Kreislauf/Blutdrucksenker	5	7.1
Andere Medikamente	9	12.9

(Mehrfachnennungen möglich)

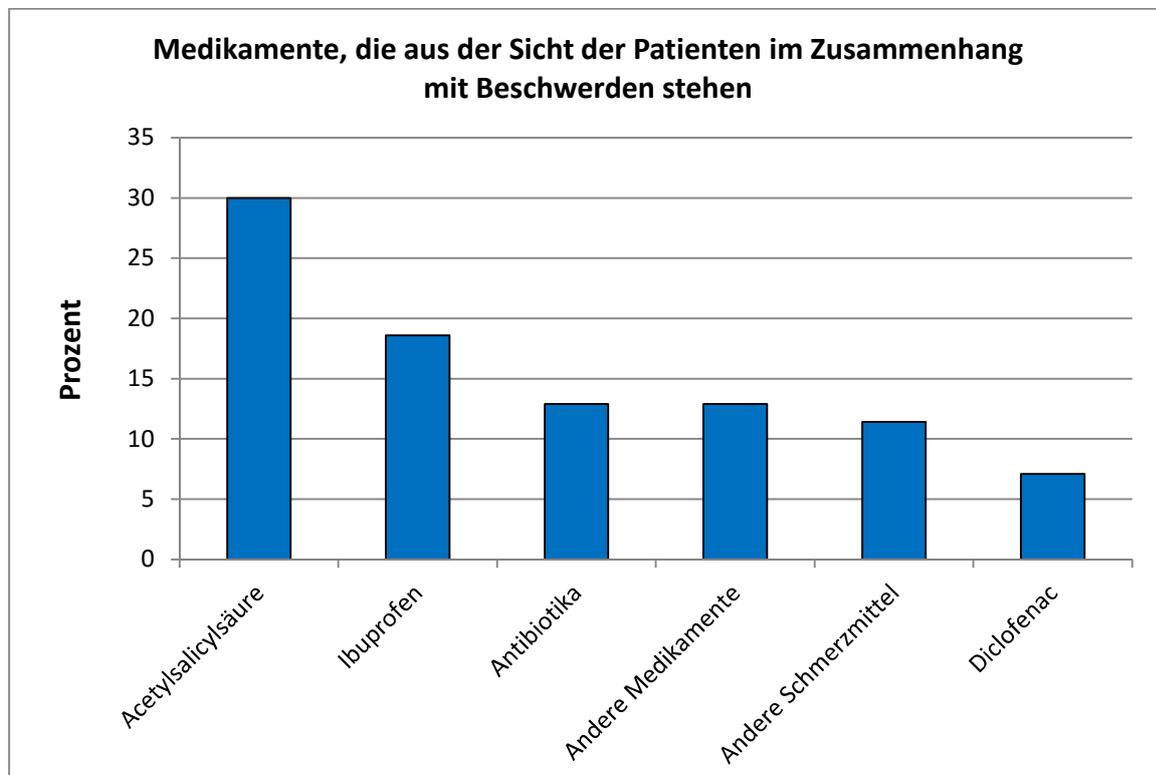


Abbildung 3.6: Medikamente, die aus der Sicht der Patienten im Zusammenhang mit Urtikaria-Beschwerden stehen, in Prozent und absteigend sortiert (n=70 Patienten, Mehrfachnennungen möglich)

Als weitere beeinflussende Faktoren, die aus der Sicht der Patienten im Zusammenhang mit der Entstehung der Quaddeln/Angioödeme stehen, gaben 10.5% der Befragten Kälte und 13.2% Wärme an. Die meisten Patienten, nämlich 35.5%, sahen das Auftreten der Beschwerden zusammenhängend mit einer psychischen Belastung wie Stress. 22.4% klagten über Beschwerden bei einer Überwärmung des Körpers, z.B. beim Schwitzen oder während des Fiebers und für 9.9% der Patienten waren Sonnenstrahlen ursächlich für die Entstehung der Quaddeln/Angioödeme (Tabelle 3.18). Die Abbildung 3.7 stellt die Häufigkeit der oben genannten Urtikaria-Beschwerden dar. Daraus wird ersichtlich, dass die meisten der Befragten die Entstehung der Quaddeln/Angioödeme im Zusammenhang mit Stresssituationen sehen.

Tabelle 3.18: weitere Faktoren, die aus Patientensicht im Zusammenhang mit Beschwerden stehen (n=152)

	n	%
Kälte (kaltes Wasser, kaltes Wetter, kalter Wind)	16	10.5
Wärme (warmes Wasser, warme Gegenstände)	20	13.2
Überwärmung des Körpers (Schwitzen, Fieber)	34	22.4
Kontakt mit Wasser	3	2.0
Sonnenstrahlen	15	9.9
Psychische Belastung (Stress)	54	35.5
Best. Jahreszeiten	10	6.6

(Mehrfachnennungen möglich)

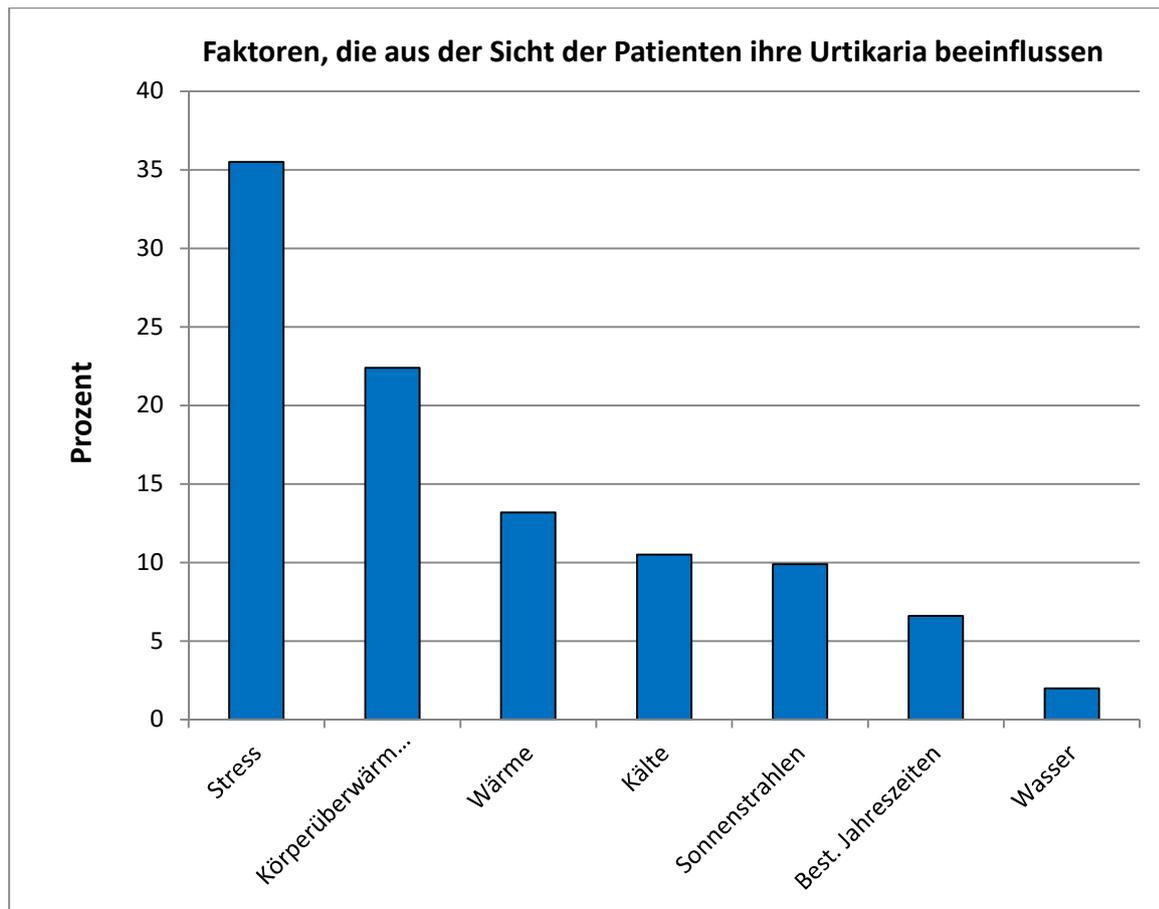


Abbildung 3.7: Urtikaria beeinflussende Faktoren aus der Sicht der Patienten, in Prozent und absteigend sortiert (n=152, Mehrfachnennungen möglich).

Bei 6.6% der betroffenen Personen traten Urtikaria-Beschwerden zu bestimmten Jahreszeiten auf (Tabelle 3.18 und Tabelle 3.19).

Tabelle 3.19: Jahreszeiten, die aus Patientensicht im Zusammenhang mit Urtikaria-Beschwerden stehen (n=10)

	n	%
Frühjahr	1	10.0
Herbst, Winter, Frühling	3	30.0
Sommer	3	30.0
Sommer bei hoher Luftfeuchtigkeit	1	10.0
Winter	2	20.0

(Mehrfachnennungen möglich)

Einen Zusammenhang zwischen einer beruflichen Tätigkeit und den Urtikaria-Beschwerden sahen 4.8% der befragten Personen (Tabelle 3.20).

Tabelle 3.20: Zusammenhang zw. Beschwerden und Beruf aus Patientensicht (n=105)

	n	%
Ja	5	4.8
Nein	100	95.2

5.7% der Patienten sahen das Auftreten von Quaddeln/Angioödemem im Zusammenhang mit dem Ausführen ihrer Hobbys (Tabelle 3.21).

Tabelle 3.21: Zusammenhang zwischen Beschwerden und Hobbys aus Patientensicht (n=105)

	n	%
Ja	6	5.7
Nein	99	94.3

29.5% der befragten Personen gaben an, manchmal durch Kratzen, Reiben oder Scheuern der Haut Urtikaria-Beschwerden bekommen zu haben. Bei 14.3% der Befragten traten die Beschwerden dadurch häufig und bei 5.7% sogar dauernd auf (Tabelle 3.22).

Tabelle 3.22: Auftreten der Urtikaria-Beschwerden durch mechanische Hautreizung (n=105)

	n	%
Nein, nie	53	50.5
Ja, manchmal	31	29.5
Ja, häufig	15	14.3
Ja, dauernd	6	5.7

Von den 105 befragten Patienten haben 7.6% angegeben, dass in ihrem Verwandtenkreis ersten Grades ebenfalls Urtikaria-Leiden besteht (Tabelle 3.23).

Tabelle 3.23: Urtikaria bei Verwandten 1. Grades (n=105)

	n	%
Ja	8	7.6
Nein	97	92.4

3.3 Betroffene Körperstellen

Zur Zeit der Befragung gaben die Patienten an, dass vor allem ihre Arme (75.0%, MW 2.2 ± 1.0) und Beine (75.3%, MW 2.3 ± 1.0) von Juckreiz und Quaddeln/Angioödemem betroffen sind (Tabelle 3.24). Die Tabelle 3.25 gibt die Ausdehnung der Quaddeln/Angioödeme in den letzten 3 Monaten wieder. Die Lage/Ausdehnung wurde auf der Körpervorder- und -rückseite jeweils mit minimal 0 und maximal 931 Schnittpunkten angegeben. Hierbei zählen die vordere und hintere Rumpfseite, sowie Beine zu den meist von Quaddeln/Schwellungen betroffenen Körperstellen.

Tabelle 3.24: Von Juckreiz und Quaddeln betroffene Körperstellen

Lokalisation	n	Minimum	Maximum	MW	SD	%
Gesicht	104	0	3	1.7	1.1	56.0
Sonstiger Kopf	102	0	3	1.3	1.1	45.0
Hals	103	0	3	1.5	1.1	49.6
Hände	104	0	3	1.9	1.1	62.0
Arme	104	0	3	2.2	1.0	75.0
Stamm	102	0	3	2.0	1.1	66.3
Genitalregion	103	0	3	1.0	1.1	32.3
Beine	103	0	3	2.3	1.0	75.3
Füße	103	0	3	1.9	1.2	61.6

(0=nicht betroffen bis 3=stark betroffen)

Tabelle 3.25: Urtikaria-Ausdehnung gemäß den ausgezählten Schnittpunkten in Körperraster

Lokalisation	n	Minimum	Maximum	MW	SD	%
Kopf (rechts)	98	0	37	5.5	7.2	15.0
Rumpf (ventral)	98	0	129	33.8	40.2	26.2
Rechter Arm (ventral)	98	0	54	12.3	12.9	22.7
Linker Arm (ventral)	98	0	49	11.1	11.8	22.7
Rechte Hand (ventral)	98	0	18	4.0	5.1	22.2
Linke Hand (ventral)	98	0	17	3.6	4.4	21.2
Rechtes Bein (ventral)	98	0	97	24.9	23.1	25.7
Linkes Bein (ventral)	98	0	96	24.1	23.4	25.1
Genitalbereich	98	0	6	0.6	1.2	9.7
Kopf (links)	98	0	36	5.4	7.6	14.9
Rumpf (dorsal)	98	0	136	31.1	37.0	22.9
Rechter Arm (dorsal)	98	0	48	9.4	12.0	19.6
Linker Arm (dorsal)	98	0	43	9.0	11.2	20.9
Rechte Hand (dorsal)	98	0	16	3.0	5.0	19.1
Linke Hand (dorsal)	98	0	16	2.8	4.5	17.7
Rechtes Bein (dorsal)	98	0	96	20.0	22.2	20.8
Linkes Bein (dorsal)	98	0	93	20.6	22.3	22.1
Analbereich	98	0	6	0.7	1.2	11.3

Tabelle 3.26: Urtikaria-Ausdehnung gemäß den ausgezählten Schnittpunkten in Körperraster

	n	Minimum	Maximum	MW	SD	%
Kästchen-Körpervorderseite	98	0	463	119.9	105.4	25.9
Kästchen-Körperrückseite	98	0	468	102.0	102.0	21.8
Kästchen-kompletter Körper	98	9	931	221.9	200.7	23.8

3.4 Begleiterkrankungen

Einen großen Anteil der Begleiterkrankungen, die von den 105 befragten Personen angegeben wurden, machten mit 47.6% die allergischen Krankheiten aus (Tabelle 3.27). Hiervon litten die Betroffenen überwiegend an allergischer Rhinitis. Als Allergene wurden vor allem Hausstaub, Frühblüher, Gräser und Tierhaare genannt (Tabelle 3.28).

Tabelle 3.27: Allergische Erkrankungen (n=105)

	n	%
Ja	50	47.6
Nein	55	52.4

Tabelle 3.28: Einzeln genannte allergische Erkrankungen (n=37)

	n	%
Allergische Urtikaria	1	2.7
Aspirin-Unverträglichkeit	1	2.7
Baum- u. Gräserpollen, Latex	1	2.7
Frühblüher (Erle, Birke, Eiche, Hasel)	1	2.7
Frühblüher (Birke, Erle, Haselnuss)	1	2.7
Tierhaare, Frühblüher	1	2.7
Gräser, Birke	1	2.7
Gräser, Nickel, Kobald	1	2.7
Gräser, Pollen, Hausstaub	1	2.7
Haselnüsse	1	2.7
Hausstaub, Pollen, Tierhaare, Steinobst	1	2.7
Hausstaub, Schimmelpilz	1	2.7
Heuschnupfen	8	21.6
Nahrungsmitteln, Heuschnupfen	1	2.7
Hunde- u. Katzenhaare	1	2.7
Konservierungs- u. Farbstoffe	1	2.7
Kontaktallergien (Metall, Gummi)	1	2.7
Kontrastmittel und Pflaster	1	2.7
Latex	1	2.7
Obst, Säfte	1	2.7
Paracetamol, Diclofenac	1	2.7
Pollen	1	2.7
Pollen u. Hausstaub	1	2.7
Rhinitis	1	2.7
Roggen	1	2.7
Tierhaare u. Gräser	1	2.7
Tierhaare u. Milben	1	2.7
Tierhaare u. Pollen	2	5.4
Wespen Gift	1	2.7

(Mehrfachnennungen möglich)

An Herz-Kreislauf-Erkrankungen litten zur Zeit der Befragung 16.2% der Patienten, wobei den größten Anteil mit 8.7% der arterielle Hypertonus ausmacht (Tabelle 3.29 und Tabelle 3.30). Von einem Prozent der Befragten wurden Kreislaufstörungen genannt, wobei unter diese Kategorie ebenfalls arterielle Hypertonie als auch Herzrhythmusstörungen, wie paroxysmales Vorhofflimmern oder ausgeprägte polymorphe Extrasystolie sowie Sinustachykardie fallen können.

Tabelle 3.29: Herz-Kreislauf-Erkrankungen (n=105)

	n	%
Ja	17	16.2
Nein	88	83.8

Tabelle 3.30: Einzeln genannte Herz-Kreislauf-Erkrankungen (n=16)

	n	%
Arterieller Hypertonus	9	56.3
Arterieller Hypertonus und Herzrhythmusstörungen	1	6.3
Z. n. Lungenarterienembolie	1	6.3
Paroxysmale Herzrhythmusstörung	1	6.3
KHK, Z. n. ACVB-OP, pAVK	1	6.3
Leichte Mitralklappeninsuffizienz	1	6.3
Kreislaufstörungen	1	6.3
Sinustachykardie, Extrasystolie	1	6.3

(Mehrfachnennungen möglich)

11.4% der Patienten gaben Magen-Darm-Krankheiten als Begleiterkrankungen an (Tabelle 3.31). Hierbei fällt auf, dass vor allem die Erkrankungen des oberen Verdauungstraktes, wie chronische Gastritis und Refluxkrankheit genannt wurden (Tabelle 3.32).

Tabelle 3.31: Magen-Darm-Erkrankungen (n=105)

	n	%
Ja	12	11.4
Nein	93	88.6

Tabelle 3.32: Einzeln genannte Magen-Darm-Erkrankungen (n=11)

	n	%
Barett-Syndrom	1	9.1
Chron. Meteorismus	1	9.1
Chron. Gastritis	1	9.1
Colitis ulcerosa	1	9.1
Rez. Gastritis	1	9.1
Gastritis m. H. pylori	1	9.1
Reizdarmsyndrom	1	9.1
Rez. Magenschmerzen	1	9.1
Refluxkrankheit	1	9.1
Refluxösophagitis	1	9.1
Obstipation	1	9.1

(Mehrfachnennungen möglich)

Bei 1.9% der Befragten bestanden zur Zeit der Fragebogenerhebung Nierenerkrankungen, wobei ein Patient eine chronische Niereninsuffizienz angegeben hat (Tabelle 3.33 und Tabelle 3.34).

Tabelle 3.33: Nierenerkrankungen (n=105)

	n	%
Ja	2	1.9
Nein	103	98.1

Tabelle 3.34: Einzeln genannte Nierenerkrankung (n=1)

	n	%
Chronische Niereninsuffizienz	1	100

Neurologische und psychische Begleiterkrankungen wurden von jeweils 4.8% der befragten Personen angegeben. (Tabelle 3.35, Tabelle 3.36 und Tabelle 3.37). Bei psychischen Erkrankungen wurde oft das Depressionsleiden genannt (Tabelle 3.38).

Tabelle 3.35: Neurologische Erkrankungen (n=105)

	n	%
Ja	5	4.8
Nein	100	95.2

Tabelle 3.36: Einzeln genannte neurologische Erkrankungen (n=5)

	n	%
Zerebrale Durchblutungsstörung	1	20.0
Epilepsie	1	20.0
Polyneuropathie	1	20.0
Spinalkanalstenose	1	20.0
Zwinker-Tick	1	20.0

Tabelle 3.37: Psychische Erkrankungen (n=105)

	n	%
Ja	5	4.8
Nein	100	95.2

Tabelle 3.38: Einzeln genannte psychische Erkrankungen (n=5)

	n	%
Angst- u. Panikstörung	1	20.0
Depression	2	40.0
Schwere Depression	1	20.0
Suizidgefährdung	1	20.0

1.9% der Patienten gaben rheumatische Erkrankungen, nämlich rheumatoide Arthritis und Psoriasisarthritis an (Tabelle 3.39 und Tabelle 3.40).

Tabelle 3.39: Rheumatische Erkrankungen (n=105)

	n	%
Ja	2	1.9
Nein	103	98.1

Tabelle 3.40: Einzeln genannte rheumatische Erkrankungen (n=2)

	n	%
Psoriasisarthritis	1	50.0
Rheumatoide Arthritis	1	50.0

Bei 8.6% bestanden zur Zeit der Befragung Autoimmunerkrankungen (Tabelle 3.41). Die Tabelle 3.42 gibt die einzeln genannten Autoimmunerkrankungen wieder.

Tabelle 3.41: Autoimmunerkrankungen (n=105)

	n	%
Ja	9	8.6
Nein	96	91.4

Tabelle 3.42: Einzeln genannte Autoimmunerkrankungen (n=7)

	n	%
Diabetes mellitus Typ 1	1	14.3
Hashimoto-Thyreoiditis	2	28.6
Lupus erythematoses	1	14.3
Morbus Basedow	1	14.3
Sarkoidose	1	14.3
Hypothyreose	1	14.3

(Mehrfachnennungen möglich)

8.6% der Befragten litten zusätzlich an weiteren chronischen Hauterkrankungen (Tabelle 3.43). Die Tabelle 3.44 gibt die einzeln genannten Hauterkrankungen wieder.

Tabelle 3.43: Andere Hauterkrankungen (n=105)

	n	%
Ja	9	8.6
Nein	96	91.4

Tabelle 3.44: Einzeln genannte andere Hauterkrankungen (n=8)

	n	%
Akne	1	12.5
Neurodermitis	2	25.0
Periorale Dermatitis	1	12.5
Psoriasis (Ganzkörper)	3	37.5
Vitiligo	1	12.5

Der zweitgrößte Anteil der Begleiterkrankungen fällt mit 26.9% in die Kategorie „Sonstige Erkrankungen“ (Tabelle 3.45). Dabei fällt auf, dass hier auch Schilddrüsenerkrankungen eingetragen wurden. Des Weiteren wurden hier chronische Lungenerkrankungen wie das Asthma bronchiale und die COPD, sowie chronisches Wirbelsäulenleiden genannt (Tabelle 3.46).

Tabelle 3.45: Sonstige Erkrankungen (n=104/1 fehlend)

	n	%
Ja	28	26.9
Nein	76	73.1

Tabelle 3.46: Einzel genannte sonstige Erkrankungen (n=27)

	n	%
Allergisches Asthma	1	3.7
Arthrose	1	3.7
Spinalkanalstenose	1	3.7
Bandscheibenvorfall	1	3.7
Asthma bronchiale	2	7.4
COPD	1	3.7
Schilddrüsenunterfunktion	6	22.2
Z. n. Mamma-Karzinom	1	3.7
Chron. Wirbelsäulenleiden	1	3.7
Chron. Sinusitis	2	7.4
Chronische Lungenerkrankung (nicht näher bezeichnet)	1	3.7
Netzhautablösung	1	3.7
Osteoporose	1	3.7
Chron. Pankreatitis	1	3.7
Schilddrüsenerkrankung (nicht näher bezeichnet)	4	14.8
Tinnitus	1	3.7
Verdauungsstörungen	1	3.7

(Mehrfachnennungen möglich)

Die Abbildung 3.8 gibt die Häufigkeit der von den befragten Patienten angegebenen Begleiterkrankungen wieder.

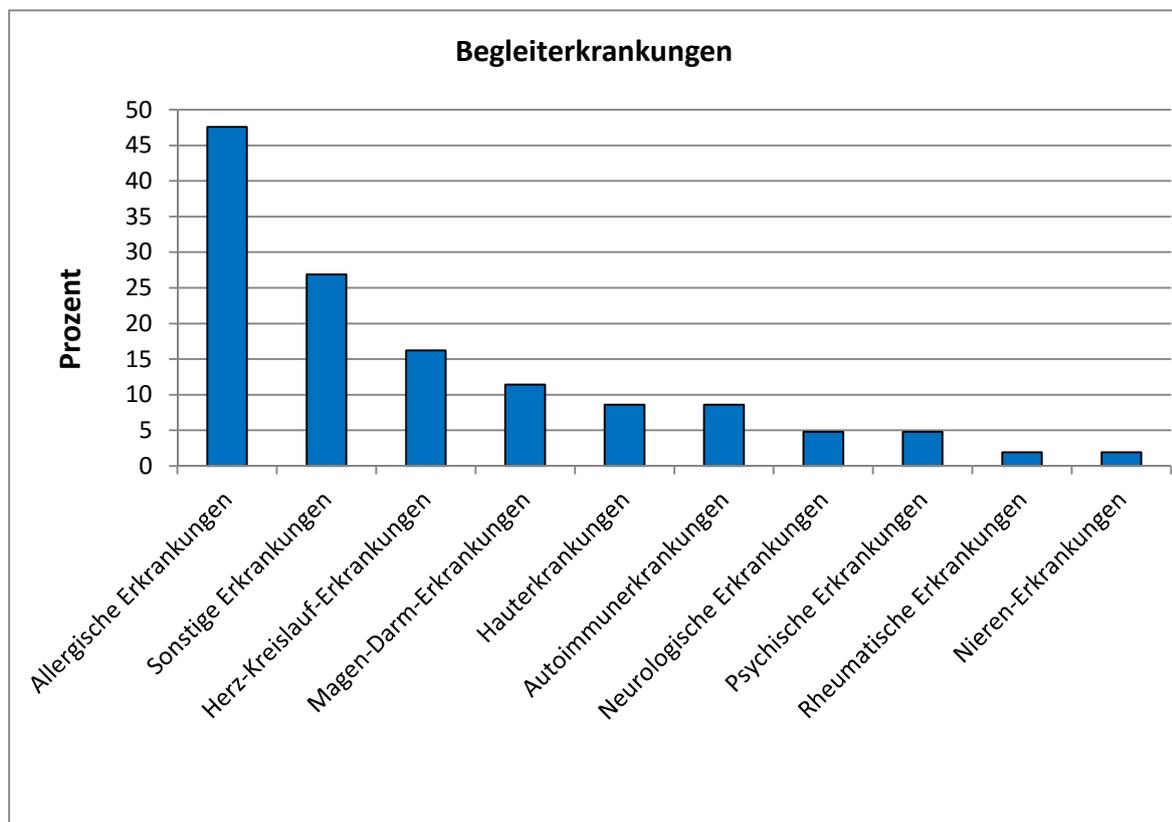


Abbildung 3.8: Häufigkeit der Begleiterkrankungen in Prozent und absteigender Reihenfolge.

3.5 Therapien

Bei den im Fragebogen vorgegebenen Therapien, die von den Befragten in den vergangenen 5 Jahren verwendet wurden, haben die meisten Personen (67.6%) die Antihistaminika der 2. Generation angegeben. Hierzu gehören unter anderem Aerius (Desloratadin), Telfast (Fexofenadin), Lisino (Loratadin) und Zyrtec (Cetirizin). Aufgrund einer vorausgesehenen Schwierigkeit seitens der Patienten, die Antihistaminika richtig einzustufen, wurde im Fragebogen eine Kategorie „Sonstige Antihistaminika“ erstellt. In diesem Feld gaben die Patienten am häufigsten die Antihistaminika der 2. Generation an. Am zweithäufigsten wurden Antihistaminika der 1. Generation, wie Atarax (Hydroxyzin), Fenistil (Dimetinden), Ebastel (Ebastin) und Tavegil (Clemastin) verwendet. Mit einem Mittelwert über 2 (Skalierung: von 0=„nicht erfolgreich“ bis 3=„sehr erfolgreich“) haben die Notfall-Medikation und die systemische Cortison-Therapie, wie z.B. Urbason, Celestamine oder Decortin, am erfolgreichsten abgeschlossen. Hierbei ist anzumerken, dass es sich bei der Notfalltherapie um intravenöse Corticoid- und Antihistaminika-Gabe handelt (Tabelle 3.47, Abbildung 3.9, Abbildung 3.10 und Abbildung 3.11).

Tabelle 3.47: Therapie in den vergangenen 5 Jahren (im Fragebogen vorgegebene Therapien und ihre Bewertung durch die Patienten) (n=105)

Therapie	Verwendet (n)	Verwendet (%)	Nicht erfolgreich (%)	Wenig erfolgreich (%)	Mäßig erfolgreich (%)	Sehr erfolgreich (%)	MW	SD
Antihistaminika								
1.Generation	60	57.1	36.7	21.7	28.3	13.3	1.2	1.1
2.Generation	71	67.6	11.3	22.5	28.2	38.0	1.9	1.0
Sonstige*	16	15.2	6.3	24.9	31.3	37.5	2.0	1.0
Cortison								
Systemisch	39	37.1	15.4	7.6	10.3	66.7	2.3	1.1
Außerlich	22	21.0	18.1	18.2	36.4	27.3	1.7	1.1
Creμες/Lotionen								
Singulair	11	10.5	27.3	27.3	27.3	18.1	1.4	1.1
Ranitidin	12	11.4	16.7	25.0	41.7	16.6	1.6	1.0
Xolair	4	3.8	50.0	25.0	0.0	25.0	1.00	1.4
Kombinationen								
UVA/UVB	1	1.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
PUVA	1	1.0	0.0	0.0	100.0	0.0	2.0	0.0
Kühlende Umschläge	39	37.1	7.7	20.5	61.5	10.3	1.7	0.7
Kartoffel-Reis-Diät	43	41.0	34.8	23.3	27.9	14.0	1.2	1.1
Sonstige Diäten								
Antidepressiva	3	2.9	0.0	33.3	66.7	0.0	1.7	0.6
Neuroleptika	2	1.9	50.0	50.0	0.0	0.0	0.5	0.7
Psychosomatik	7	6.7	28.6	14.3	42.8	14.3	1.4	1.1
Schlafmittel	6	5.7	50.0	16.7	33.3	0.0	0.8	1.0
Physikal. Therapie								
Bäder	17	16.2	29.4	23.6	29.4	17.6	1.3	1.1
Notfall-Therapie	27	25.7	7.4	3.7	7.4	81.5	2.6	1.0
Akupunktur	12	11.4	33.3	25.0	8.4	33.3	1.4	1.3
Homöop. Mittel	24	22.9	29.2	37.5	20.8	12.5	1.2	1.0
Entspannungsth.	12	11.4	16.6	41.7	16.7	25.0	1.5	1.1

* Antihistaminika der 1. und 2. Generation, falls Zuordnung nicht bekannt

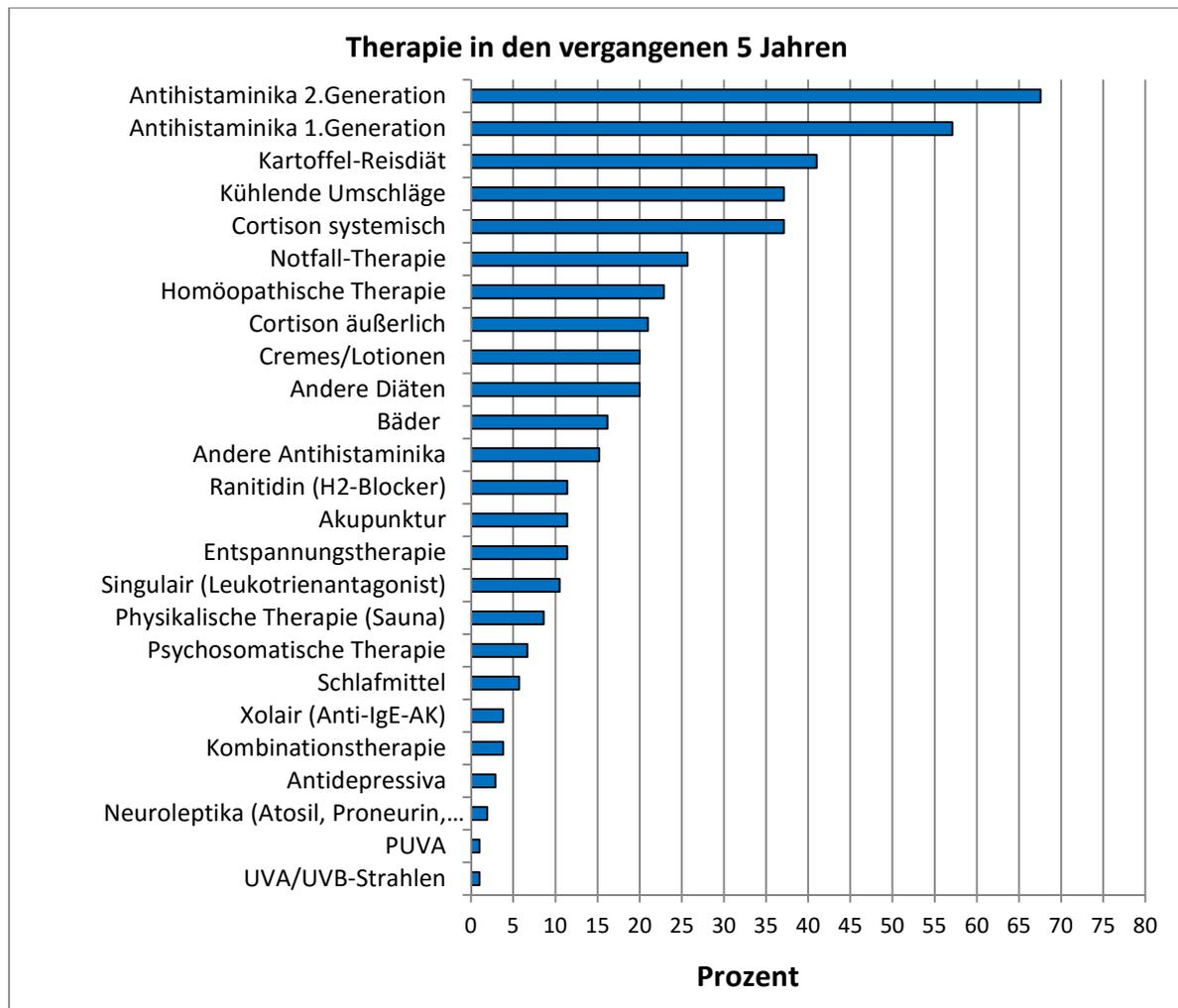


Abbildung 3.9: Therapien, die in vergangenen 5 Jahren verwendet wurden (n=105, absteigend sortiert, in Prozent)

Tabelle 3.48: Antihistaminika, die unter „Andere“ genannt wurden (n=7)

	n	%
Cetirizin	3	42.9
Rupafin (Rupatadin)	1	14.3
Xusal (Levocetirizin)	3	42.9

Tabelle 3.49: Andere Therapien (n=12)

	n	%
Autogenes Training	2	16.7
Darmaufbaukultur	1	8.3
Entspannungsgymnastik	1	8.3
Teebaumöl	1	8.3
Krankengymnastik	1	8.3
Gesprächstherapie	1	8.3
Immunosporin	1	8.3
Tannolact	1	8.3
Fasten	1	8.3
Schüssler Salze	1	8.3
Meridian-Energie n. Franke	1	8.3

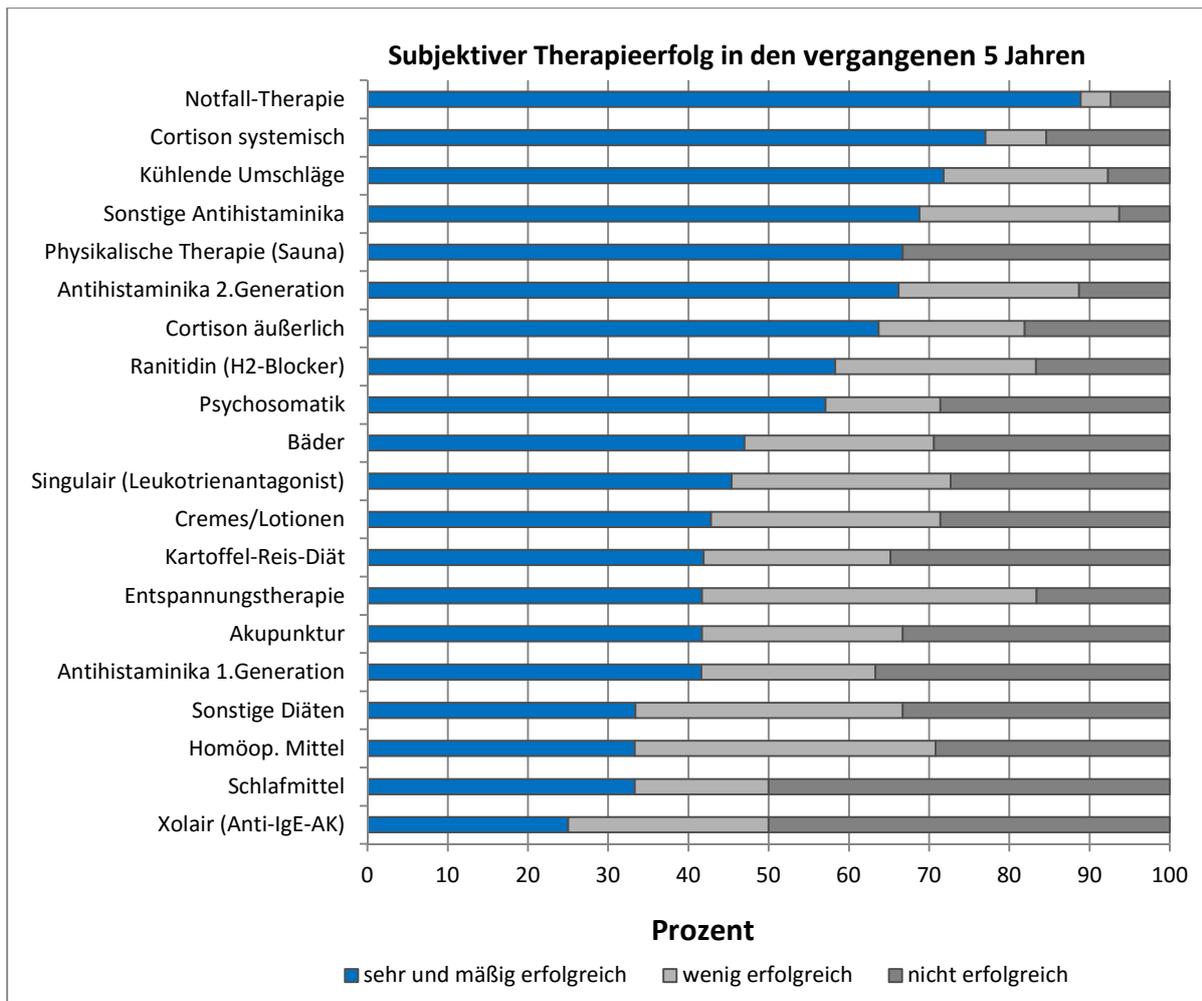


Abbildung 3.10: Angaben über subjektiven Therapieerfolg in den vergangenen 5 Jahren, Kategorien: „sehr, mäßig, wenig und nicht erfolgreich“ (n=105, absteigend sortiert, in Prozent).

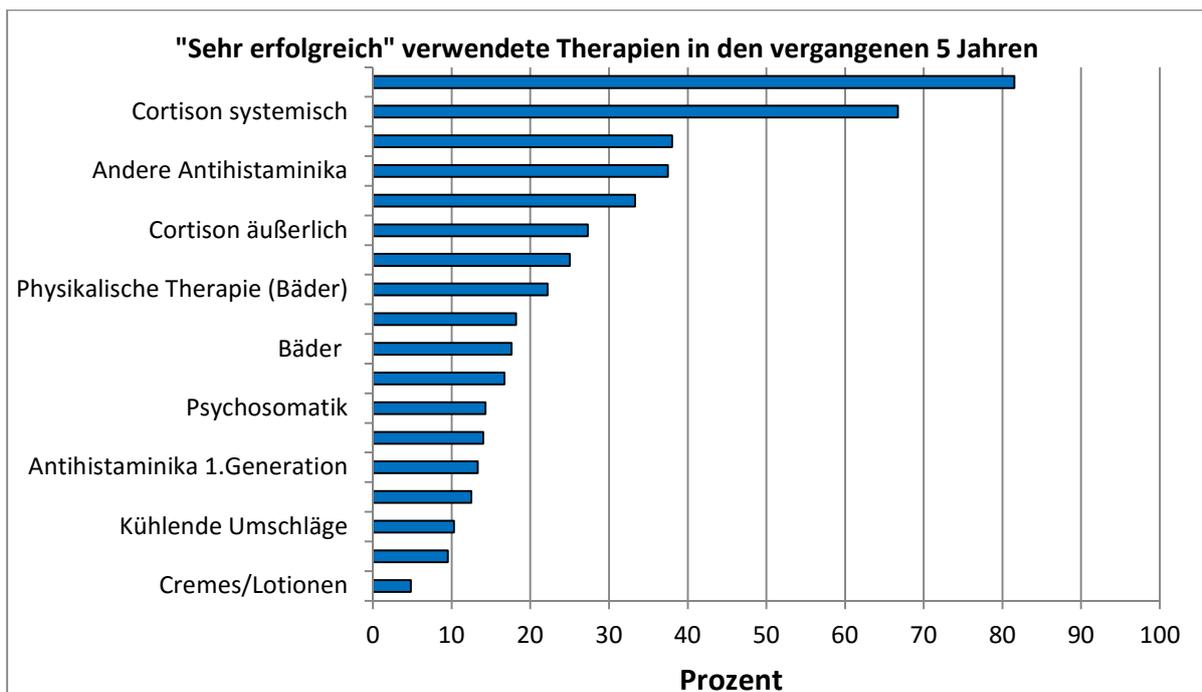


Abbildung 3.11: „Sehr erfolgreich“ verwendete Therapien in den vergangenen 5 Jahren (n=105, absteigend sortiert, in Prozent).

Tabelle 3.50: Andere Kombinationen aus versch. Präparaten (n=4)

	n	%
Cortison + Telfast + Ranitidin	1	25.0
Singulair + Ranitidin	1	25.0
Xusal + Ranitidin	1	25.0
Xusal + Daosin	1	25.0

41% der befragten Personen haben als angewandte Therapie eine allergenarme Diät, nämlich eine Kartoffel- und Reis-Diät, angegeben. Sonstige Diäten, die in Tabelle 3.51 aufgeführt sind, gaben 20% der Befragten an. Die Kartoffel-Reis-Diät empfanden 14% der Beteiligten als „sehr erfolgreich“ (Tabelle 3.47).

Tabelle 3.51: Andere Diäten (n=7)

	n	%
Histaminarme Ernährung	1	14.3
Konservierungs- u. farbstoffarme Ernährung	2	28.6
Pseudoallergenarme Diät	2	28.6
Selbst zusammengestellt	1	14.3
Fleischlose Ernährung	1	14.3

(Mehrfachnennungen möglich)

3.6 Lebensqualität

3.6.1 DLQI

Beim dermatologischen Lebensqualitäts-Index (DLQI) wurde ein Gesamtwert von 7.6 ± 6.7 im Mittel errechnet (0=minimale, 30=maximale Beeinträchtigung) (Tabelle 3.52).

Tabelle 3.52: DLQI-Gesamtwert (n=105)

	n	Minimum	Maximum	MW	SD
DLQI-Gesamtwert	105	0.0	26.0	7.6	6.7

Der Subgruppenvergleich zwischen Männern und Frauen ergab keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich des DLQI-Gesamtwertes (Tabelle 3.53).

Tabelle 3.53: Unterschied des DLQI-Gesamtwertes nach Geschlecht (n=105)

	n	MW±SD	t	df	p	d
Männlich	30	7.7±6.3	0.101	103.0	0.92	0.03
Weiblich	75	7.5±6.9				

Beim Vergleich von Altersgruppen zeigte sich, dass Personen bis zum 50. Lebensjahr (16-50. Lebensjahr) eine höhere Einschränkung ihrer Lebensqualität durch die Urtikaria hatten, als Personen über 50 (51-78. Lebensjahr). Besonders große Lebensqualitätseinbuße (9.4 ± 7.7)

gaben Patienten zwischen dem 21. und dem 30. Lebensjahr an. Am Wenigsten beeinträchtigt durch die Urtikaria waren Personen zwischen dem 51. und dem 60. Lebensjahr (5.6 ± 5.7), (Tabelle 3.54, Abbildung 3.12).

Tabelle 3.54: Lebensqualität: DLQI-Gesamtwert nach Altersgruppen (n=100/5 fehlend)

<i>Subgruppe</i>	n	Minimum	Maximum	MW	SD
Alter < 21	4	4.0	15.0	8.2	5.0
Alter 21-30	18	0.0	24.0	9.4	7.7
Alter 31-40	20	0.0	26.0	7.1	8.2
Alter 41-50	25	2.0	25.0	8.8	6.2
Alter 51-60	18	0.0	18.0	5.6	5.7
Alter 61-70	10	0.0	21.0	6.1	6.5
Alter 71-80	5	1.0	11.0	7.2	4.1

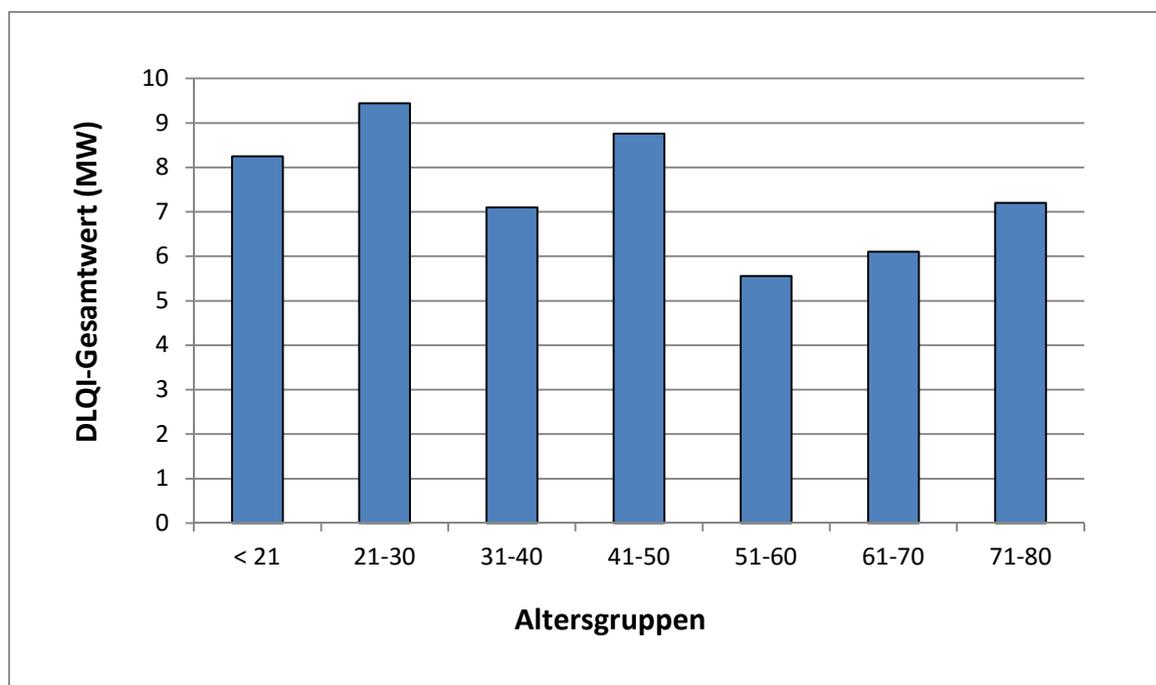


Abbildung 3.12: DLQI-Gesamtwerte nach Altersgruppen (n=100/5 fehlend)

Bei der Analyse des DLQI-Fragebogens stellte sich heraus, dass die Patienten zur Zeit der Befragung bzw. in der letzten Woche am meisten von Juckreiz, Brennen und Schmerzen an der Haut geplagt waren ($MW 1.7 \pm 0.9$). Hierdurch fühlten sich 34.3% stark und 22.9% der Befragten sehr stark in ihrer Lebensqualität eingeschränkt. Am zweithäufigsten fühlten sich die Patienten am Arbeiten und/oder Studieren gestört ($MW 1.2 \pm 1.0$). Hierbei gaben 20.3% der befragten Personen eine sehr starke Einschränkung der Lebensqualität an. Probleme in der Partnerschaft oder im Freundeskreis, sowie beim Liebesleben wurden von wenigen Patienten angegeben (Tabelle 3.55 und Tabelle 3.56, Abbildung 3.13).

Tabelle 3.55 Lebensqualität: DLQI

	Gar nicht (%)	Etwas (%)	Stark (%)	Sehr stark (%)	Entfällt (%)
1. Wie juckend, schmerzhaft od. brennend war Ihre Haut in der letzten Woche?	7.6	35.2	34.3	22.9	Nicht erfragt
2. Wie sehr haben Sie sich in der letzten Woche wegen Ihrer Haut geschämt od. verunsichert gefühlt?	44.8	28.6	16.2	10.4	Nicht erfragt
3. Wie sehr hat Ihr Hautzustand Sie in der letzten Woche beim Einkaufen od. Haus-/Gartenarbeit gestört?	37.1	27.6	13.3	6.7	15.3
4. Wie stark hat Ihre Haut in der letzten Woche die Auswahl Ihrer Kleidung beeinflusst?	41.9	15.2	14.3	10.5	18.1
5. Wie stark hat Ihre Haut in der letzten Woche Ihre sozialen Kontakte od. Freizeitaktivitäten beeinflusst?	37.2	23.8	15.2	8.6	15.2
6. Wie sehr hat Ihre Haut Ihnen in der letzten Woche das Ausüben von Sport erschwert?	31.4	18.1	11.4	8.6	30.5
7.1. Hat Ihre Haut Sie in der letzten Woche abgehalten zu arbeiten od. zu studieren? (Ja: 17.6%, Nein: 82.4%)	17.6				29.5
7.2. Wenn Nein, wie stark hat Ihre Haut Sie in der letzten Woche beim Arbeiten od. Studieren gestört? (0=gar nicht, 1=etwas, 2=sehr, 3=hat mich davon abgehalten)	27.0	39.2	-	16.2	-
8. Wie sehr hatten Sie wegen Ihrer Haut in der letzten Woche Probleme mit Ihrem Partner, engen Freunden od. Verwandten?	48.6	18.1	3.8	5.7	23.8
9. Wie sehr hat Ihnen Ihre Haut in der letzten Woche Probleme beim Liebesleben bereitet?	47.2	14.4	4.8	4.8	28.8
10. Inwieweit war die Behandlung Ihrer Haut in der letzten Woche ein Problem, z.B. durch Verunreinigung von Wäsche und Gegenständen od. durch den Zeitaufwand?	53.3	16.2	3.8	1.0	25.7

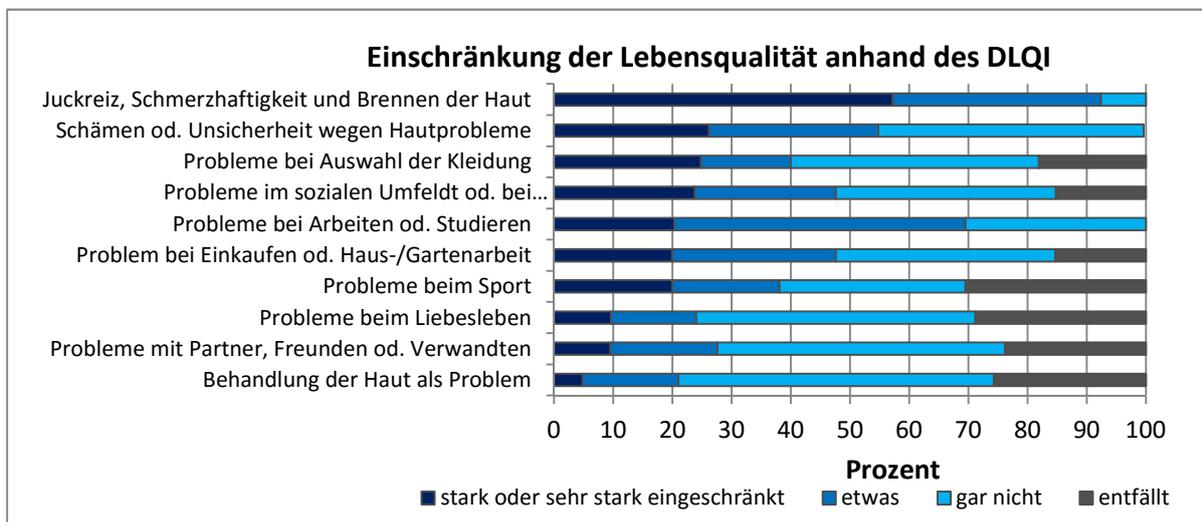


Abbildung 3.13: Einschränkung der Lebensqualität anhand des DLQI in Prozent und absteigend sortiert.

Tabelle 3.56: Lebensqualität: DLQI (Mittelwert und Standardabweichung)

Item	n	Minimum	Maximum	MW	SD
(Skalierung: 0=gar nicht, 1=etwas, 2=stark, 3=sehr stark)					
1. Wie juckend, schmerzhaft od. brennend war Ihre Haut in der letzten Woche?	105	0.0	3.0	1.7	0.9
2. Wie sehr haben Sie sich in der letzten Woche wegen Ihrer Haut geschämt od. verunsichert gefühlt?	105	0.0	3.0	0.9	1.0
3. Wie sehr hat Ihr Hautzustand Sie in der letzten Woche beim Einkaufen od. Haus-/Gartenarbeit gestört?	89	0.0	3.0	0.9	0.9
4. Wie stark hat Ihre Haut in der letzten Woche die Auswahl Ihrer Kleidung beeinflusst?	86	0.0	3.0	0.9	1.1
5. Wie stark hat Ihre Haut in der letzten Woche Ihre sozialen Kontakte od. Freizeitaktivitäten beeinflusst?	89	0.0	3.0	0.9	1.0
6. Wie sehr hat Ihre Haut Ihnen in der letzten Woche das Ausüben von Sport erschwert?	73	0.0	3.0	1.0	1.1
7.1. Hat Ihre Haut Sie in der letzten Woche abgehalten zu arbeiten od. zu studieren?					
7.2. Wenn Nein, wie stark hat Ihre Haut Sie in der letzten Woche beim Arbeiten od. Studieren gestört?	74	0.0	3.0	1.2	1.0
(0=gar nicht, 1=etwas, 2=sehr, 3=hat mich abgehalten)					
8. Wie sehr hatten Sie wegen Ihrer Haut in der letzten Woche Probleme mit Ihrem Partner, engen Freunden od. Verwandten?	80	0.0	3.0	0.6	0.9
9. Wie sehr hat Ihnen Ihre Haut in der letzten Woche Probleme beim Liebesleben bereitet?	74	0.0	3.0	0.5	0.9
10. Inwieweit war die Behandlung Ihrer Haut in der letzten Woche ein Problem, z.B. durch Verunreinigung von Wäsche und Gegenständen od. durch den Zeitaufwand?	78	0.0	3.0	0.4	0.6

3.6.2 CU-Q₂oL

Die Berechnung des CU-Q₂oL-Gesamtwertes ergab einen Wert von 39.5 ± 18.4 (Tabelle 3.57).

Tabelle 3.57: CU-Q₂oL -Gesamtwert (n=105)

	n	Minimum	Maximum	MW	SD
CU-Q ₂ oL - Gesamtwert	105	0.00	95.6	39.5	18.4

Der Vergleich zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des CU-Q₂oL -Gesamtwertes ergab keinen signifikanten Unterschied (Tabelle 3.58).

Tabelle 3.58: Unterschied des CU-Q₂oL -Gesamtwertes nach Geschlecht (n=105)

	n	MW±SD	t	df	p	d
Männlich	30	36.4±15.2				
Weiblich	75	40.7±19.5	-1.08	103.0	0.28	0.24

Die Analyse der Altersgruppen hinsichtlich des CU-Q₂oL-Wertes ergab die höchste Lebensqualitätseinschränkung bei den 71-80 jährigen Personen (51.6 ± 16.6), gefolgt von 61-70 jährigen (42.1 ± 15.7). Die Altersgruppe der 51- bis 60-Jährigen fühlte sich am wenigsten durch die Urtikaria beeinträchtigt. Im Gegensatz zum DLQI stellt sich hier keine eindeutige

Unterscheidung der Lebensqualitätseinschränkung zwischen den oben genannten Altersgruppen dar (Tabelle 3.59 und Abbildung 3.14).

Tabelle 3.59: Unterschied des CU-Q2oL-Gesamtwertes nach Altersgruppen (n=100/5 fehlend)

<i>Subgruppe</i>	n	Minimum	Maximum	MW	SD
Alter < 21	4	17.4	48.9	38.3	14.6
Alter 21-30	18	0.0	80.4	41.2	21.9
Alter 31-40	20	8.7	95.6	37.4	22.6
Alter 41-50	25	18.5	69.6	40.2	14.2
Alter 51-60	18	0.0	60.9	34.8	16.9
Alter 61-70	10	17.4	70.6	42.1	15.7
Alter 71-80	5	28.3	72.8	51.6	16.8

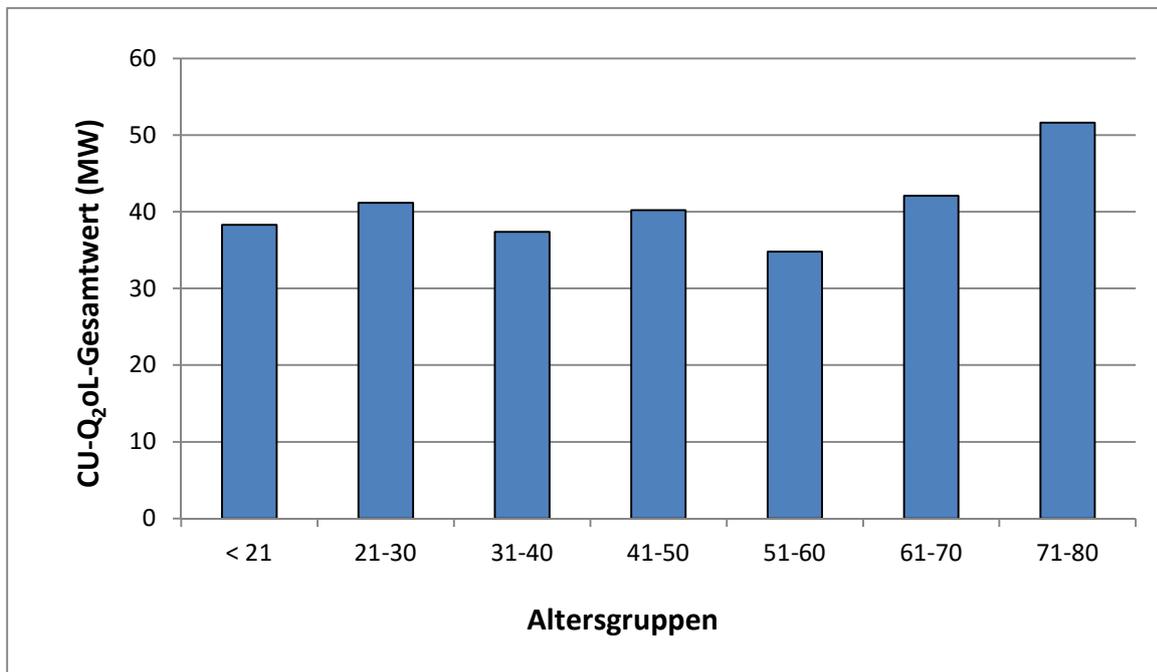


Abbildung 3.14: Unterschied des CU-Q2oL-Gesamtwertes nach Altersgruppen (n=100/5 fehlend).

Die Ergebnisse zu den einzelnen Fragen des CU-Q2oL sind in der Tabelle 3.60 dargestellt.

Tabelle 3.60: Lebensqualität: CU-Q2oL (n=105)

	Nie (%)	Selten (%)	Gelegentl. (%)	Oft (%)	Sehr oft (%)
1. Wie sehr wurden Sie in den letzten 14 Tagen vom Juckreiz geplagt?	3.8	5.7	24.8	35.2	30.5
2. Wie sehr wurden Sie in den letzten 14 Tagen von Quaddeln geplagt? (n=104/1 fehlend)	8.7	9.6	23.1	28.8	29.8
3. Wie sehr wurden Sie in den letzten 14 Tagen von Schwellung der Augen geplagt? (n=104/1 fehlend)	47.1	18.2	23.1	5.8	5.8
4. Wie sehr wurden Sie in den letzten 14 Tagen von Schwellung der Lippen geplagt?	45.7	21.0	23.8	7.6	1.9
5. Sind Sie in den letzten 14 Tagen bei der Arbeit von Urtikaria eingeschränkt worden? (n=101/4 fehlend)	43.6	16.8	27.7	6.9	5.0
6. Sind Sie in den letzten 14 Tagen bei der körperlichen Betätigung von Urtikaria eingeschränkt worden?	36.9	16.5	28.1	7.8	10.7
7. Sind Sie in den letzten 14 Tagen beim Schlafen von Urtikaria eingeschränkt worden? (n=103/2 fehlend)	34.1	18.4	15.5	15.5	16.5
8. Sind Sie in den letzten 14 Tagen in Ihrer Freizeit von Urtikaria eingeschränkt worden? (n=104/1 fehlend)	33.7	16.3	31.7	11.5	6.8
9. Sind Sie in den letzten 14 Tagen in Ihren sozialen Beziehungen von Urtikaria eingeschränkt worden? (n=104/1 fehlend)	55.8	18.2	8.7	11.5	5.8
10. Sind Sie in den letzten 14 Tagen in Ihrer Ernährung durch Urtikaria eingeschränkt worden? (n=104/1 fehlend)	48.0	11.5	18.3	8.7	13.5
11. Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?	29.5	21.0	16.2	19.0	14.3
12. Wachen Sie nachts auf?	12.4	20.0	24.8	23.8	19.0
13. Sind Sie tagsüber müde, da Sie nachts nicht richtig schlafen? (n=103/2 fehlend)	22.4	18.4	27.2	19.4	12.6
14. Haben Sie Schwierigkeiten sich zu konzentrieren?	19.0	27.6	28.6	14.3	10.5
15. Fühlen Sie sich nervös?	21.0	23.8	26.7	15.2	13.3
16. Fühlen Sie sich niedergeschlagen?(n=104/1 fehlend)	18.2	32.7	26.9	13.5	8.7
17. Müssen Sie sich bei der Auswahl der Speise einschränken?	34.3	23.8	15.2	10.5	16.2
18. Belasten Sie die Krankheitszeichen, die durch Urtikaria auf Ihrem Körper erscheinen?	7.6	10.5	22.9	27.6	31.4
19. Schämen Sie sich, öffentliche Orte aufzusuchen?	30.5	15.2	24.8	17.1	12.4
20. Stellt die Anwendung von Kosmetika ein Problem für Sie dar (Parfums, Cremes, Schminke)?	58.1	14.3	13.3	5.7	8.6
21. Sind Sie bei der Wahl Ihrer Kleidung eingeschränkt?	49.5	14.3	14.3	12.4	9.5
22. Schränken Sie Ihre sportlichen Aktivitäten aufgrund der Urtikaria ein? (n=104/1 fehlend)	40.4	18.3	16.3	12.5	12.5
23. Leiden Sie unter Nebenwirkungen von Medikamenten, die Sie gegen Urtikaria einnehmen? (n=103/2 fehlend)	50.5	19.4	14.6	8.7	6.8

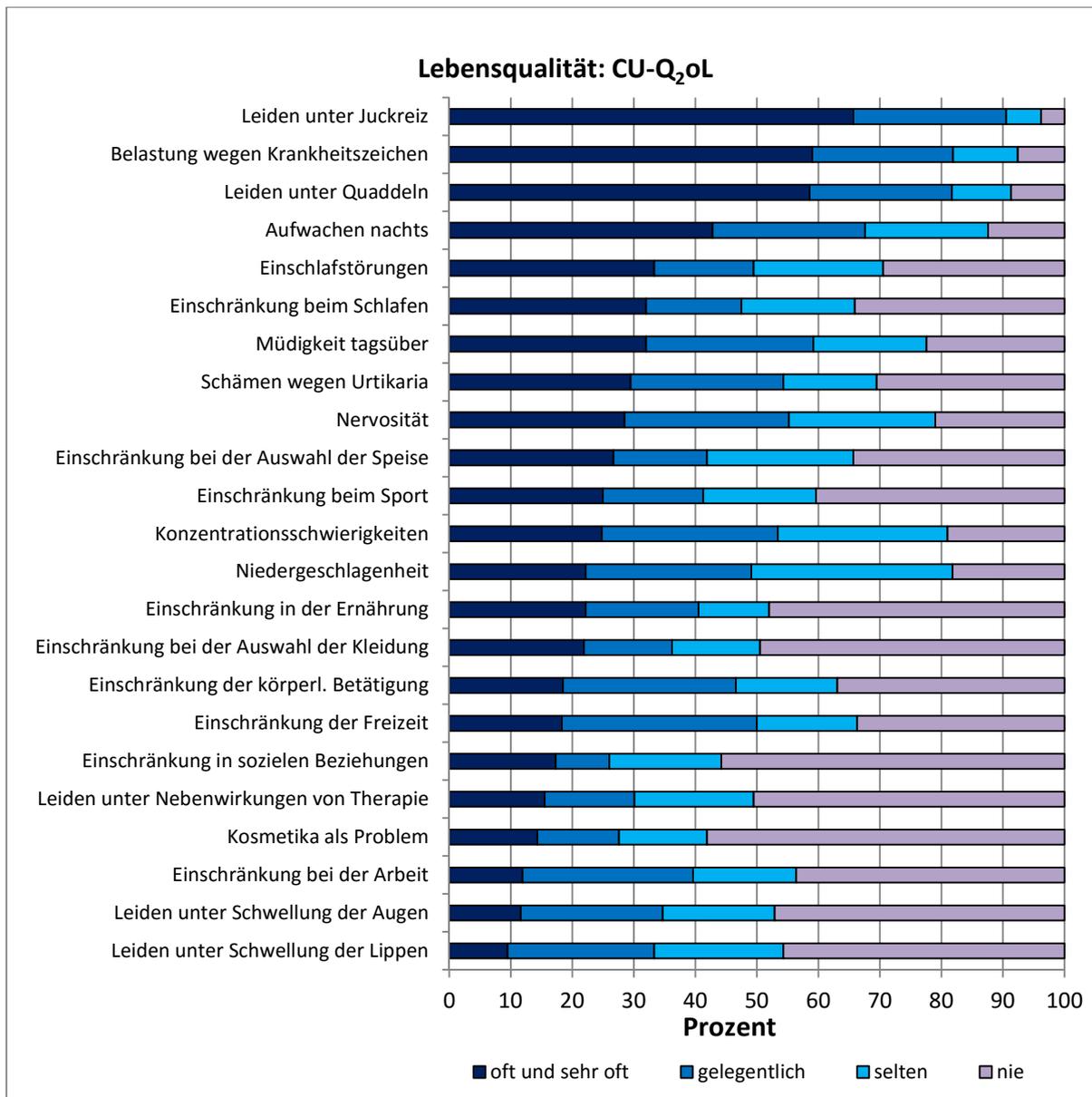


Abbildung 3.15: CU-Q₂oL zur Einschränkung der Lebensqualität bei Patienten mit spontaner chronischer Urtikaria, in Prozent und absteigend sortiert.

Bei der Analyse des Lebensqualität-Fragebogens CU-Q₂oL fiel auf, dass die größte Anzahl der Befragten in den letzten 14 Tagen von Juckreiz (MW 2.8 ± 1.0) und Quaddeln (MW 2.6 ± 1.2) geplagt worden war. In diesem Zusammenhang ist auch die Belastung der Patienten im Alltag durch die Krankheitszeichen, wie Rötungen und Schwellungen der Haut (MW 2.6 ± 1.2) zu beachten. Am vierthäufigsten wurde das nächtliche Aufwachen wegen Urtikaria-Beschwerden (MW 2.2 ± 1.3) angegeben. Hierbei klagten 23.8% über starke und 19.0% über sehr starke Lebensqualitätseinschränkung (Tabelle 3.60). Aufgrund dessen plagten viele Personen Tagesmüdigkeit (MW 1.8 ± 1.3) und Konzentrationschwierigkeit (MW 1.7 ± 1.2). Auch hier gab nur ein geringer Anteil der Befragten an, in sozialen Beziehungen, wie Freundes- und Bekanntenkreis, durch die Urtikaria besonders belastet zu sein (MW 0.9 ± 1.3).

Unter den Nebenwirkungen der Urtikaria-Therapie litten zur Zeit der Befragung ebenfalls nur wenige Patienten (MW 1.0 ± 1.3) (Tabelle 3.61).

Tabelle 3.61: Lebensqualität: CU-Q2oL (Mittelwert und Standardabweichung)

Item (0=nie, 1=selten, 2=gelegentlich, 3=oft, 4=sehr oft)	n	Minimum	Maximum	MW	SD
1. Wie sehr wurden Sie in den letzten 14 Tagen vom Juckreiz geplagt?	105	0	4	2.8	1.0
2. Wie sehr wurden Sie in den letzten 14 Tagen von Quaddeln geplagt?	104	0	4	2.6	1.2
3. Wie sehr wurden Sie in den letzten 14 Tagen von Schwellung der Augen geplagt?	104	0	4	1.0	1.2
4. Wie sehr wurden Sie in den letzten 14 Tagen von Schwellung der Lippen geplagt?	105	0	4	1.0	1.1
5. Wurden Sie in den letzten 14 Tagen bei der Arbeit von Ihrer Nesselsucht eingeschränkt?	101	0	4	1.1	1.2
6. Wurden Sie in den letzten 14 Tagen bei der körperlichen Betätigung von Ihrer Nesselsucht eingeschränkt?	103	0	4	1.4	1.3
7. Wurden Sie in den letzten 14 Tagen beim Schlafen von Ihrer Nesselsucht eingeschränkt?	103	0	4	1.6	1.5
8. Wurden Sie in den letzten 14 Tagen in Ihrer Freizeit von Ihrer Nesselsucht eingeschränkt?	104	0	4	1.4	1.2
9. Wurden Sie in den letzten 14 Tagen in Ihren sozialen Beziehungen von Ihrer Nesselsucht eingeschränkt?	104	0	4	0.9	1.3
10. Wurden Sie in den letzten 14 Tagen in Ihrer Ernährung von Ihrer Nesselsucht eingeschränkt?	104	0	4	1.3	1.5
11. Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?	105	0	4	1.7	1.4
12. Wachen Sie nachts auf?	105	0	4	2.2	1.3
13. Sind Sie tagsüber müde, da Sie nachts nicht richtig schlafen?	103	0	4	1.8	1.3
14. Haben Sie Schwierigkeiten sich zu konzentrieren?	105	0	4	1.7	1.2
15. Fühlen Sie sich nervös?	105	0	4	1.8	1.3
16. Fühlen Sie sich niedergeschlagen?	104	0	4	1.6	1.2
17. Müssen Sie sich bei der Auswahl der Speise einschränken?	105	0	4	1.5	1.5
18. Belasten Sie die Krankheitszeichen, die durch Nesselsucht auf Ihrem Körper erscheinen?	105	0	4	2.6	1.2
19. Schämen Sie sich, öffentliche Orte aufzusuchen?	105	0	4	1.7	1.4
20. Stellt die Anwendung von Kosmetika ein Problem für Sie dar (Parfums, Cremes, Schminke)?	105	0	4	0.9	1.3
21. Sind Sie bei der Wahl Ihrer Kleidung eingeschränkt?	105	0	4	1.2	1.4
22. Schränken Sie Ihre sportlichen Aktivitäten aufgrund der Urtikaria ein?	104	0	4	1.4	1.4
23. Leiden Sie unter Nebenwirkungen von Medikamenten, die Sie gegen Urtikaria einnehmen?	103	0	4	1.0	1.3

(0=keine bis 4 sehr starke Einschränkung der Lebensqualität)

3.6.3 EQ-5D

Die Untersuchung der visuellen Analogskala des EQ-5D ergab einen Mittelwert von 62.8 ± 20.7 (0=schlechtestmöglicher und 100=bestmöglicher Gesundheitszustand) (Tabelle 3.62).

Tabelle 3.62: EQ-5D VAS

	n	Minimum	Maximum	MW	SD
EQ-5D	105	10.0	100.0	62.8	20.7

Der errechnete Gesamtwert des EQ-5D nach Schulenberg betrug im Mittel 77.4 ± 23.4 (Tabelle 3.63). Hiernach schätzten die meisten Personen ihre Gesundheitssituation zur Zeit der Befragung als gut ein.

Tabelle 3.63: EQ-5D, Indexwert nach Schulenberg, 1998

	n	Minimum	Maximum	MW	SD
EQ-5D	105	8.8	100.0	77.4	23.4

Beim Vergleich der Geschlechter hinsichtlich des EQ-5D VAS zeigte sich kein Unterschied (Tabelle 3.64).

Tabelle 3.64: Unterschied des EQ-5D VAS nach Geschlecht (n=105)

	n	MW±SD	t	df	p	d
Männlich	30	64.5±20.0	0.515	103.0	0.61	0.11
Weiblich	75	62.2±21.1				

Die Analyse des EQ-5D nach Schulenberg 1998 bezüglich des Vergleichs der Geschlechter ergab, dass der Unterschied zwischen den Mittelwerten der befragten Männer und Frauen ($p=0.016$) signifikant ist (Tabelle 3.65).

Tabelle 3.65: Unterschied des EQ-5D nach Geschlecht, Indexwert nach Schulenberg (n=105)

	n	MW±SD	t	df	p	d
Männlich	30	84.8±16.8	2.46	79.4	0.016	0.48
Weiblich	75	74.4±25.1				

Die Abbildung 3.16 gibt die Übersicht der Verteilung der Mittelwerte des EQ-5D (Indexwert nach Schulenberg 1998) nach den Altersgruppen wieder. Hiernach schätzten die Personen unter dem 21. Lebensjahr ihren aktuellen Gesundheitszustand am besten und die Personen zwischen dem 71-80 Lebensjahr am schlechtesten ein.

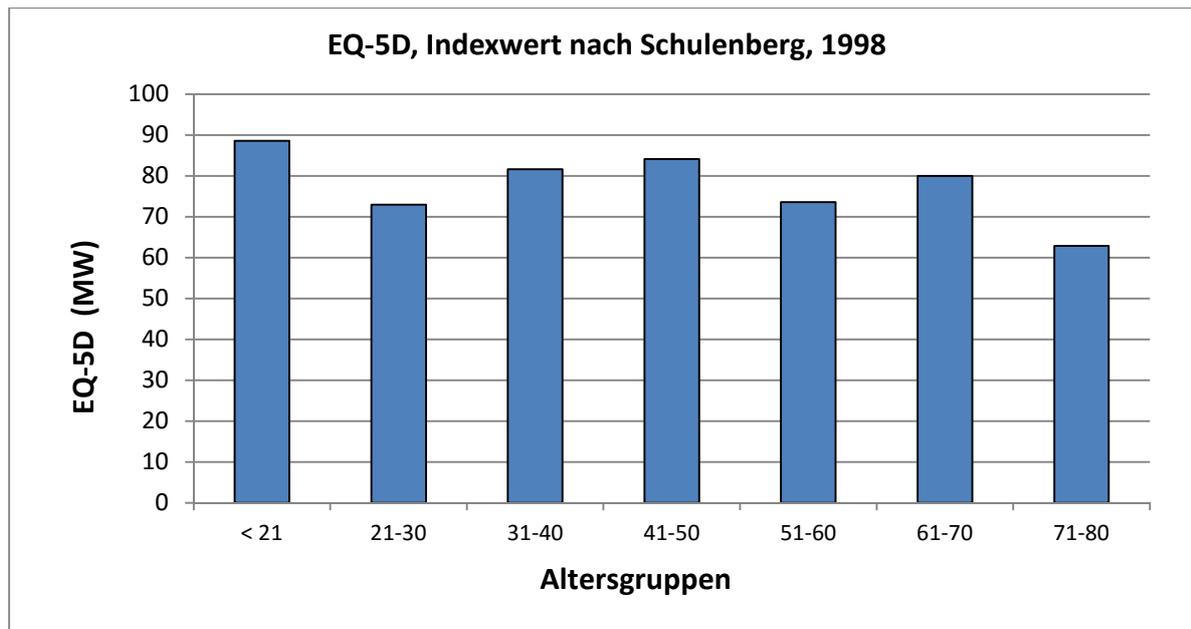


Abbildung 3.16: EQ-5D nach Altersgruppen, Indexwert nach Schulenberg, 1998 (0=schlechtstmöglicher und 100=bestmöglicher Gesundheitszustand).

Tabelle 3.66: EQ-5D Gesundheitsfragebogen (n=105)

	n	%
<i>Beweglichkeit/Mobilität</i>		
Keine Probleme herumzugehen	89	84.8
Einige Probleme herumzugehen	16	15.2
<i>Selbstversorgung</i>		
Keine Probleme für sich selbst zu sorgen	104	99.0
Einige Probleme sich selbst zu waschen od. anzuziehen	1	1.0
<i>Allgemeine Tätigkeiten (Arbeit, Studium, Freizeit)</i>		
Keine Probleme den alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	74	70.5
Einige Probleme den alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	28	26.6
Nicht in der Lagen den alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	3	2.9
<i>Schmerzen/körperliche Beschwerden</i>		
Keine Schmerzen od. Beschwerden	39	37.1
Mäßige Schmerzen od. Beschwerden	56	53.4
Extreme Schmerzen od. Beschwerden	10	9.5
<i>Angst/Niedergeschlagenheit</i>		
Nicht ängstlich od. deprimiert	66	62.8
Mäßig ängstlich od. deprimiert	36	34.3
Extrem ängstlich od. deprimiert	3	2.9

Die Auswertung des EQ-5D Gesundheitsfragebogens, welcher die in der Tabelle 3.66 aufgeführten Lebensqualitätskriterien einschließt, ergab, dass 53.4% der Betroffenen mäßige Beschwerden durch ihre Urtikaria zum Zeitpunkt der Befragung angaben. 9.5% bezeichneten diese sogar als extrem. 15.2% fühlten sich durch die Erkrankung in ihrer Mobilität

eingeschränkt. 26.6% der Befragten gaben einige Probleme bei der Bewältigung der alltäglichen Tätigkeiten, wie Beruf, Ausbildung, Freizeit, an. Bei der Frage zur Angst/Niedergeschlagenheit kreuzten 34.3% der Patienten an, durch die Urtikaria mäßig ängstlich oder deprimiert zu sein. Ein geringer Anteil (2.9%) fühlte sich durch die Krankheit extrem ängstlich und niedergeschlagen.

Der aktuelle Gesundheitszustand wurde vom überwiegenden Anteil der Befragten (45.7%) gegenüber dem Zustand in den letzten 12 Monaten durch die entsprechende Therapie als besser bewertet. 29.5% der Befragten bezeichneten diesen als gleich geblieben und 24.8% der Patienten als schlechter (Tabelle 3.67).

Tabelle 3.67: EQ-5D, heutiger Gesundheitszustand (n=105) (verglichen mit dem allg. Gesundheitszustand in den letzten 12 Monaten)

	n	%
Besser	48	45.7
Im Großen u. Ganzen gleich	31	29.5
Schlechter	26	24.8

3.7 Patientendefinierte Therapienutzen (PBI)

Der PBI-Gesamtwert aller Patienten betrug 2.0 ± 1.3 (fehlend=17). Hierbei lagen der kleinste Wert bei 0 und der höchste bei 4. Unter Nutzung eines Cut-Off-Wertes von 1 nach Augustin et al. (2008) wird ersichtlich, dass 75% der Patienten einen großen Nutzen in ihrer aktuellen Behandlung hatten (Tabelle 3.68 und Tabelle 3.69).

Tabelle 3.68: PBI-Gesamtwert (n=88/17 fehlend)

	n	Minimum	Maximum	MW	SD
PBI-Gesamtscore	88	0.0	4.0	2.0	1.3

Tabelle 3.69: PBI-Gesamtwert in Prozent (n=88/17 fehlend)

PBI	n	%
0 bis 1	22	25.0
1 bis < 2	21	23.9
2 bis < 3	22	25.0
3 bis 4	23	26.1
≥ 1	66	75.0

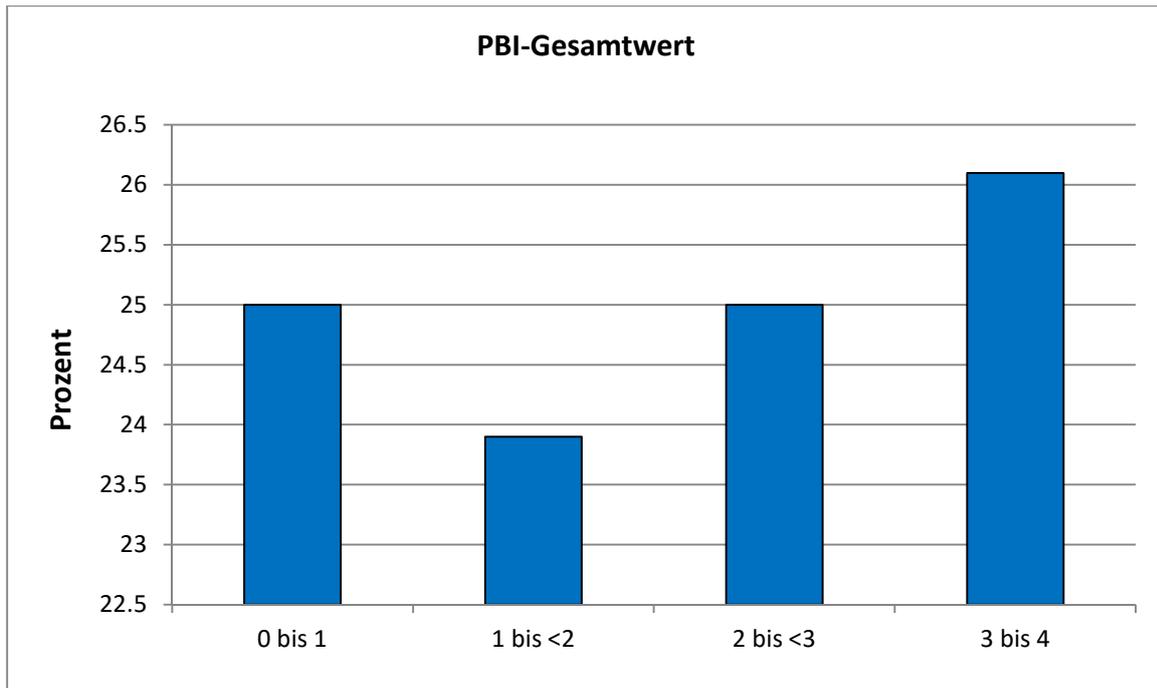


Abbildung 3.17: PBI-Gesamtwert (n=88/17 fehlend)

Tabelle 3.70: Unterschied des PBI-Gesamtwertes nach Geschlecht (n= 88/17 fehlend)

	n	MW±SD	t	df	p	d
Männlich	22	1.8±1.3	-0.99	86.0	0.32	0.15
Weiblich	66	2.0±1.3				

Der Subgruppenvergleich zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des PBI-Gesamtwertes ergab keinen signifikanten Unterschied (Tabelle 3.70).

Tabelle 3.71: Wichtigkeit von Therapiezielen von Patienten (PNQ)

Therapieziel	MW	SD	Betrifft mich nicht (%)	Betrifft mich (%)	Fehlend (%)	Anteil ziemlich/sehr wichtig(%)
Kein Juckreiz	3.8	0.6	1.9	98.1	0.0	91.5
Von allen Hautveränderungen geheilt	3.7	0.6	3.8	96.2	0.0	89.5
Keine sichtbaren Hautveränderungen	3.7	0.6	1.9	97.1	1.0	92.3
Kein Brennen an der Haut	3.4	1.1	22.8	76.2	1.0	66.6
Besser schlafen	3.4	0.8	26.7	73.3	0.0	62.8
Weniger niedergeschlagen	3.1	1.1	31.4	68.6	0.0	52.3
An Lebensfreude gewinnen	3.3	1.1	28.6	71.4	0.0	57.1
Keine Furcht vor Fortschreiten der Krankheit	3.4	1.1	14.3	85.7	0.0	71.4
Normales Alltagsleben	3.5	0.9	21.0	79.0	0.0	63.6
Im Alltag leistungsfähiger sein	3.3	1.0	24.8	75.2	0.0	60.0
Angehörige u. Freunde weniger belasten	2.7	1.3	32.4	67.6	0.0	42.8
Normale Freizeitaktivitäten	3.2	1.1	24.8	75.2	0.0	60.0
Normales Berufsleben führen	3.3	1.2	43.8	56.2	0.0	41.9
Mehr Kontakte mit anderen Menschen	2.7	1.5	39.0	61.0	0.0	38.1
Sich mehr zeigen	2.7	1.4	27.6	72.4	0.0	44.8
Sich selbst besser akzeptieren	2.6	1.5	30.5	69.5	0.0	40.0
In der Partnerschaft weniger belastet	2.7	1.5	37.1	62.9	0.0	39.1
Normales Sexualleben führen	2.5	1.6	43.8	56.2	0.0	32.4
Weniger auf Arztbesuche angewiesen	3.1	1.2	6.7	93.3	0.0	69.5
Weniger Zeitaufwand für tgl. Behandlung	2.6	1.5	23.8	75.2	1.0	46.6
Weniger eigene Behandlungskosten	2.7	1.6	18.1	81.9	0.0	51.4
Weniger Nebenwirkungen	2.9	1.4	21.9	78.1	0.0	52.4
Klare Diagnose und Therapie	3.7	0.7	2.9	97.1	0.0	88.6
Vertrauen in die Therapie	3.6	0.9	7.6	92.4	0.0	81.0
Gegenüber der Krankheit weniger hilflos	3.6	0.9	5.7	94.3	0.0	85.7
Mehr Anerkennung der Urtikaria	2.9	1.4	12.4	87.6	0.0	60.9

(0=gar nicht wichtig bis 4=sehr wichtig)

Die Analyse der vorgegebenen Therapieziele während der aktuellen Behandlung (Patient Needs Questionnaire) hat ergeben, dass folgende drei Bereiche zu den wichtigsten Behandlungszielen der Patienten gehören, nämlich „keinen Juckreiz mehr zu haben“ (MW 3.8), „keine sichtbaren Hautveränderungen mehr zu haben“ (MW 3.7) und „klare Diagnose und Therapie zu finden“ (MW 3.7). Als weitere wichtige Therapieziele wurden solche wie „von allen Hautveränderungen geheilt zu sein“ (MW 3.7), „gegenüber der Krankheit weniger hilflos zu sein“ (MW 3.6) und „Vertrauen in die Therapie zu haben“ (MW 3.6) angegeben. Insgesamt wiesen alle Therapieziele Mittelwerte zwischen 2.5 und 3.8 auf (Tabelle 3.71 und Abbildung 3.18 sowie Abbildung 3.19).

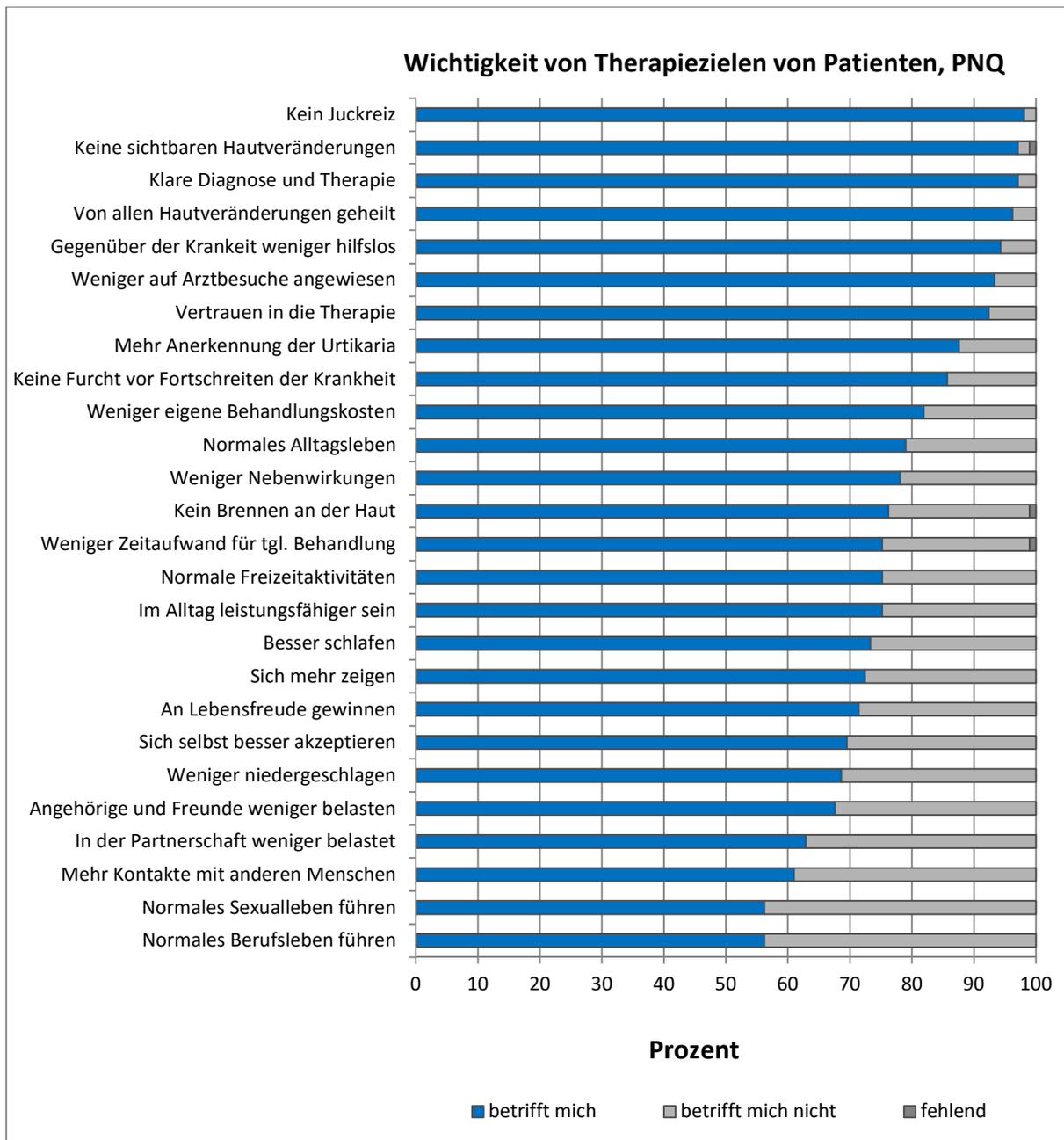


Abbildung 3.18: PNQ, Wichtigkeit von Therapiezielen von Patienten

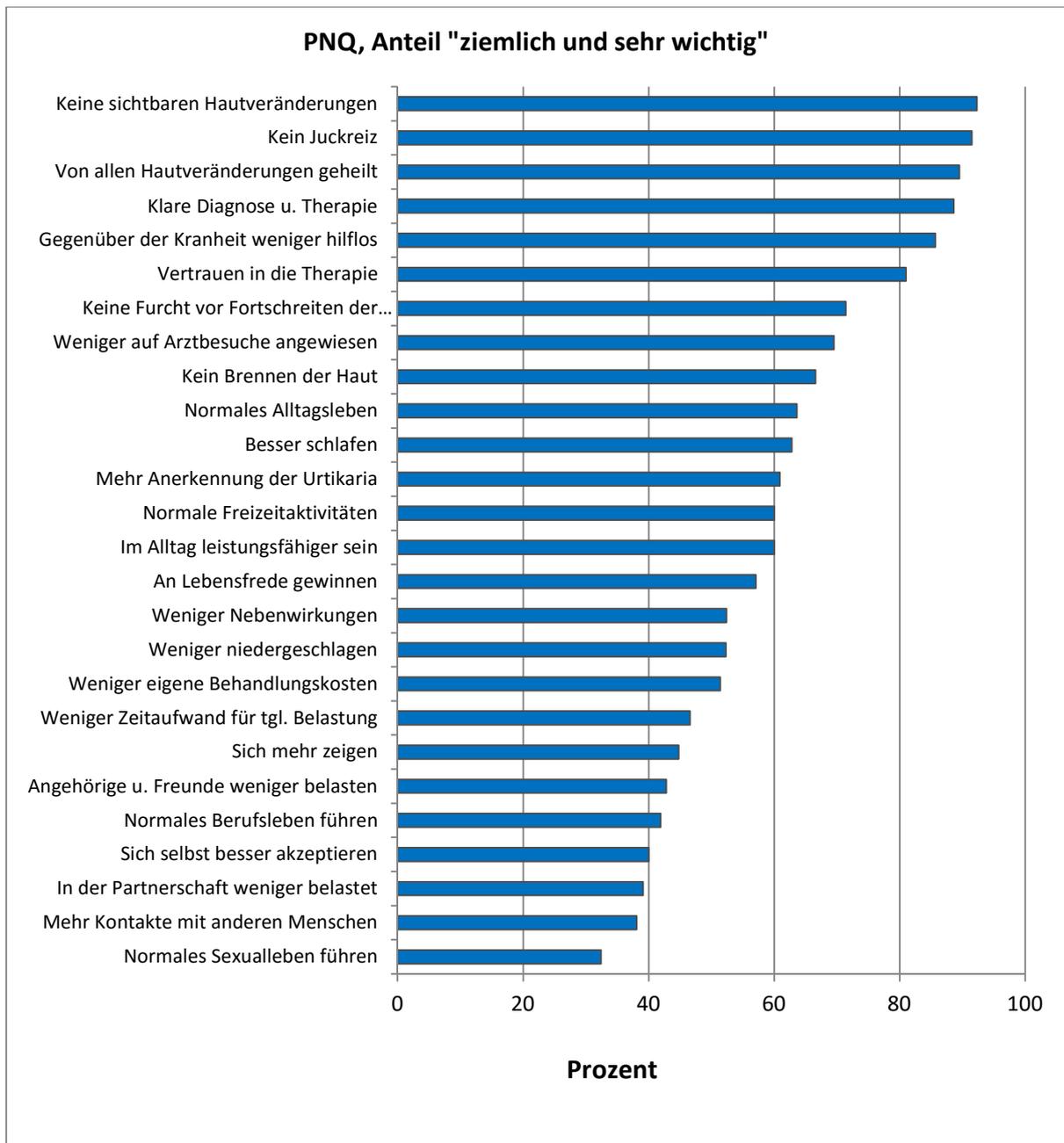


Abbildung 3.19: PNQ, Anteil der Patienten als „ziemlich und sehr wichtig“ in Prozent und absteigend sortiert

Tabelle 3.72: Patientenangaben zur Zielerreichung (PBQ)

Therapieziel	MW	SD	Betrifft mich nicht (%)	Betrifft mich (%)	Fehlend (%)	Anteil ziemlich/sehr geholfen (%)
Kein Juckreiz	2.5	1.4	12.4	80.0	7.6	45.7
Von allen Hautveränderungen geheilt	1.9	1.5	13.3	77.2	9.5	29.5
Keine sichtbaren Hautveränderungen	2.1	1.5	9.5	81.9	8.6	38.1
Kein Brennen an der Haut	2.2	1.6	34.3	57.1	8.6	28.5
Besser schlafen	2.0	1.6	36.2	55.2	8.6	24.7
Weniger niedergeschlagen	1.8	1.5	42.9	48.6	8.5	16.2
An Lebensfreude gewinnen	2.0	1.6	36.2	55.2	8.6	21.9
Keine Furcht vor Fortschreiten der Krankheit	1.7	1.5	27.6	63.8	8.6	21.0
Normales Alltagsleben	2.0	1.5	29.5	61.9	8.6	26.7
Im Alltag leistungsfähiger sein	1.9	1.6	32.4	59.0	8.6	21.0
Angehörige u. Freunde weniger belasten	1.9	1.6	46.7	44.7	8.6	17.1
Normalen Freizeitaktivitäten nachgehen	1.9	1.5	37.1	54.3	8.6	22.9
Normales Berufsleben führen	2.0	1.7	48.6	42.9	8.5	20.0
Mehr Kontakte mit anderen Menschen	1.8	1.7	46.7	44.8	8.5	18.1
Sich mehr zeigen	2.0	1.6	40.0	51.4	8.6	23.8
Sich selbst besser akzeptieren	1.8	1.6	40.0	51.4	8.6	18.1
In der Partnerschaft weniger belastet	1.9	1.5	44.8	46.7	8.5	17.1
Normales Sexualleben führen	1.7	1.5	50.5	41.0	8.5	13.4
Weniger auf Arztbesuche angewiesen sein	1.8	1.6	21.0	68.6	10.4	25.7
Weniger Zeitaufwand für tägliche Behandlung	1.6	1.6	28.6	62.9	8.5	22.9
Weniger eigene Behandlungskosten	1.4	1.6	24.8	66.7	8.5	18.1
Weniger Nebenwirkungen	1.5	1.5	31.4	60.0	8.6	19.1
Klare Diagnose und Therapie	1.5	1.7	15.2	75.2	9.6	24.8
Vertrauen in die Therapie	1.9	1.5	19.0	72.4	8.6	30.5
Gegenüber der Krankheit weniger hilflos	1.8	1.6	16.2	75.2	8.6	28.6
Mehr Anerkennung der Urtikaria als Krankheit	1.6	1.6	24.8	65.7	9.5	21.0

(0=gar nicht geholfen bis 4=sehr gut geholfen)

Das Erreichen der Ziele durch die jeweilige aktuelle Behandlung (Patient Benefit Questionnaire) wurde im Mittel mit Werten zwischen 1.4 und 2.5 bewertet (Tabelle 3.72 und Abbildung 3.20). Hierbei wurden am häufigsten die Ziele „keinen Juckreiz mehr zu haben“ (MW 2.5), „kein Brennen an der Haut mehr zu haben“ (MW 2.2) und „keine sichtbaren Hautveränderungen mehr zu haben“ (MW 2.1) erreicht. Dicht dahinter folgen die Therapieziele: „an Lebensfreude zu gewinnen“ mit MW 2.0 und "normales Leben führen zu können“, sowie „sich mehr zeigen zu mögen“ mit je 2.0 im Mittel. Hierbei wird deutlich, dass vor allem die vorher von den Patienten als wichtig eingestuften Behandlungsziele „keinen Juckreiz mehr zu haben“ und „keine sichtbaren Hautveränderungen mehr zu haben“ durch die jeweilige aktuelle Behandlung am häufigsten erreicht wurden (Abbildung 3.21).

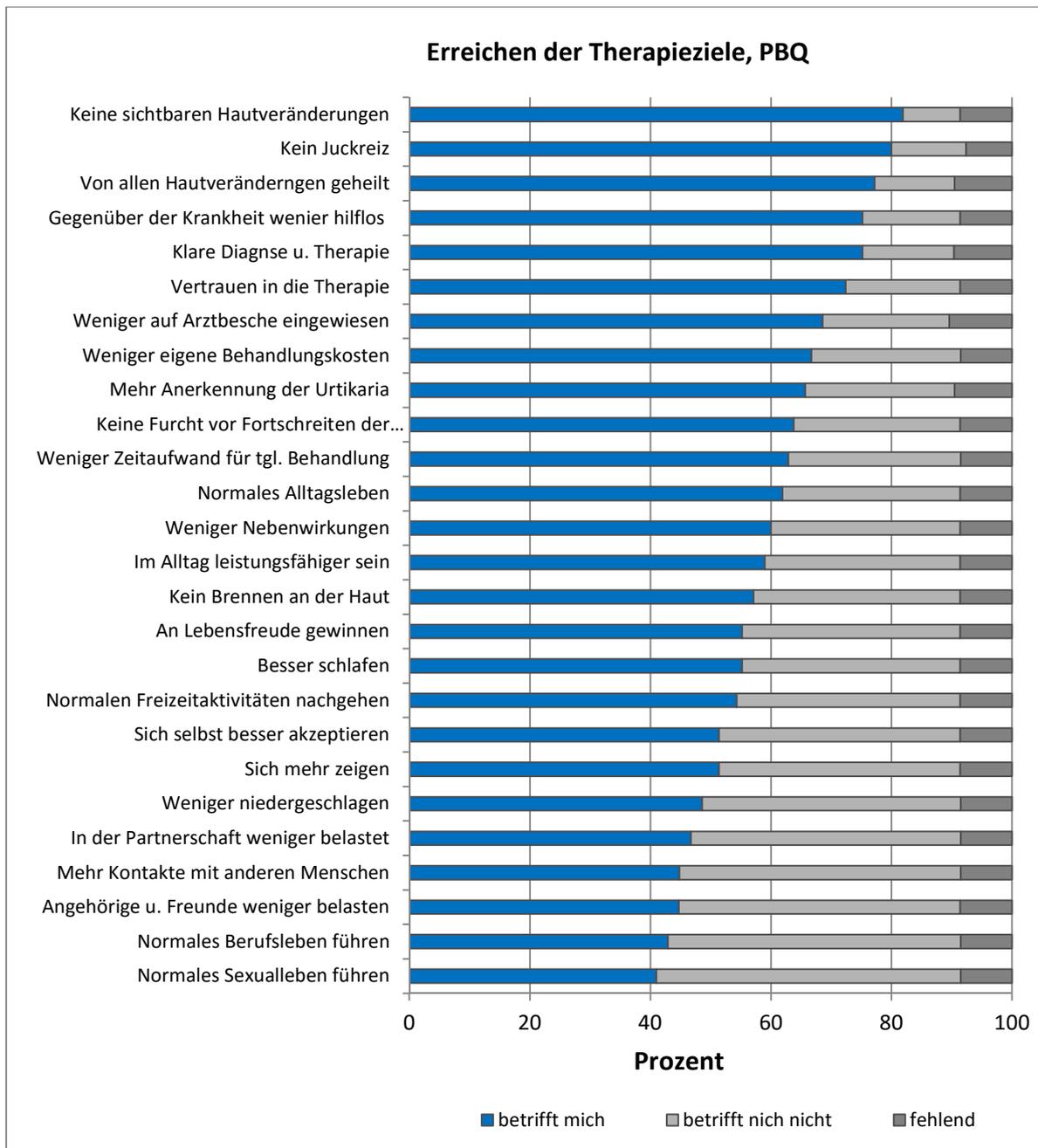


Abbildung 3.20: PBQ, Erreichen der Therapieziele der Patienten

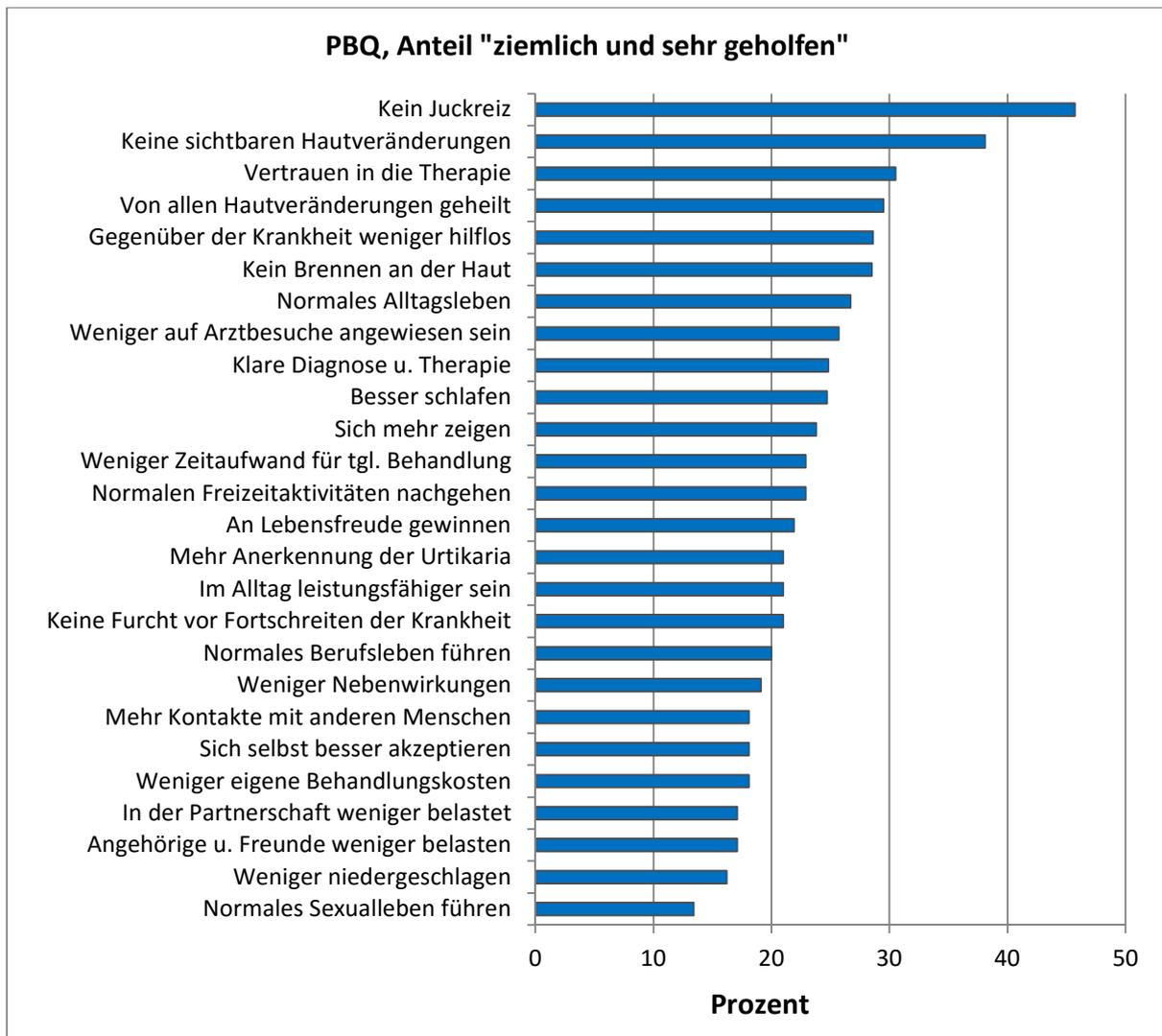


Abbildung 3.21: PBQ, Anteil der Patienten als „ziemlich und sehr geholfen“, in Prozent und absteigend sortiert.

Tabelle 3.73: Patientenangaben zum Behandlungserfolg

Behandlungserfolg	n	Minimum	Maximum	MW	SD
Körperliches Befinden	95	0	4	1.7	1.3
Psychisches Befinden	94	0	4	1.4	1.3
Leistungsfähigkeit in Beruf u. Alltag	94	0	4	1.6	1.3
Soziale Kontakte	92	0	4	1.5	1.3
Eigene Freizeitaktivitäten	93	0	4	1.4	1.3
Lebensqualität allgemein	94	0	4	1.6	1.4

(0=gar nicht erfolgreich bis 4=sehr erfolgreich)

Bei der Analyse des Behandlungserfolges bezüglich der in der Tabelle 3.73 aufgeführten Kriterien wurde das beste Ergebnis bei der Verbesserung des körperlichen Befindens (MW 1.7) erzielt. Am zweiterfolgreichsten war die Behandlung bezüglich der Lebensqualität und der Leistungsfähigkeit im Alltag und Beruf.

3.8 Willingness-to-pay (WTP)

Für die maximale Abheilung der chronischen spontanen Urtikaria würde der überwiegende Anteil der befragten Personen, nämlich 28.0%, eine einmalige Zahlung bis 500 € leisten. 16.0% der Betroffenen wären sogar bereit, bis 5000 € und 13.0% über 5000 € einmalig zu zahlen. Nichts zuzahlen würden 12.0% der Befragten (Tabelle 3.74 und Abbildung 3.22).

Tabelle 3.74: Maximale Bereitschaft eine einmalige Summe für die Behandlung der Urtikaria zu zahlen, wenn diese zur bleibenden Abheilung führen würde (n=100/5 fehlend)

Einmalige Zahlung	n	%
Keine Zuzahlung	12	12.0
Bis 100 €	10	10.0
Bis 500 €	28	28.0
Bis 1000 €	21	21.0
Bis 5000 €	16	16.0
Über 5000 €	13	13.0

Tabelle 3.75: Maximale Bereitschaft für die Behandlung monatlich zu zahlen, wenn diese zur bleibenden Abheilung führen würde (n=98/7 fehlend)

Laufende Zahlung	n	%
Gar nichts	12	12.2
Bis 50 €	48	49.0
Bis 100 €	13	13.3
Bis 150 €	10	10.2
Bis 200 €	5	5.1
Bis 250 €	4	4.1
Bis 300 €	2	2.0
Bis 400 €	1	1.0
Über 400 €	3	3.1

An der monatlichen Zuzahlung für die dauerhafte Therapie der Urtikaria, solange diese angewendet wird, würde sich der überwiegende Anteil der Patienten, nämlich 49.0%, mit 50 € beteiligen. 13.3% der Befragten würden 100 € und 10.2% 150 € monatlich selbst zahlen. Keine monatliche Zuzahlung würden 12.2% der Patienten leisten (Tabelle 3.75 bis Tabelle 3.80 und Abbildung 3.23).

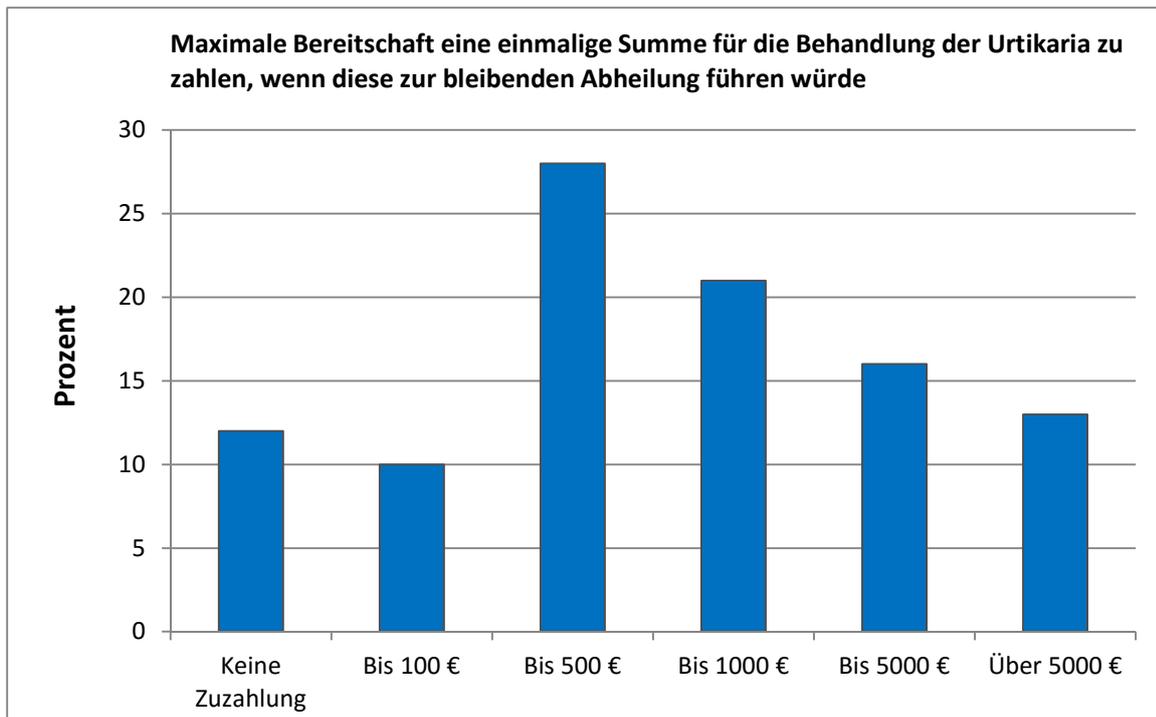


Abbildung 3.22: Maximale Bereitschaft eine einmalige Summe für die Behandlung der Urtikaria zu zahlen, wenn diese zur bleibenden Abheilung führen würde (n=100/5 fehlend).

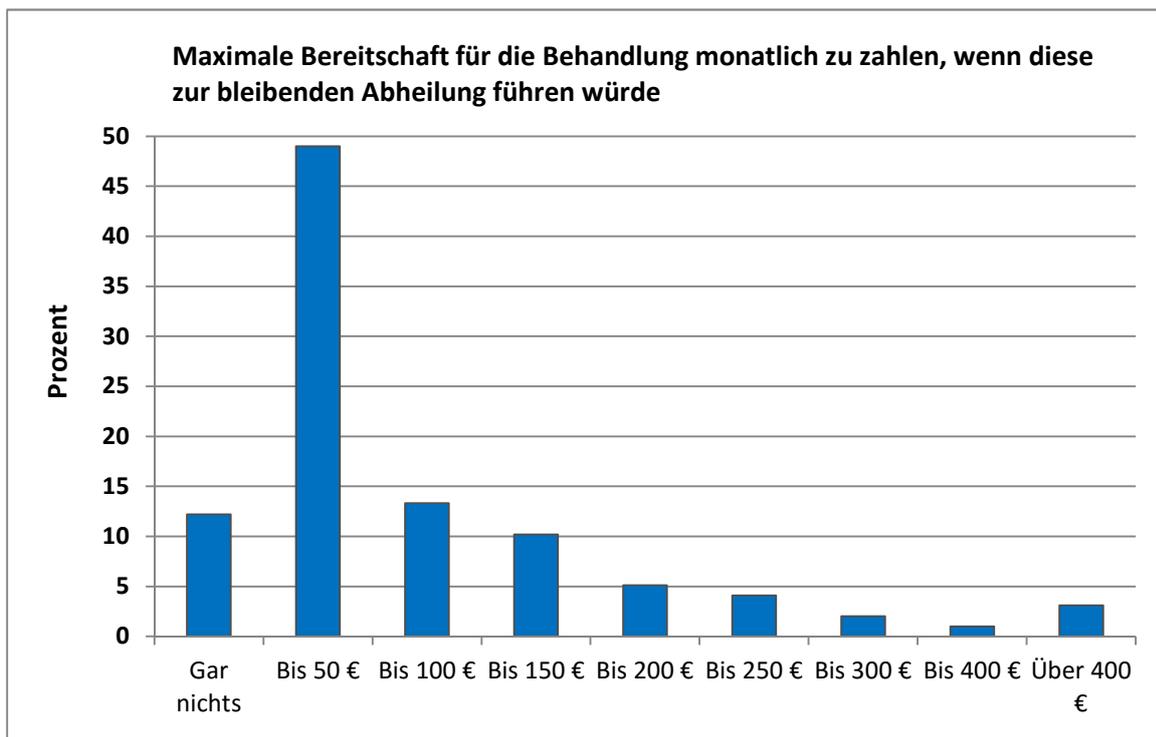


Abbildung 3.23: Maximale Bereitschaft laufend monatlich selbst zu zahlen (n=98/7 fehlend).

Tabelle 3.76: Maximale Bereitschaft von Männern (n=29/1 fehlend) und Frauen (n=71/4 fehlend) eine einmalige Summe für die dauerhafte Abheilung der Urtikaria zu zahlen

Einmalzahlung	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Keine Zuzahlung	1	3.4	11	15.5
Bis 100 €	1	3.4	9	12.7
Bis 500 €	11	37.9	17	23.9
Bis 1000 €	6	20.7	15	21.1
Bis 5000 €	6	20.7	10	14.1
Über 5000 €	4	13.8	9	12.7

Tabelle 3.77: Angabe der genauen Summe der Männer (n=15) bei einer einmaligen Zahlung

Genau Summe	n	%
10 €	1	6.7
200 €	1	6.7
500 €	7	46.7
1000 €	2	13.3
5000 €	4	26.6

Tabelle 3.78: Angabe der genauen Summe der Frauen (n=36) bei einer einmaligen Zahlung

Genau Summe	n	%
100 €	1	2.8
200 €	2	5.6
250 €	1	2.8
300 €	1	2.8
350 €	2	5.6
500 €	9	25.0
800 €	1	2.8
999 €	1	2.8
1000 €	7	19.4
1500 €	1	2.8
2000 €	2	5.6
3000 €	1	2.8
4000 €	1	2.8
4500 €	1	2.8
5000 €	4	11.1
10000 €	1	2.8

Tabelle 3.79: Maximale Bereitschaft der Männer (n=28/2 fehlend) und Frauen (n=70/5 fehlend), laufend pro Monat für die dauerhafte Abheilung der Urtikaria zu zahlen

Laufende Zahlung	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Gar nichts	3	3	9	12.9
Bis 50 €	15	15	33	47.1
Bis 100 €	3	3	10	14.3
Bis 150 €	3	3	7	10.0
Bis 200 €	1	1	4	5.7
Bis 250 €	0	0	4	5.7
Bis 400 €	1	1	2	2.9
Über 400 €	2	2	1	1.4

Tabelle 3.80: Übersicht zur Zahlungsbereitschaft von Männern und Frauen

	Männer		Frauen	
	n	Median	n	Median
1. Wie viel wären Sie max. bereit für die Behandlung Ihrer Urtikaria einmalig selbst zu zahlen?	29	3.0	71	2.0
2. Welche Summe würden Sie genau zahlen?	15	500.0	36	999.5
3. Wie viel wären Sie max. bereit für die Behandlung Ihrer Urtikaria laufend pro Monat zu zahlen?	28	1.0	70	1.0

Mediane für die einmalige Zahlung (Männer und Frauen): 2.0=bis 500 €, 3.0=bis 1000 €

Mediane für die laufende Zahlung (Männer und Frauen): 1.0=bis 50 €

Der Vergleich zwischen Männern und Frauen bzgl. ihrer Willingness to pay ergab keinen signifikanten Unterschied (Median-Test und Mann-Whitney-U-Test, Tabelle 3.81).

Tabelle 3.81: Signifikanztests bez. Zahlungsbereitschaft von Männern und Frauen

	Signifikanz (Median- Test)	Signifikanz (Mann-Whitney-U- Test)
1. Wie viel wären Sie max. bereit für die Behandlung Ihrer Urtikaria einmalig selbst zu zahlen?	0.659	0.163
2. Welche Summe würden Sie genau zahlen?	0.600	0.792
3. Wie viel wären Sie max. bereit für die Behandlung Ihrer Urtikaria laufend pro Monat zu zahlen?	0.870	0.950

4 Diskussion

Ziel dieser Studie war die Erfassung der Lebensqualität und der Versorgungssituation der Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria in Deutschland.

4.1 Soziodemographische Daten

Derzeit sind etwa 0.5 bis 1% der Allgemeinbevölkerung von der chronischen spontanen Urtikaria betroffen. Ein beträchtlicher Teil dieser Patienten ist im alltäglichen Leben stark eingeschränkt und leidet sehr unter dieser Erkrankung (Maurer et al., 2010, Baiardini et al., 2003, O'Donnell et al., 1997). Prinzipiell können alle Altersgruppen von der chronischen spontanen Urtikaria betroffen sein (Weller et al., 2010). Der Altersgipfel liegt meist zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr (Maurer et al., 2011). Das Durchschnittsalter der in unserer Studie befragten Personen, die an chronischer spontaner Urtikaria erkrankt sind, lag bei 43.9 Jahren. Beim Vergleich des Altersdurchschnitts zwischen Frauen und Männern stellte sich dieser Unterschied als nicht signifikant dar. Des Weiteren dominierte der weibliche Anteil unter den Befragten. Dies zeigt eine Übereinstimmung mit den Literaturdaten, in denen der weibliche Anteil der Urtikaria-Betroffenen überwiegt (Braun-Falco et al., 1991, Gaiq et al., 2004). Es existieren jedoch zurzeit keine wissenschaftlichen Daten, die diesen Unterschied erklären können.

4.2 Anamnese

Nahrungsmittel-Intoleranzreaktionen stellen eine häufige Ursache der chronischen spontanen Urtikaria dar, wobei es sich um pseudoallergische Reaktionen auf Farb-, Konservierungs- oder Aromastoffe handelt (Maurer et al., 2003). Bei der Ursachenforschung in unserer Studie gab ein großer Anteil der Befragten einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten der typischen Symptome der chronisch spontanen Urtikaria (Quaddeln mit Juckreiz und ggf. Angioödem) und der Einnahme diverser Nahrungsmitteln (29.5%) an. Laut Studienergebnissen von Kim et al. (2013) wurden von den 641 untersuchten Personen 33.5% Nahrungsmittel, 31.5% Stress und 21.6% Müdigkeit als erschwerende Faktoren beim Verlauf der chronischen spontanen Urtikaria angegeben. Passend dazu zeigten die Studien von Zuberbier et al. (1995) und Magerl et al. (2010), dass bei Einhaltung einer pseudoallergenarmen Diät eine Beschwerdebesserung bei einem erheblichen Anteil der

Urtikaria-Betroffenen erzielt werden konnte. Somit findet heute die Anwendung der pseudoallergenarmen Diät bei der Ursachenabklärung der chronischen spontanen Urtikaria einen festen Platz in der Routinediagnostik (Magerl et al., 2010).

Unabhängig von ihrer eigentlichen Ursache können urtikarielle Beschwerden durch eine Vielzahl von unspezifischen Faktoren exazerbiert oder verstärkt werden, beispielsweise Stress, körperliche Anstrengung, scharfe oder heiße Gerichte oder Getränke, grippale Infekte, Alkohol, ASS und andere NSAR sowie ACE-Hemmer (Maurer et al., 2008). Da die chronisch spontane Urtikaria eine vielfach durch Stress zu triggernde Erkrankung ist, kann psychischer Stress Juckreiz auslösen oder diesen intensivieren (Brzoza et al., 2008). Auch in der vorliegenden Studie beobachtete ein beträchtlicher Anteil der befragten Personen die Entstehung der Urtikaria-Beschwerden durch den alltäglichen Stress. Die Rolle von Stress bei chronischer spontaner Urtikaria wird seit Jahren diskutiert. Eine Studie von Silvaes et al (2007), die unter anderem soziodemographische und klinische Merkmale der chronischen spontanen Urtikaria untersuchte, ergab, dass von den meisten der 125 Urtikariapatienten Stress als erschwerender Faktor der Erkrankung angegeben wurde. Chung et al. (2010), der Zusammenhänge zwischen posttraumatischer Belastungsstörung, psychiatrischer Komorbidität und Persönlichkeitsmerkmalen bei Patienten mit chronischer Urtikaria untersuchte, stellte fest, dass Urtikariapatienten 1.89 mal häufiger das posttraumatische Syndrom als Diagnose angaben, als die Kontrollgruppe. Auch Studienergebnisse von Yang et al. (2005) zeigten, dass Urtikariapatienten 6 Monate vor dem Ausbruch oder Verschlimmerung der Urtikaria deutlich mehr belastende Lebensereignisse hatten, als die Kontrollgruppe mit Tinea pedis. Die Studie von Malhotra et al. (2008) untersuchte den Einfluss von belastenden Lebensereignissen auf die Entstehung oder Verschlimmerung von chronischen dermatologischen Erkrankungen. Dabei wurden je 50 Patienten mit Psoriasis vulgaris und chronischer spontaner Urtikaria befragt. 26% der Patienten mit Psoriasis vulgaris und 16% der Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria gaben belastende Lebensereignisse (unter anderem Familienkonflikte, Tod von nahen Angehörigen, finanzielle Verluste, Arbeitslosigkeit etc.) ein Jahr vor dem Ausbruch oder Verschlimmerung der Erkrankung an. Zudem konnte in dieser Studie gezeigt werden, dass Entspannungstherapien und Stress-Management-Programme bei der Behandlung chronischer dermatologischer Erkrankungen wie Psoriasis vulgaris und chronische spontane Urtikaria von großer Bedeutung sind. Daher sollte die Berücksichtigung psychologischer Faktoren bei der Ursachenforschung und Behandlung der chronischen spontanen Urtikaria eine wesentliche Rolle spielen.

Die chronische spontane Urtikaria gehört zu einer Risikogruppe (wie Asthma bronchiale und Rhinosinusitis), die eine deutlich höhere Prävalenz der ASS-Intoleranz (22-67%) als die Normalbevölkerung (0.3-5.7%) aufweist (Randerath et al., 2007). Die Gründe für diese Intoleranz sind immer noch schwer nachvollziehbar (Asero et al., 2001). Auch in unserer Studie sah ein überwiegender Anteil der Patienten einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Quaddeln bzw. Angioödemem und der Einnahme von acetylsalicylsäurehaltigen Präparaten wie Aspirin/ASS. Da diese Präparate Urtikaria-Symptome auslösen oder diese verschlimmern können (Grattan et al., 2003), sollte deren Einnahme bei der Ursachenforschung berücksichtigt und möglichst vermieden werden. Alternativ bieten sich für Urtikaria-Patienten mit bekannter NSAR-Intoleranz neue moderne Präparate mit analgetischer und antientzündlicher Wirksamkeit, wie die Cyclooxygenase-2-Inhibitoren (COX-2-Hemmer) an. In einer placebokontrollierten Einfachblindstudie von Asero (2007) wurde Etoricoxib, ein COX-2-Hemmer, bei 17 erwachsenen Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria mit bekannter NSAR-Intoleranz getestet. Alle 17 Probanden haben das Medikament in therapeutischer Dosis gut vertragen.

Die Analyse der Häufigkeit des Quaddelauftritts ergab, dass die meisten befragten Urtikaria-Patienten täglich unter Quaddelbildung leiden, wobei die häufigsten Zeiten abends, nachts und morgens nach dem Aufstehen angegeben wurden. Daraus resultieren oft die Ein- und Durchschlafstörungen, sowie Müdigkeit, verminderte Leistung und Konzentration am darauf folgenden Tag (Yosipovitch et al., 2002, Weller et al., 2010). Die aus unserer Studie gewonnenen Daten ergaben, dass ein großer Anteil der befragten Patienten wegen Juckreiz nachts wach wurde. Zudem ist das Andauern der Quaddeln von relevanter Bedeutung. In unserer Studie gaben die meisten Patienten an, die Rückbildung der Quaddeln erst nach 6 Stunden zu beobachten. Vor allem die Tatsache, dass das schubweise Auftreten der juckenden Quaddeln meist unvorhersehbar ist, lässt die deutliche Einschränkung des alltäglichen und beruflichen Lebens erklären (Raap et al., 2010). Zusätzlich zur Quaddelbildung entwickeln viele Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria rezidivierend Angioödeme (Kozel et al., 2001, Kulthanan et al., 2007). Diese Haut- und Schleimhautschwellungen können brennend, schmerzhaft, entstellend und sogar lebensbedrohlich sein (Weller et al., 2013). In der Studie von Ue AP et al. (2011), in der die Lebensqualität der Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria untersucht wurde, waren 75.8% der befragten Urtikariapatienten von rezidivierendem Auftreten von Angioödemem betroffen. In der Studie von Silvaes et al. (2011) waren es 82% der Urtikariapatienten, die das unvorhersehbare, rezidivierende Vorkommen von kutanen Angioödemem beschrieben. In unserer Studie zeigte sich, dass der

überwiegende Anteil der Urtikaria-Patienten mindestens einmal ein Angioödem entwickelt hat, wobei diese oft nach einer längeren Beanspruchung bestimmter Körperstellen, wie Fußsohlen, festgestellt wurden. Angioödeme betreffen oft Gesicht, Extremitäten und Genitalien (Alonso Lebrero 1999).

4.3 Betroffene Körperstellen

Laut einer Internet-Befragung von Maurer et al. (2009), die unter anderem Gesundheitsverhalten, Symptommuster und Behandlungsbedarf bei Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria in Deutschland und Frankreich untersuchte, wurden Arme und Beine als die am häufigsten von Quaddeln und Angioödemem betroffenen Körperstellen angegeben. Nachvollziehbar ist, dass die Quaddel- und Angioödembildung an den sichtbaren Körperstellen einen besonders starken Einfluss auf die Lebensqualität hat (Ue AP et al., 2011, Weldon et al., 2014). Daraus resultieren oft ein mangelndes Selbstbewusstsein und eine mögliche gesellschaftliche Stigmatisierung (Silvares et al., 2007). Das mangelnde Selbstbewusstsein sowie der fehlende Anschluss an die Gesellschaft können ebenfalls Depressionen hervorrufen (Maurer et al., 2010). In der vorliegenden Studie wurden der vordere und hintere Rumpf sowie die Beine als die am meisten von Quaddeln und Angioödemem betroffenen Körperpartien angegeben. Das Gesicht sowie die Arme und Hände waren nach Aussage der Patienten am wenigsten betroffen.

4.4 Begleiterkrankungen

Bei den Begleiterkrankungen dominierten allergische Krankheitsbilder, wie allergische Rhinitis, sowie Gräser-, Frühblüher- und Tierhaarallergien. Laut Erkenntnissen von Olze und Zuberbier (2011) sind allergische Rhinitis und chronische Rhinosinusitis häufige Begleiterkrankungen von Urtikaria und atopischer Dermatitis. Genaue Mechanismen, die den Zusammenhang zwischen allergischen Erkrankungen und chronischer spontaner Urtikaria auf klinischer Ebene erklären, sind zurzeit unklar. Laut diversen Literaturdaten zählen psychische Erkrankungen zu häufigen Komorbiditäten der chronischen spontanen Urtikaria (Weller et al., 2011, Berrino et al., 2006). In der Studie von Staubach et al. (2011), in der die Prävalenz der psychischen Störungen und emotionalen Belastungen bei Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria untersucht wurden, ließen sich bei 48% der Patienten eine oder mehrere psychosomatische Erkrankungen neu diagnostizieren. Hierzu zählten am häufigsten

Angststörungen (vor allem Phobien), Depressionen und somatoforme Störungen. In unserer Studie wurden psychische Erkrankungen nur von einem geringen Anteil der Personen als Begleiterkrankungen genannt. Im Einzelnen wurden Depressionsleiden und Angststörung angegeben.

4.5 Therapien

Das Therapiespektrum in unserer Studie erstreckt sich von der Einnahme der Antihistaminika bis zur Entspannungstherapie und psychosomatischen Behandlung. Die am meisten in den letzten 5 Jahren angewandten Therapeutika waren die Antihistaminika der 2. Generation. Diese sog. nicht-sedierenden H1-Antihistaminika gehören laut aktuellen Leitlinien zu den Therapeutika der 1. Wahl bei der Behandlung der chronischen spontanen Urtikaria (EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO). Sie werden seit geraumer Zeit mit einem guten Erfolg und weniger Nebenwirkungen eingesetzt (Simons et al., 2004, Weller et al., 2011, Weller et al., 2013, Wolthers et al., 2013). Vor allem die Anwendung der modernen Präparate, wie Telfast (Fexofenadin) und Aerius (Desloratadin), fand laut unserer Ergebnisse immer häufiger statt. Insgesamt schnitten die Antihistaminika der 2. Generation in unserer Studie mit einem guten Erfolg ab. Trotz der ausdrücklichen Hinweise der aktuellen Leitlinien, ältere, sedierende Antihistaminika nicht zur Therapie der chronischen spontanen Urtikaria einzusetzen, wurden diese in unserer Studie am zweithäufigsten von den behandelnden Ärzten verschrieben. Die sedierende Wirkung dieser Präparate wäre vor allem bei Patienten mit nächtlich auftretendem Juckreiz nachzuvollziehen. In einer randomisierten kontrollierten Studie von Stajevska et al. (2014), in der 24 Patienten mit einer schwer therapierbaren chronischen spontanen Urtikaria untersucht wurden, stellte sich heraus, dass die zusätzliche abendliche Verabreichung von sedierenden H1-Antihistaminika, z.B. Hydroxyzin, die Tagesmüdigkeit erhöht und die Wirksamkeit der Behandlung nicht unterstützt. Laut Publikationen von Church et al. (2010) können diese sedierenden Medikamente jedoch auch Schlafstörungen (REM-Phase) hervorrufen und bei Überdosierungen bei Säuglingen und Kindern zu Todesfällen führen. Bei einer langjährigen Anwendung wirken diese kardiotoxisch (Weller et al., 2012). Diese Tatsache kann sich negativ auf die Urtikaria-Behandlung und Zufriedenheit der Patienten auswirken (Ferrer et al., 2008). In unserer Studie zeigten die sedierenden Antihistaminika aus der Sicht der Patienten einen geringen Behandlungserfolg. Hinsichtlich des hohen Risiko- und Nebenwirkungsprofils soll die Anwendung dieser Präparate in der heutigen Zeit weiter hinterfragt werden.

4.6 Lebensqualität

4.6.1 DLQI

In einer Vergleichsstudie von Silveiras et al. (2011), in der 100 Patienten mit einer chronischen spontanen Urtikaria und einer weiblichen Dominanz (86%) befragt wurden, zeigte sich eine höhere Einschränkung der Lebensqualität als bei Patienten mit Psoriasis, atopischem Ekzem und Basaliom. Der DLQI-Mittelwert betrug in der Studie von Silveiras et al. 13.5, wobei die überwiegende Beeinträchtigung bei der Ausübung des Berufes/Studiums und Auswahl der Kleidung auftrat.

In der Studie von Beikert et al. (2013), in der die Lebensqualität bei Patienten mit atopischer Dermatitis untersucht wurde (384 Probanden, 69.8% Frauen), ergaben sich DLQI-Mittelwerte für atopische Dermatitis 8.5, Vitiligo 7.0, Psoriasis 6.7 und Rosazea 4.3. Die DLQI-Ergebnisse in unserer Studie ergaben höhere Gesamtwerte, als die bei Patienten mit Vitiligo, Psoriasis und Rosazea in der oben genannten Beikert-Studie. Zu den am meisten angegebenen Symptomen gehören der quälende Juckreiz, Hautbrennen und Quaddeln. Am zweithäufigsten haben die Patienten angegeben, dass die chronische spontane Urtikaria eine Belastung für ihr Berufsleben/Studium ist. Laut unseren DLQI-Ergebnissen fühlten sich Personen zwischen dem 21. und 30. Lebensjahr am stärksten durch die Urtikaria eingeschränkt. Somit lässt sich vermuten, dass die Einbuße der Lebensqualität dieser Personengruppe in einem Zusammenhang mit dem Eintritt ins Berufsleben/Studium steht. Der Vergleich der DLQI-Gesamtwerte zwischen Frauen und Männern ergab, dass der Unterschied zwischen den beiden Subgruppen nicht signifikant ist. Hiernach waren in unserer Studie die Frauen in ihrer Lebensqualität nicht stärker beeinträchtigt als die Männer.

4.6.2 CU-Q₂oL

Die Analyse des CU-Q₂oL ergab einen Gesamtwert von 39.5 ± 18.4 und somit eine mäßige Einschränkung der Lebensqualität. Wie beim DLQI war der größte Anteil der Befragten vom Pruritus geplagt. Die daraus resultierende Belastung im Alltag sowie nächtliche Schlafstörungen und zunehmende Müdigkeit mit Konzentrationsschwierigkeiten am Tage wurden von einer hohen Anzahl der Urtikaria-Patienten angegeben. Obwohl ein beträchtlicher Anteil der Befragten die Frage „Schämen Sie sich, öffentliche Orten aufzusuchen?“ mit „ja“ beantwortet hat, wurde eine Einschränkung in der Freizeit und sozialen Beziehungen nur als gering empfunden. Im Gegensatz zum DLQI waren nur wenige Probanden wegen Urtikaria am Arbeiten gehindert. In der Studie von Mlynek et al. (2009) zur Validierung der deutschen

Version des CU-Q₂oL waren es die Frauen, die mehr von Pruritus betroffen waren. Unsere Studienergebnisse zeigen, dass sich sowohl weibliche als auch männliche Studienteilnehmer in ihrer Lebensqualität ähnlich eingeschränkt fühlten. Ein signifikanter Unterschied konnte nicht festgestellt werden. Dies könnte daran liegen, dass das Auftreten der Quaddeln bei chronischer spontaner Urtikaria sehr variabel und unvorhersehbar ist und sich die Fragen im CU-Q₂oL auf die letzten 14 Tage beziehen. Bei der Auswertung des CU-Q₂oL stellte sich heraus, dass sich die Gruppe der 71- bis 80-Jährigen am stärksten durch die Urtikaria-Symptome beeinträchtigt fühlte. Diese Feststellung könnte durch die zusätzlichen belastenden Erkrankungen, wie unter anderem Herzkreislauf- und Magen-Darm-Erkrankungen in dem hohen Alter erklärt werden. Die Altersgruppe der 21- bis 30-Jährigen fühlte sich im Gegensatz zu den DLQI-Ergebnissen weniger von den Urtikaria-Symptomen betroffen.

Da der CU-Q₂oL speziell für chronische spontane Urtikaria konzipiert ist (Mlynek et al., 2009, Brzoza et al., 2011, Kocatürk et al., 2011, Weller et al., 2011), konnten die Lebensqualitätsveränderungen hier gut erfasst werden.

4.6.3 EQ-5D

Laut der Auswertung des EQ-5D-Gesundheitsfragebogens empfand ein großer Anteil der Befragten mäßige Schmerzen oder körperliche Beschwerden durch Urtikaria. Einige Probanden gaben an, bei der Mobilität Probleme zu haben. Zudem wurden Angstzustände und Depressionen durch Urtikaria-Symptome beschrieben. Verglichen mit der Gesundheitssituation vor 12 Monaten bezeichnete der überwiegende Anteil der Probanden seinen aktuellen Gesundheitszustand als gebessert. Daraus kann abgeleitet werden, dass sich diese Personen erfolgreich behandelt fühlten. Die Auswertung des EQ-5D-Gesamtwertes ergab, dass der größte Anteil der in unserer Studie befragten Personen ihren aktuellen Gesundheitszustand als gut eingeschätzt hat. Im Gegensatz zu DLQI und CU-Q₂oL zeigte der Geschlechtervergleich des EQ-5D (Gesamtwert n. Schulenburg 1998) einen signifikanten Unterschied des aktuellen Gesundheitsstandes zwischen Männern und Frauen. Hiernach gaben die männlichen Probanden einen besseren Gesundheitszustand an als die weiblichen Patienten. Schlussfolgernd kann daraus behauptet werden, dass sich die Frauen in ihrer Lebensqualität durch die chronische spontane Urtikaria mehr beeinträchtigt fühlten oder die männlichen Probanden in den letzten 12 Monaten erfolgreicher therapiert wurden.

4.7 Patientendefinierte Therapienutzen (PBI)

Bei der Erfassung der Lebensqualität und Versorgungssituation der Urtikaria-Patienten ist neben der subjektiv empfundenen Krankheitslast und Lebensqualitätseinschränkung der individuell erwartete und erreichte Therapienutzen von großer Bedeutung. In unserer Studie wurde der PBI als ein standardisiertes Instrument eingesetzt. Der PNQ ergab die drei folgenden wichtigsten patientendefinierten Therapieziele: „keinen Juckreiz mehr zu haben“, „keine sichtbaren Hautveränderungen mehr zu haben“ und „eine klare Diagnose und Therapie zu finden“. Bei der Analyse des individuell gewichteten PBQ zeigte sich, dass die Patienten den größten Nutzen in den Bereichen: „keinen Juckreiz mehr zu haben“, „kein Brennen an der Haut mehr zu haben“ und „keine sichtbaren Hautveränderungen mehr zu haben“ sahen. Dicht dahinter folgen die Therapieerfolge: „gegenüber der Krankheit weniger hilflos sein“, „klare Diagnose und Therapie zu haben“ und „Vertrauen in die aktuelle Therapie zu haben“. Der ermittelte PBI-Gesamtwert aller Patienten betrug 2.0 ± 1.3 , wobei 75% der Probanden einen $PBI \geq 1$ hatten. Dieses spricht dafür, dass ein überwiegender Anteil der in unserer Studie beteiligten Personen einen nennenswerten Nutzen in ihrer aktuellen Therapie sah. Hierzu passen die Angaben zum Behandlungserfolg, in denen ein überwiegender Anteil der Probanden das beste Ergebnis ihrer Therapie bei der Verbesserung ihres körperlichen Befindens und das zweitbeste in der Lebensqualitätsverbesserung sah. Verglichen mit den aktuellen Studien zu anderen chronischen dermatologischen und allergischen Erkrankungen, wie Psoriasis, atopische Dermatitis oder allergische Rhinitis, wurde in unserer Studie ein annähernd hoher PBI-Gesamtwert erreicht. Der PBI einer Psoriasis-Studie von PsoHealth (Radtke et al., 2013) wurde mit einem durchschnittlichen Gesamtwert von 2.5 ± 1.1 angegeben. Der mittlere PBI einer Versorgungsstudie von atopischer Dermatitis von Langanbruch et al. (2013) erreichte einen Wert von 2.4 ± 1.1 . In der Studie über den Therapienutzen von allergischer Rhinitis von Franzke et al. (2011) wurde ein PBI von 2.2 ermittelt. Beim Vergleich der PBI-Gesamtwerte zwischen männlichen und weiblichen Probanden ließ sich in unserer Studie kein signifikanter Unterschied feststellen.

4.8 Willingness-to-pay (WTP)

Die Zahlungsbereitschaft (WTP) ist ein etabliertes Verfahren, das die eigene Krankheitslast widerspiegelt (Beikert et al., 2013). Laut Schiffner et al. (2003) führt der höhere Leidensdruck zu einer höheren WTP. Nach Recherchen von Parcs et al. (2003) ist die Zahlungsbereitschaft

bei Patienten mit chronischen Hautkrankheiten vergleichbar hoch wie bei anderen schweren chronischen Erkrankungen. Eine Studie, die die Zahlungsbereitschaft und die Lebensqualität von 475 Rosazea-Patienten untersuchte, kam zum Ergebnis, dass diese bereit waren im Durchschnitt 2.880 € (Median 500 €) für eine vollständige Abheilung ihrer Erkrankung zu zahlen (Beikert et al. 2013). Hierbei hatten weibliche Probanden eine höhere Zahlungsbereitschaft als die befragten Männer, wobei die höchsten Werte bei Patienten unterhalb des 30. Lebensjahres ermittelt wurden. Eine weitere Studie, die sich mit der WTP und der Lebensqualität der Patienten mit atopischer Dermatitis beschäftigt hat, ergab eine höhere WTP (durchschnittlich 11.884 €, Median 1000 €) für eine vollständige Abheilung der Erkrankung als bei Patienten mit Psoriasis und Rosazea, jedoch niedrigere WTP als bei Vitiligo (Median >3000 €) (Beikert et al., 2013). Insgesamt zeigten die Patienten mit atopischer Dermatitis eine hohe WTP und eine deutlich reduzierte Lebensqualität als die Patienten mit anderen oben genannten chronischen Hauterkrankungen. Laut der Ergebnisse unserer Studie hätten 16% der Befragten bis 5000 € und 13% über 5000 € einmalig bezahlt, um vollständig von Urtikaria geheilt zu werden. Dieses könnte daran liegen, dass diese Personen eine hohe Krankheitslast durch die Erkrankung empfinden und wohl dadurch sehr verzweifelt sind. Vergleicht man männliche und weibliche Probanden in ihrer Zahlungsbereitschaft, so würden die männlichen Studienteilnehmer für die vollständige Abheilung der chronischen spontanen Urtikaria einmalig bis zur 1000 € und Frauen bis 500 € zahlen. Bei der offenen Fragestellung hinsichtlich der einmaligen Geldbeteiligung stellt sich ein umgekehrtes Verhältnis dar. Hiernach gaben die männlichen Teilnehmer eine genaue Summe von 500 € und die Frauen einen Geldwert von 999,50 € an. Allerdings lag bei dieser Frage eine sehr niedrige Beteiligung vor. Bei einer laufenden monatlichen Zuzahlung würden sich beide Geschlechtsteilnehmer mit bis zu 50 € beteiligen. Der statistische Vergleich anhand eines Median-Tests ergab in allen drei Punkten keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Subgruppen. Auch der Unterschied der Frauen und Männer bezüglich ihrer Zahlungsbereitschaft anhand des Mann-Whitney-U-Tests war nicht signifikant. Somit scheint das Geschlecht in unserer Studie im Gegensatz zu Beikert et al. (2013) wenig Aussagekraft in Bezug auf die Zahlungsbereitschaft zu haben. Die Zurückhaltung bei der Angabe einer einmaligen Summe, eine hohe Anzahl von Non-Respondern bei der offenen Frageform nach einer Einmalzahlung und eine geringe monatliche Zuzahlung könnten damit erklärt werden, dass die Patienten eine Erhöhung Ihrer Selbstbeteiligung bei den Behandlungskosten befürchten. Bislang war es üblich, dass die Hauptkosten von der jeweiligen Krankenkasse beglichen werden.

5 Zusammenfassung

Hintergrund: Die chronische spontane Urtikaria ist eine relativ häufige Erkrankung, die oft mit einem hohen Leidensdruck einhergeht. Bislang gibt es nur wenige wissenschaftliche Daten zur Versorgungsqualität und zur patientendefinierten Nutzenbewertung der chronischen spontanen Urtikaria.

Zielsetzung: Das Ziel der vorliegenden Arbeit war die Erfassung der krankheitsspezifischen und gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die Darstellung der Therapie und des Therapieerfolges und die Ermittlung eines patientenseitigen Therapienutzens.

Methodik: Die Datenerhebung von 105 Patienten erfolgte im Rahmen einer nicht interventionellen Kohortenstudie im Querschnitt am CVderm des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Die Lebensqualität wurde mithilfe von DLQI, CU-Q₂oL und EQ-5D erfasst. Die Angaben zu WTP bezogen sich auf einmalige und monatliche Summen. Die Erhebung des patientenseitigen Therapienutzens erfolgte mit dem PBI. Soziodemographische Daten, Anamnese, Komorbidität und der Therapieteil wurden mit zusätzlichen Fragebögen abgefragt.

Ergebnisse und Schlussfolgerung: 105 Patienten wurden in die Studie eingeschlossen, wobei der Anteil der weiblichen Teilnehmer überwiegend war. Die Schwere der Beeinträchtigung der Lebensqualität war anhand der vorliegenden Daten unabhängig vom Alter oder Geschlecht. Mit der Erfassung der krankheitsspezifischen und generischen Lebensqualität konnte gezeigt werden, dass sich die Lebensqualitätsbeeinträchtigung durch chronische spontane Urtikaria durchaus mit der Lebensqualitätseinschränkung anderer chronischer dermatologischer Erkrankungen, die in anderen Studien betrachtet wurden, vergleichen lässt. Laut Ergebnissen zur Therapieversorgung fanden die Antihistaminika der 2. Generation am häufigsten ihre Verwendung. Dies entspricht den aktuellen Empfehlungen der Urtikaria-Leitlinien. Zur Beurteilung des patientenseitigen Nutzens wurde in dieser Studie der PBI als ein standardisiertes Instrument eingesetzt. Er wurde von den Befragten gut angenommen und akzeptiert. Ein überwiegender Anteil der Patienten empfand einen erheblichen Nutzen in ihrer aktuellen Therapie.

Insgesamt konnte mit der vorliegenden Arbeit eine Erkenntnis erbracht werden, dass die chronische spontane Urtikaria ein ernst zu nehmendes Krankheitsbild ist, welches große Herausforderungen in der Diagnostik und Therapie an den behandelnden Arzt stellt. Um die Lebensqualität und die Zufriedenheit mit der Behandlung bei Patienten zu verbessern ist eine Optimierung der Versorgungsqualität erforderlich. Hierzu gehört unter anderem das Beachten und Befolgen der aktuellen internationalen medizinischen Leitlinien.

Limitation der Arbeit

Eine Einschränkung der vorliegenden Arbeit kann darin liegen, dass sie nur an ausgewählten Zentren durchgeführt wurde. Diese sind spezialisiert und in der Versorgung der Urtikaria besonders erfahren. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich das Spektrum der Patientennutzen sowie die Lebensqualität in der allgemeinen Versorgung anders darstellen. Für die Methodik der Herangehensweise sowie für die entwickelten Outcomes-Instrumente spielt dies jedoch keine relevante Rolle.

Literatur

Alonso Lebrero E (1999). Urticaria and angioedema: introduction and classification. *Allergol Immunopathol (Madr.)*, 27(2):71-3

Asero R, Lorini M, Suli C, Tedeschi A (2001). NSAID intolerance in chronic idiopathic urticarial: a study of its relationship with histamine-releasing activity of patients' sera. *Allergol Immunopathol (Madr.)*, 29(4):119-22

Asero R (2007). Etoricoxib challenge in patients with chronic urticaria with NSAID intolerance. *Clin Exp Dermatol.*, 32(6):661-3

Augustin M, Reich C, Schaefer I, Zschoke I, Rustenbach SJ (2008). Development and validation of a new instrument for the assessment of patient-defined benefit in the treatment of Acne. *J Dtsch Dermatol Ges.*, 6(2):113–20

Augustin M, Gajur AI, Reich C, Rustenbach SJ, Schaefer I (2008). Benefit evaluation in vitiligo treatment: development and validation of a patient-defined outcome questionnaire. *Dermatology*, 217(2):101-6

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

Augustin M, Blome C, Zschocke I, Schäfer I, Koenig S, Rustenbach SJ, Herberger K (2012). Benefit evaluation in the therapy of chronic wounds from the patients' perspective-development and validation of a new method. *Wound Repair Regen.*, 20(1):8-14

Baiardini I, Giardini A, Pasquali M, Dignetti P, Guerra L, Specchia G, Braido F, Majani G, Canonica GW (2003). Quality of life and patients' satisfaction in chronic urticaria and respiratory allergy. *Allergy*, 58(7): 621–3

Baiardini I, Pasquali M, Braido F, Fumagalli F, Guerra L, Compalati E, Braga M, Lombardi C, Fassio O, Canonica GW (2005). A new tool to evaluate the impact of chronic urticaria on quality of life: chronic urticaria quality of life questionnaire (CU-QoL). *Allergy*, 60(8):1073-8

Beikert FC, Langenbruch AK, Radtke MA, Kornek T, Purwins S, Augustin M (2014). Willingness to pay and quality of life in patients with atopic dermatitis. *Arch Dermatol Res.*, 306(3):279-86

- Beikert FC, Langenbruch AK, Radtke MA, Augustin M (2013).** Willingness to pay and quality of life in patients with rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol.*, 27(6):734-8
- Berrino AM, Voltolini S, Fiaschi D, Pellegrini S, Bignardi D, Minale P, Troise C, Maura E. (2006).** Chronic urticaria: importance of a medical-psychological approach. *Eur Ann Allergy Clin Immunol.*, 38(5):149-52
- Blome C, Augustin M, Siepmann D, Phan NQ, Rustenbach SJ, Ständer S (2009).** Measuring patient-relevant benefits in pruritus treatment: development and validation of a specific outcomes tool. *Br J Dermatol.*, 161(5):1143-8
- Blome C, Augustin M, Behechtnejad J, Rustenbach SJ (2011).** Dimensions of patient needs in dermatology: subscales of the patient benefit index. *Arch Dermatol Res.*, 303(1):11-7
- Blumenschein K, Johannesson M (1998).** Relationship between quality of life instruments, health state utilities, and willingness to pay in patients with asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol.*, 80(2):189-94
- Braun-Falko O, Plewig G, Wolff H (1991).** Urtikaria, Angioödem und Anaphylaxie. *Dermatologie und Venerologie*, Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York Tokyo, (S. 374-399)
- Brooks R (1996).** EuroQol: the current state of play, *Health policy*, 37(1):53-72
- Brzoza Z, Kasperska-Zajac A, Badura-Brzoza K, Matysiakiewicz J, Hese RT, Rogala B (2008).** Decline in dehydroepiandrosterone sulfate observed in chronic urticaria is associated with psychological distress. *Psychosom Med*, 70: 723–8
- Brzoza Z, Badura-Brzoza K, Mlynek A, Magerl M, Baiardini I, Canonica GW, Weller K, Kocatürk E, Kalogeromitros D, Zalewska-Janowska A, Zuberbier T, Maurer M (2011).** Adaptation and initial results of the Polish version of the GA(2)LEN chronic urticaria quality of life questionnaire (CU-Q(2)oL). *J Dermatol Sci.*, 62(1):36-41
- Bullinger M (1997).** Health related quality of life and subjective health. Overview of the status of research for new evaluation criteria in medicine. *Psychother Psychosom Med Psychol.*, 47(3-4):76-91
- Bullinger M, Pöppel E (1988).** Lebensqualität in der Medizin: Schlagwort oder Forschungsansatz. *Dtsch Ärzteblatt*, 85(11):C436-7

- Chung MC, Symons C, Gilliam J, Kaminski ER (2010).** The relationship between posttraumatic stress disorder, psychiatric comorbidity, and personality traits among patients with chronic idiopathic urticaria. *Compr Psychiatry*, 51(1):55-63
- Church MK, Maurer M, Simons FE, Bindslev-Jensen C, van Cauwenberge P, Bousquet J, Holgate ST, Zuberbier T (2010).** Rist of first-generation H(1)-antihistamines: a GA(2)LEN position paper. *Allergy*, 65(4):459-66
- Curto-Barredo L, Silvestre JF, Giménez-Arnau AM (2014).** Update on the treatment of chronic urticaria. *Actas Dermosifiliogr.*, 105(5):469-82
- Daut V, Staubach P, Hörmann K, Klimek L, Pfaar O (2012).** Urticaria. Basic knowledge for the ENT specialist. *HNO*, 60(5):457-65
- Delfino M Jr, Holt EW, Taylor CR, Wittenberg E, Qureshi AA (2008).** Willingness-to-pay stated preferences for 8 health-related quality-of-life domains in psoriasis: a pilot study. *J Am Acad Dermatol.*, 59(3):439-47
- EuroQol Group (1990).** EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3):199-208
- Ferrer M, Jáuregui I, Bartra J, Dávila I, del Cuvillo A, Montoro J, Mullol J, Valero A, Sastre J (2009).** Chronic urticaria: do urticaria nonexperts implement treatment guidelines? A survey of adherence to published guidelines by nonexperts. *Br J Dermatol.*, 160(4):823-7
- Ferrer M (2009).** Epidemiology healthcare, resources, use and clinical features of different types of urticaria. *J Investig Allergol Clin Immunol.*, 19 Suppl. 2:21-26
- Feuerhahn J, Blome C, Radtke M, Augustin M (2012).** Validation of the patient benefit index for the assessment of patient-relevant benefit in the treatment of psoriasis. *Arch Dermatol Res.*, 304(6):433-41
- Finlay AY, Khan GK (1994).** Dermatology Life Quality Index (DLQI) - a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol.*, 19(3):210-6
- Franzke N, Augustin M (2011).** Health services research in dermatology. Current status. *Hautarzt*, 62(3):170-7

Franzke N, Schäfer I, Jost K, Blome C, Rustenbach SJ, Reich K, Reusch M, Maurer M, Augustin M (2011). A new instrument for the assessment of patient-defined benefit in the treatment of allergic rhinitis. *Allergy*, 66(5):665-70

Gaig P, M Olona, Muñoz Lejarazu D, MT Caballero, Domínguez FJ, Echechipia S, García Abujeta JL, Gonzalo MA, Lleonart R, Martínez Cócera C, Rodríguez A, Ferrer M (2004). Epidemiology of urticaria in Spain. *J Investig Allergol Clin Immunol.*, 14 (3):214-20

Graf JM, Claes C, Greiner W, Uber A (1998). Die deutsche Version des EuroQol-Fragebogens. *Journal of public health*, 6:3-20

Grattan CE (2003). Aspirin sensitivity and urticaria. *Clin Exp Dermatol.*, 28: 123–7

Grob J, Auquier P, Dreyfus I, Ortonne JP (2009). How to prescribe antihistamines for chronic idiopathic urticaria: desloratadine daily vs PRN and quality of life. *Allergy*, 64(4):605-12

Kim S, Baek S, Shin B, Yoon SY, Park SY, Lee T, Lee YS, Bae YJ, Kwon HS, Cho YS, Moon HB, Kim TB (2013). Influence of initial treatment modality on long-term control of chronic idiopathic urticaria. *PLoS One.*, 8(7):e69345

Kocatürk E, Weller K, Martus P, Aktas S, Kavala M, Sarigul S, Baiardini I, Canonica GW, Brzoza Z, Kalogeromitros D, Maurer M (2012). Turkish version of the chronic urticaria quality of life questionnaire: cultural adaptation, assessment of reliability and validity. *Acta Derm Venereol.*, 92(4):419-25

Koti I, Weller K, Makris M, Tiligada E, Psaltopoulou T, Papageorgiou C, Baiardini I, Panagiotakos D, Braido F, Maurer M (2013). Disease activity only moderately correlates with quality of life impairment in patients with chronic spontaneous urticaria. *Dermatology*, 226(4):371-9

Kozel MM, Mekkes JR, Bossuyt PM, Bos JD (2001). Natural course of physical and chronic urticaria and angioedema in 220 patients. *J Am Acad Dermatol.*, 45(3):387-391

Kulthanan K, Jiamton S, Thumpimukvatana N, Pinkaew S (2007). Chronic idiopathic urticaria: prevalence and clinical course. *J Dermatol.*, 34(5):294-301

- Langenbruch A, Radtke M, Franzke N, Ring J, Foelster-Holst R, Augustin M (2014).** Quality of health care of atopic eczema in Germany: results of the national health care study AtopicHealth. *J Eur Acad Dermatol Venereol.*, 28(6):719-26
- Lennox RD, Leahy MJ (2004).** Validation of the Dermatology Life Quality Index as an outcome measure for urticarial-related quality of life. *Ann Allergy Asthma Immunol.*, 93(2):142-6
- Lewis VL, Finlay AY (2004).** Ten years experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Investig Dermatol Symp Proc.*, 9(2):169-80
- Lundberg L, Johannesson M, Silverdahl M, Hermansson C, Lindberg M (1999).** Quality of life, health-state utilities and willingness to pay in patients with psoriasis and atopic eczema. *Br J Dermatol.*, 141(6):1067-75
- Magerl M, Pisarevskaja D, Scheufele R, Zuberbier T, Maurer M (2010).** Effects of a pseudoallergen-free diet on chronic spontaneous urticaria: a prospective trial. *Allergy*, 65(1):78-83
- Malhotra SK, Mehta V (2008).** Role of stressful life events in induction or exacerbation of psoriasis and chronic urticaria. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.*, 74(6):594-9
- Maurer M, Hanau A, Metz M, Magerl M, Staubach P (2003).** Relevance of food allergies and intolerance reactions as causes of urticaria. *Hautarzt*, 54(2):138-43
- Maurer M, Grabbe J (2008).** Urticaria – its history-based diagnosis and etiologically oriented treatment. *Dtsch Arztebl Int.*, 105(25): 458–65
- Maurer M, Ortonne JP, Zuberbier T (2009).** Chronic urticaria: an internet survey of health behaviours, symptom patterns and treatment needs in European adult patients. *Br J Dermatol.*, 160(3):633–41
- Maurer M, Altrichter S, Ardelean E, Krause K, Magerl M, Metz M, Siebenhaar F, Weller K, Zuberbier T (2010).** Chronic urticaria. Prevalence, course, prognostic factors and impact. *Hautarzt*, 61(9):750-7
- Maurer M, Weller K, Bindslev-Jensen C, Gimenez-Arnau A, Bousquet PJ, Boasquet J, Canonica GW, Church MK, Godse KV, Grattan CE, Greaves MW, Hide M, Kalogeromitros D, Kaplan AP, Saini SS, Zhu XJ, Zuberbier T (2011).** Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA(2)LEN task force report. *Allergy*, 66(3):317-30

Mc Dowell I, Newell C (1987). Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires. Oxford University, New York.

Mlynek A, Magerl M, Hanna M, Lhachimi S, Baiardini I, Canonica GW, Brzoza Z, Kasperska-Zajac A, Rogala B, Zalewska-Janowska A, Zuberbier T, Maurer M (2009). The german version of the chronic urticaria quality-of-life questionnaire: factor analysis, validation and initial clinical findings. *Allergy*, 64(6):927-36

O'Donnell BF, Lawlor F, Simpson J, Morgan M, Greaves MW (1997). The impact of chronic urticaria on the on the quality of life. *Br J Dermatol.*, 136(2):197-201

Olze H, Zuberbier T (2011). Comorbidities between nose and skin allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.*, 11(5):457-63

Parks L, Balkrishnan R, Hamel-Gariépy L, Feldman SR (2003). The importance of skin disease as assessed by "willingness-to-pay". *J Cutan Med Surg.*, 7(5):369-71

Poon E, Seed PT, Greaves MW, Kobza-Black A (1999). The extent and nature of disability in different urticarial conditions. *Br J Dermatol.*, 140(4):667-71

Pöppel E, Bullinger M, Härtel U (Hrsg.) (1994). Medizinische Psychologie und Soziologie (S. 19-42), Weinheim: Chapman & Hall

Raap U, Liekenbröcker T, Wiczorek D, Kapp A, Wedi B (2004). New therapeutic strategies for the different subtypes of urticarial. *Hautarzt*, 55(4):361-6

Raap U, Kapp A, Wedi B, Ständer S (2010). Pruritus and urticaria. *Hautarzt*, 61(9):737-42

Rabin R, de Charro F (2001). EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group, *Ann Med.*, 33(5): 337-43

Radtke MA, Schäfer I, Gajur A, Langenbruch A, Augustin M (2009). Willingness-to-pay and quality of life in patients with vitiligo. *Br J Dermatol.*, 161(1):134-9

Radtke MA, Schäfer I, Blome C, Augustin M (2013). Patient benefit index (PBI) in the treatment of psoriasis-results of the National Care Study "PsoHealth". *Eur J Dermatol.*, 23(2):212-7

Randerath W J, Galetke W (2007). Differenzialdiagnose der rezidivierenden Polyposis nasi: das Analgetika-Asthma-Syndrom. *Deutsche Ärzteblatt* 104, A-3178-83

Schäfer I, Rustenbach S, Reich C, Augustin M (2007). Quantitative Nutzenbewertung aus Patientensicht – der Patienten Benefit Index (PBI). Kongress Medizin und Gesellschaft 2007, Doc07gmds676

Schiffner R, Landthaler M, Stolz W (2000). Willingness-To-Pay and Time-Trade-Off: Useful Utilities in Patients with Psoriasis vulgaris, *Dermatol Psychosom.*, 1:100-103

Schiffner R, Brunberg S, Hohenleutner U, Stolz W, Landthaler M (2002). Willingness to pay and time trade-off: useful utility indicators for the assessment of quality of life and patient satisfaction in patients with port wine stains. *Br J Dermatol.*, 146(3): 440-7

Schiffner R, Schiffner-Rohe J, Gerstenhauer M, Hofstädter F, Landthaler M, Stolz W (2003). Willingness to pay and time trade-off: sensitive to changes of quality of life in psoriasis patients? *Br J Dermatol.*, 148(6):1153-60

Silvares MR, Coelho KI, Dalben I, Lastória JC, Abbade LP (2007). Sociodemographic and clinical characteristics, causal factors and evolution of a group of patients with chronic urticaria-angioedema. *Sao Paulo Med J.*, 125(5):281-5

Silvares MR, Fortes MR, Miot HA (2011). Quality of life in chronic urticaria: a survey at a public university outpatient clinic, Botucatu (Brazil), *57(5):577-82*

Simons FE (2004). Advances in H1-antihistamines. *N Engl J Med*, 351(21):2203-17

Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer*, 57(1):109-12

Staevska M, Gugutkova M, Lazarova C, Kralimarkova T, Dimitrov V, Zuberbier T, Church MK, Popov TA (2014). Night-time sedating H1 -antihistamine increases daytime somnolence but not treatment efficacy in chronic spontaneous urticaria: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol.*, 171(1):148-54

Staubach P, Eckhardt-Henn A, Dechene M, Vonend A, Metz M, Magerl M, Breuer P, Maurer M (2006). Quality of life in patients with chronic urticaria is differentially impaired and determined by psychiatric comorbidity. *Br J Dermatol.*, 154(2):294-8

Staubach P, Dechene M, Metz M, Magerl M, Siebenhaar F, Weller K, Zezula P, Eckhardt-Henn A, Maurer M (2011). High prevalence of mental disorders and emotional distress in patients with chronic spontaneous urticaria. *Acta Derm Venereol.*, 91(5):557-61

Staubach P, Groffik A (2013). Useful tools for documenting urticaria. *Hautarzt*, 64(9):650-5

Sugiura K, Hirai S, Suzuki T, Usuda T, Kondo T, Azumi T, Masaki S, Yokoi T, Nitta Y, Kamiya S, Ando K, Mori T, Tomita Y (2008). Evaluation of cetirizine hydrochloride-based therapeutic strategy for chronic urticaria. *Nagoya J Med Sci.*, 70(3-4):97-106

Thompson MS, Read JL, Liang M (1984). Feasibility of willingness-to-pay measurement in chronic arthritis, *Med Decis Making*, 4(2):195-215

Ue AP, Souza PK, Rotta O, Furlani Wde J, Lima AR, Sabbag DS (2011). Quality of life assessment in patients with chronic urticaria. *An Bras Dermatol.*, 86(5):897-904

Valero A, Herdman M, Bartra J, Ferrer M, Jáuregui I, Dávila I, del Cuvillo A, Montoro J, Mullol J, Sastre J, Canonica GW, Baiardini I (2008). Adaptation and validation of the Spanish version of the Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL). *J Investig Allergol Clin Immunol.*, 18(6):426-32

Walker SR, Rosser RM (1988). Quality of life assessment and application. MTP Press, Lancaster.

Weldon D (2014). Quality of life in patients with urticaria and angioedema: assessing burden of disease. *Allergy Asthma Proc.*, 35(1):4-9

Weller K, Altrichter S, Ardelean E, Krause K, Magerl M, Metz M, Siebenhaar F, Maurer M (2010). Chronic urticaria. Prevalence, course, prognostic factors and impact. *Hautarzt*, 61(9):750-7

Weller K, Ziege C, Staubach P, Brockow K, Siebenhaar F, Krause K, Altrichter S, Church MK, Maurer M (2011). H1-antihistamine up-dosing in chronic spontaneous urticaria: patients' perspective of effectiveness and side effects – a retrospective survey study. *PLoS One*, 6(9):e23931

Weller K, Church MK, Kalogeromitros D, Krause K, Magerl M, Metz M, Pisarevskaja D, Siebenhaar F, Maurer M (2011). Chronic spontaneous urticaria: how to assess quality of life in patients receiving treatment. *Arch Dermatol.*, 147(10):1221-3

Weller K, Viehmann K, Bräutigam M, Krause K, Siebenhaar F, Zuberbier T, Maurer M (2012). Cost-intensive, time-consuming, problematical? – How Physicians in private practice experience the care of urticarial patients. *JDDG*, 10(5):341-7

Weller K, Ardelean E, Scholz E, Martus P, Zuberbier T, Maurer M (2013). Can on-demand non-sedating antihistamines improve urticaria symptoms? A double-blind, randomized, single-dose study. *Acta Derm Venereol.*, 93: 168–74

Weller K, Groffik A, Magerl M, Tohme N, Martus P, Krause K, Metz M, Staubach P, Maurer M. (2013). Development, validation, and initial results of the Angioedema Activity Score. *Allergy*, 68(9):1185-92

Wieczorek D, Raap U, Kapp A, Wedi B (2007). Modern diagnosis and treatment of urticarial: five case reports. *Hautarzt*, 58(4):302-7

Wieczorek D, Langhorst J, Kapp A, Wedi B (2013). Urticaria : Sometimes IgE-mediated? *Hautarzt*, 64(9):644-9

Wolthers OD (2013). Bilastine: a new nonsedating oral h1 antihistamine for treatment of allergic rhinoconjunctivitis and urticaria. *Biomed Res Int.*, 2013:626837

Yang HY, Sun CC, Wu YC, Wang JD (2005). Stress, insomnia and chronic idiopathic – a case-control study. *J Formos Med Assoc.*, 104(4):254-63

Yosipovitch G, Ansari N, Goon A, Chan YH, Goh CL (2002). Clinical characteristics of pruritus in chronic idiopathic urticaria. *Br J dermatol.*, 147(1):32-6

Zuberbier T, Bindslev-Jensen C, Canonica W, Grattan CE, Greaves MW, Henz BM, Kapp A, Kozel MM, Maurer M, Merk HF, Schäfer T, Simon D, Vena GA, Wedi B (2006). EAACI/GA(2)LEN/EDF guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy*, 61(3):316-20

Zuberbier T, Bindslev-Jensen C, Canonica W, Grattan CE, Greaves MW, Henz BM, Kapp A, Kozel MM, Maurer M, Merk HF, Schäfer T, Simon D, Vena GA, Wedi B. (2006). EAACI/GA(2)LEN/EDF guideline: management of urticaria. *Allergy*, 61(3):321-31

Zuberbier T, Maurer M (2007). Urticaria: current opinions about aetiology, diagnosis and therapy. *Acta Derm Venereol.*, 87(3):196-205

Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Walter Canonica G, Church MK, Giménez-Arnau A, Grattan CE, Kapp A, Merk HF, Rogala B, Saini S, Sánchez-Borges M, Schmid-Grendelmeier P, Schünemann H, Staubach P, Vena GA, Wedi B, Maurer M. Dermatology Section of the European Academy of Allergology and clinical Immunology. Global Allergy and Asthma European Network. European Dermatology Forum. World Allergy Organization (2009). EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. Allergy, 64(10):1417-26

Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Walter Canonica G, Church MK, Giménez-Arnau AM, Grattan CEH, Kapp A, Maurer M, Merk HF, Rogala B, Saini S, Sánchez-Borges M, Schmid-Grendelmeier P, Schünemann H, Staubach P, Vena GA, Wedi B, Dermatology Section of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology, Global Allergy and Asthma European Dermatology Forum, World Allergy Organization (2009). EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria. Allergy, 64(10):1427–43

Zuberbier T, Aberer W, Brockwo K, Grabbe J, Hamelmann E, Hartmann K, et al. (2011). S3-Leitlinie Urtikaria, Teil 2: Therapie der Urtikaria – deutschsprachige Version der internationalen S3-Leitlinie. Allergo J, 5(20):259-276

Danksagung

Mein Dank gilt insbesondere Prof. Dr. med. Mathias Augustin für die Vergabe des interessanten Themas und die wertvolle Unterstützung.

Anna Langenbruch danke ich herzlich für die statistische Auswertung, die guten Ratschläge und die nette Betreuung.

Zudem möchte ich mich bei Prof. Dr. Marcus Maurer und Dr. med. Karsten Weller für die nette Zusammenarbeit und die Hilfsbereitschaft herzlich bedanken.

Außerdem richte ich meinen Dank an das nette Team des Kompetenzzentrums Versorgungsforschung in der Dermatologie (CVderm).

Ich bedanke mich auch bei Vasco Niendorf für das Lektorieren des Inhaltes und die wertvollen Tipps, bei meinen Eltern und meiner Schwester, die mir das Studium ermöglicht und immer an mich geglaubt haben, sowie bei meiner Ehefrau, die mich immer unterstützt und hinter mir gestanden hat.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die Dissertation selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die hier angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe. Alle wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen habe ich als solche gekennzeichnet.

Außerdem versichere ich, dass ich die beigefügte Dissertation bisher keinem Fachvertreter an einer anderen Hochschule vorgelegt und nur in diesem und keinem anderen Promotionsverfahren eingereicht habe.

Ort, Datum

Vladimir Braun

Anhang

**CVderm – Kompetenzzentrum
Versorgungsforschung in der Dermatologie**
Leiter: Univ.-Prof. Dr. med. M. Augustin

CVderm - Universitätsklinikum HH-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Tel. 040-42803-5428, Fax -5348

Zertifiziert nach
DIN EN ISO 9001:2000
Zertifikat-Nr. 358279 QM



**Versorgungssituation Hautkranker in
Deutschland aus Patientensicht**



Patientenfragebogen

**Studie zu den Therapiezielen, der Lebensqualität
und der Patientenzufriedenheit bei chronischer spontaner Urtikaria**

Stand: 12.05.2009

Bitte füllen Sie die nächsten Seiten vollständig aus und prüfen Sie, ob Sie **bei jeder Frage ein Kreuz** gesetzt haben.

Vielen Dank!

Rückgabeadresse:

**CVderm – Kompetenzzentrum
Versorgungsforschung in der Dermatologie**
Leiter: Univ.-Prof. Dr. med. Mathias Augustin
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, **Gebäude O-18**
D-20246 Hamburg
Tel.: +49-(0)40-42803-5428
Fax: +49-(0)40-42803-5348
cvderm@uke.uni-hamburg.de

Anschließend senden Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Rückumschlag portofrei an die Studienzentrale zurück. Alternativ können Sie den Fragebogen an die oben angegebene Nummer faxen.

Liegt bei Ihnen eine chronische spontane Urtikaria vor? ja nein

→ Wenn dieses nicht der Fall ist, können Sie leider nicht an dieser Studie teilnehmen!

Füllen Sie den Fragebogen selber aus? ja nein Wenn nein, wer füllt ihn für Sie aus?

Bitte angeben _____

Nun bitten wir Sie um allgemeine Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrer Erkrankung.

I. Allgemeine Angaben

Datum des Ausfüllens: _____

Alter: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Größe (cm) |__|__|__| Gewicht (kg) |__|__|__|

In welchem Jahr wurde bei Ihnen erstmals die Diagnose _____ (bitte Jahreszahl angeben, z.B. 1996) Urtikaria gestellt?

Sind Sie berufstätig? ja
Wenn ja:

nein

Wenn nein:

- Vollzeit (35 Stunden oder mehr)
- Teilzeit oder stundenweise
- Beurlaubung (Erziehungsurlaub o.ä.)
- Auszubildender, Umschüler

- Rentner/ Pensionär im Vorruhestand
- Hausmann/ Hausfrau
- Schüler/in/ Student/in
- erwerbslos

Familienstand: feste Partnerschaft verheiratet geschieden verwitwet ledig

Leben Sie alleine? ja nein → |__|__|__| mit weiteren Personen im Haushalt

An wie vielen Tagen konnten Sie in den vergangenen an _____ Tagen

12 Monaten aufgrund Ihrer Urtikaria nicht erwerbstätig sein? ich bin nicht erwerbstätig

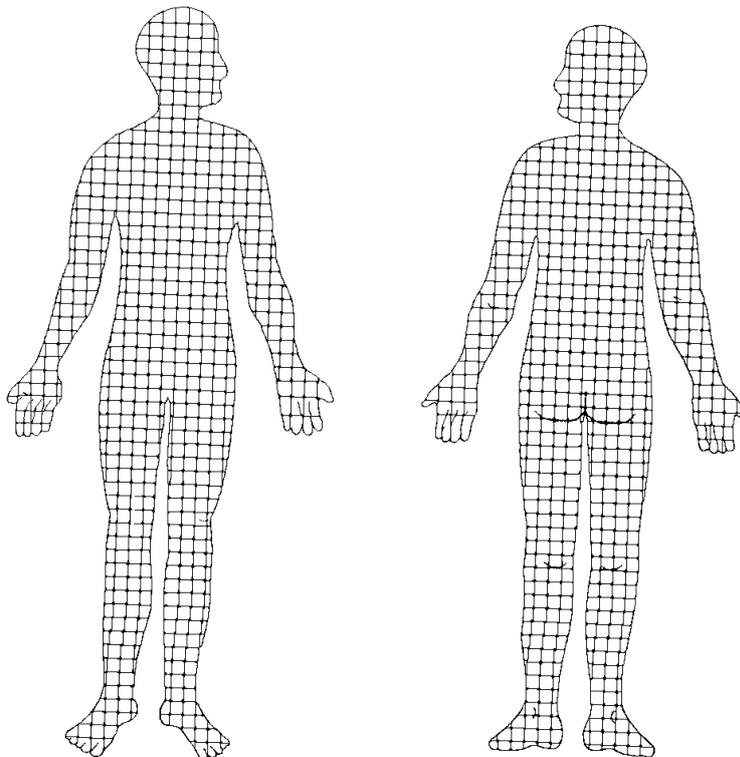
Sind Sie derzeit aufgrund Ihrer Urtikaria arbeitsunfähig? ja nein

Angaben zu Ihrer Erkrankung (Fortsetzung)

Von Juckreiz oder Quaddeln betroffene Stellen:	<u>Nicht</u> betroffen	Leicht	Mäßig	Stark betroffen
Gesicht	0	0	0	0
Sonstiger Kopf	0	0	0	0
Hals	0	0	0	0
Hände	0	0	0	0
Arme	0	0	0	0
Stamm	0	0	0	0
Genitalregion	0	0	0	0
Beine	0	0	0	0
Füße	0	0	0	0

Ausdehnung der Nesselsucht

In diesem Teil geht es um die Ausdehnung/Lage Ihrer Quaddeln/Schwellungen in den letzten 3 Monaten. Bitte zeichnen Sie in den folgenden Figuren Ihre Quaddeln/Schwellungen so genau wie möglich ein.



II. Weitere Angaben zur Urtikaria

1. **Seit wann leiden Sie an Nesselsucht?** Seit || Monaten oder || Jahren

2. **Gab es damals einen erkennbaren Auslöser?**

Nein Ja

Wenn Ja, welchen? _____

3. **Was ist aus Ihrer Sicht für Ihre derzeitigen Nesselsucht-Beschwerden verantwortlich?**

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an und benennen Sie den genauen Auslöser:

- Nahrungsmittel, und zwar _____
- Grippaler Infekt, und zwar _____
- Magen-Darm-Grippe, und zwar _____
- Stress, und zwar _____
- Körperliche Anstrengung, und zwar _____
- Andere Dinge, und zwar _____
- Ich habe keine Idee, warum die Nesselsucht-Beschwerden auftreten.

4. **Wie häufig treten die Quaddeln normalerweise auf?**

- täglich
- fast täglich
- mehrfach wöchentlich
- mehrfach monatlich
- seltener, nämlich _____

5. **Zu welcher Tageszeit treten die Quaddeln meistens auf?**

- morgens nach dem Aufstehen
- mittags
- nachmittags
- abends
- nachts
- keine bestimmte Tageszeit

6. **Eine Quaddel bildet sich meistens zurück nach:**

- wenigen Minuten bis zu einer Stunde
- 1-2 Stunden
- 2-6 Stunden
- 6-12 Stunden
- 12-24 Stunden
- > 24 Stunden, und zwar nach _____ Tagen.

7. **Wachen Sie nachts wegen Juckreiz auf?**

- nein, nie
- ja, manchmal
- ja, häufig
- ja, immer

- 8. Hat sich bei Ihnen schon einmal ein Angioödem ausgebildet?**
 Angioödeme sind tiefe Haut- oder Schleimhautschwellungen, die häufig im Gesicht (Lippe, Zunge, Augenlider) oder an Händen/Füßen auftreten und für mehrere Tage bestehen bleiben können.
- Nein
 - Ja, und zwar etwa _____ mal.
- 9. Entstehen bei Ihnen Schwellungen an Körperstellen, die Sie einige Stunden zuvor längere Zeit belastet haben (z.B. Fußsohlen nach Laufen, Gesäß nach Fahrradfahren)?**
- nein, nie (weiter mit Frage 10)
 - ja, manchmal
 - ja, häufig
 - ja, jedes Mal
- 9a. Welche Regionen Ihres Körpers sind in einem solchen Fall betroffen?**
- Fußsohlen
 - Handflächen
 - Gesäß
 - Andere: _____
- 10. Haben Sie jemals einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten Ihrer Nesselsucht-Beschwerden und der Einnahme/dem Spritzen eines der folgenden Medikamente bemerkt?**
 Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.
- Acetylsalizylsäure (z.B. Aspirin, ASS, Spalt, Togat, Alkaselzer, ASS100, Thomapyrin)
 - Ibuprofen (z.B. Dolormin, Optalidon)
 - Diclofenac (z.B. Voltaren, Diclac)
 - Andere Schmerzmittel, Entzündungshemmer oder fiebersenkende Medikamente
 - Antibiotika (z.B. Penicillin, Amoxicillin, Ciprofloxacin, Erythromycin)
 - Herz-, Kreislauf- oder Blutdruckmittel (z.B. Betablocker, ACE-Hemmer)
 - Anderes Medikament: _____
- 11. Haben Sie jemals einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Quaddeln und folgenden Auslösern bemerkt?**
 Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.
- Kälte (kaltes Wasser, kaltes Wetter, kalter Wind, kalte Gegenstände, kalte Speisen)
 - Wärme (warmes Wasser, warme Gegenstände, warme Speisen)
 - Überwärmung des Körpers (z.B. bei körperlicher Anstrengung, Schwitzen, Fieber)
 - Berührung mit Wasser
 - Sonnenstrahlen
 - psychische Belastungen (Stress)
 - Jahreszeit, und zwar _____
 - Beruf, und zwar _____
 - Hobby, und zwar _____
- 12. Entstehen Ihre Hautbeschwerden durch Kratzen, Scheuern oder Reiben der Haut?**
- nein, nie
 - ja, manchmal
 - ja, häufig
 - ja, dauernd
- 13. Leiden Ihre Verwandten ersten Grades (Eltern, Geschwister, Kinder) an Nesselsucht?**
- Nein
 - Ja, und zwar _____

III. Aktuelle Begleiterkrankungen

Bitte vermerken Sie, ob Sie derzeit an den folgenden Erkrankungen leiden.

Allergien	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, welche:
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, welche:
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, welche:
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, welche:
Neurologische Erkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, welche:
Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, welche:
Rheumatische Erkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, welche:
Autoimmun-Erkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, welche:
Andere Hauterkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, welche:
Andere Erkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, welche:

Platz für weitere Kommentare / Hinweise:

IV. Bisherige Therapien Ihrer Nesselsucht

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, wie erfolgreich die in den letzten 5 Jahren angewendeten Therapien aus Ihrer Sicht waren oder sind.

Bisher durchgeführte Therapien	Nicht erfolgreich	Wenig erfolgreich	Mäßig erfolgreich	Sehr erfolgreich	Nicht versucht
Antihistaminika (AH):					
- AH 1.Generation (z.B. Atarax, Atosil Fenistil, Ebastel, Tavegil)	0	0	0	0	0
- AH 2.Generation (z.B. Aeriuss, Lisino, Mizollen, Telfast, Zyrtec)	0	0	0	0	0
Antihistaminika sonst.:	0	0	0	0	0
Cortison innerl. (z.B. Celestamine, Decortin, Urbason, Volon)	0	0	0	0	0
Cortison äußerl. (z.B. Dermatop, Ecural, Hydroderm, Linola)	0	0	0	0	0
Andere juckreizstillende Cremes / Lotionen	0	0	0	0	0
Azathioprin (Imurek, Zytrim)	0	0	0	0	0
Chloroquin (z.B. Resochin)	0	0	0	0	0
Ciclosporin (z.B. Sandimmun)	0	0	0	0	0
Dapson	0	0	0	0	0
Leukotrienantagonist (Singulair)	0	0	0	0	0
Ranitidin (H ₂ – Blocker)	0	0	0	0	0
Xolair (Anti-IgE-Antikörper)	0	0	0	0	0
Kombinationen:	0	0	0	0	0
Kombinationen:	0	0	0	0	0
UVA oder UVB Lichttherapie	0	0	0	0	0
PUVA Lichttherapie	0	0	0	0	0
Kühlende Umschläge	0	0	0	0	0
Allergienarme Diät (z.B. Kartoffel- und Reis-Diät)	0	0	0	0	0
Andere Diät:	0	0	0	0	0
Antidepressiva (z.B. Amineurin, Doxepin, Imipramin, Stangyl)	0	0	0	0	0
Neuroleptika (z.B. Atosil, Proneurin, Prothazin)	0	0	0	0	0
Psychosomatische Mitbehandlung	0	0	0	0	0
Schlafmittel	0	0	0	0	0
Physikalische Therapie (z.B. Sauna)	0	0	0	0	0
Bäder	0	0	0	0	0
Notfallbehandlung	0	0	0	0	0
Akupunktur	0	0	0	0	0
Homöopathie	0	0	0	0	0
Entspannungstherapie	0	0	0	0	0
Andere:	0	0	0	0	0
Andere:	0	0	0	0	0
Andere:	0	0	0	0	0
Andere:	0	0	0	0	0

V. Fragebogen zu den Behandlungszielen bei Urtikaria (PBI)

Dieser Fragebogen dient der Erhebung Ihrer persönlichen Therapieziele in der Behandlung und bezieht sich auf verschiedene Lebensbereiche. Im ersten Teil werden Sie nach der Wichtigkeit der Therapieziele für Sie persönlich gefragt. Im zweiten Teil geht es um die Frage, inwieweit diese Ziele durch die bisherige Behandlung erreicht worden sind. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig, aber spontan.

1. Wie wichtig sind Ihnen die genannten Therapieziele?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das zutreffende Kästchen an.

Wenn eine Aussage für Sie nicht zutrifft, dann kreuzen Sie bitte „betrifft mich nicht“ an.

		gar nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr	betrifft mich nicht
1	... keinen Juckreiz mehr zu empfinden	<input type="radio"/>					
2	... von allen Hautveränderungen geheilt zu sein	<input type="radio"/>					
3	... keine sichtbaren Quaddeln/Rötungen/Schwellungen mehr zu haben	<input type="radio"/>					
4	... kein Brennen an der Haut mehr zu haben	<input type="radio"/>					
5	... besser schlafen zu können	<input type="radio"/>					
6	... weniger niedergeschlagen zu sein	<input type="radio"/>					
7	... an Lebensfreude zu gewinnen	<input type="radio"/>					
8	... keine Furcht vor einem Fortschreiten der Krankheit zu haben	<input type="radio"/>					
9	... ein normales Alltagsleben führen zu können	<input type="radio"/>					
10	... im Alltag leistungsfähiger zu sein	<input type="radio"/>					
11	... Ihre Angehörigen und Freunde weniger zu belasten	<input type="radio"/>					
12	... normalen Freizeitaktivitäten nachgehen zu können	<input type="radio"/>					
13	... ein normales Berufsleben führen zu können	<input type="radio"/>					
14	... mehr Kontakte mit anderen Menschen haben zu können	<input type="radio"/>					
15	... sich mehr zeigen zu mögen	<input type="radio"/>					
16	... sich selbst besser akzeptieren zu können	<input type="radio"/>					
17	... in der Partnerschaft weniger belastet zu sein	<input type="radio"/>					
18	... ein normales Sexualleben führen zu können	<input type="radio"/>					
19	... weniger auf Arzt- und Klinikbesuche angewiesen zu sein	<input type="radio"/>					
20	... weniger Zeitaufwand mit der täglichen Behandlung zu haben	<input type="radio"/>					
21	... weniger eigene Behandlungskosten zu haben	<input type="radio"/>					
22	... weniger Nebenwirkungen zu haben	<input type="radio"/>					
23	... eine klare Diagnose und Therapie zu finden	<input type="radio"/>					
24	... Vertrauen in die Therapie zu haben	<input type="radio"/>					
25	... gegenüber der Krankheit weniger hilflos zu sein	<input type="radio"/>					
26	... mehr Anerkennung der Urtikaria als Krankheit zu finden	<input type="radio"/>					

2. Welche Therapieziele wurden erreicht?

Die folgenden Fragen sollen klären, ob die nachfolgend genannten Therapieziele mit der jetzigen Behandlung Ihrer Hauterkrankung erreicht wurden.

Bitte nennen Sie dazu die aktuelle/letzte bei Ihnen durchgeführte Therapie(n): _____

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das zutreffende Kästchen an.
Wenn eine Aussage für Sie nicht zutrifft, dann kreuzen Sie bitte „betrifft mich nicht“ an.

Die jetzige Behandlung hat mir geholfen, ...

	gar nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr	betrifft mich nicht
1	<input type="checkbox"/>					
2	<input type="checkbox"/>					
3	<input type="checkbox"/>					
4	<input type="checkbox"/>					
5	<input type="checkbox"/>					
6	<input type="checkbox"/>					
7	<input type="checkbox"/>					
8	<input type="checkbox"/>					
9	<input type="checkbox"/>					
10	<input type="checkbox"/>					
11	<input type="checkbox"/>					
12	<input type="checkbox"/>					
13	<input type="checkbox"/>					
14	<input type="checkbox"/>					
15	<input type="checkbox"/>					
16	<input type="checkbox"/>					
17	<input type="checkbox"/>					
18	<input type="checkbox"/>					
19	<input type="checkbox"/>					
20	<input type="checkbox"/>					
21	<input type="checkbox"/>					
22	<input type="checkbox"/>					
23	<input type="checkbox"/>					
24	<input type="checkbox"/>					
25	<input type="checkbox"/>					
26	<input type="checkbox"/>					

3. Behandlungsergebnis

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das bisherige Ergebnis der Behandlung Ihrer Urtikaria.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das zutreffende Kästchen an.

Wie erfolgreich war für Sie die Behandlung bislang bezüglich ...

		gar nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr erfolgreich
1	... Ihrem körperlichen Befinden	<input type="radio"/>				
2	... Ihrem psychischen Befinden	<input type="radio"/>				
3	... Ihrer Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag	<input type="radio"/>				
4	... Ihrer sozialen Kontakte	<input type="radio"/>				
5	... Ihrer Freizeitaktivitäten	<input type="radio"/>				
6	... Ihrer Lebensqualität allgemein	<input type="radio"/>				

Möchten Sie noch weitere Angaben oder Kommentare machen?

VI. Dermatologischer Lebensqualitäts-Index (DLQI)

(Dermatology Life Quality Index; Copyright: AY Finlay, GK Kahn, 1992 * dt. Übersetzung: M Augustin, 1997, 1998

In diesem Fragebogen soll ermittelt werden, wie sehr Ihre Nesselsucht-Beschwerden in der vergangenen Woche Ihr Leben beeinflusst haben. Bitte kreuzen Sie pro Frage ein Kästchen an. Wenn eine Aussage für Sie gar nicht zutrifft, dann kreuzen Sie bitte "Entfällt" an.

1.	Wie juckend , schmerzhaft , oder brennend war Ihre Haut in der letzten Woche?	Sehr stark Stark Etwas Gar nicht	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
2.	Wie sehr haben Sie sich in der letzten Woche wegen Ihrer Haut geschämt oder verunsichert gefühlt?	Sehr stark Stark Etwas Gar nicht	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
3.	Wie sehr hat Ihr Hautzustand Sie in der letzten Woche beim Einkaufen , oder bei der Haus- und Gartenarbeit gestört?	Sehr stark Stark Etwas Gar nicht	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Entfällt <input type="radio"/>
4.	Wie stark hat Ihre Haut in der letzten Woche die Auswahl Ihrer Kleidung beeinflusst?	Sehr stark Stark Etwas Gar nicht	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Entfällt <input type="radio"/>
5.	Wie stark hat Ihre Haut in der letzten Woche Ihre sozialen Kontakte oder Freizeitaktivitäten beeinflusst?	Sehr stark Stark Etwas Gar nicht	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Entfällt <input type="radio"/>
6.	Wie sehr hat Ihre Haut Ihnen in der letzten Woche die Ausübung von Sport erschwert?	Sehr stark Stark Etwas Gar nicht	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Entfällt <input type="radio"/>
7.	Hat Ihre Haut Sie in der letzten Woche davon abgehalten zu arbeiten oder zu studieren ? Wenn "Nein", wie stark hat Ihre Haut Sie in der letzten Woche beim Arbeiten oder Studieren gestört?	Ja Nein Sehr Etwas Gar nicht	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Entfällt <input type="radio"/>
8.	Wie sehr hatten Sie wegen Ihrer Haut in der letzten Woche Probleme mit Ihrem Partner , engen Freunden oder Verwandten ?	Sehr stark Stark Etwas Gar nicht	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Entfällt <input type="radio"/>
9.	Wie sehr hat Ihnen Ihre Haut in der letzten Woche Probleme im Liebesleben bereitet?	Sehr stark Stark Etwas Gar nicht	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Entfällt <input type="radio"/>
10.	Inwieweit war die Behandlung Ihrer Haut in der letzten Woche ein Problem, z.B. durch Verunreinigung von Wäsche und Gegenständen oder durch den Zeitaufwand ?	Sehr stark Stark Etwas Gar nicht	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Entfällt <input type="radio"/>

VII. Fragebogen zur Lebensqualität von Patienten mit chronischer Urtikaria (CU-Q₂oL)

(Allergie-Centrum-Charité, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Dermatologie – deutsche Version 2008).

Anleitung: Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Fragen. Bitte lesen Sie sich jede Frage durch und wählen Sie aus den fünf Antworten diejenige aus, die für Sie am ehesten zutrifft. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, alle Fragen zu beantworten und für jede Frage nur eine Antwort zu geben.

	Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Sehr oft
Wie sehr wurden sie in den letzten 14 Tagen von folgenden Symptomen geplagt?					
1. Juckreiz	<input type="radio"/>				
2. Quaddeln	<input type="radio"/>				
3. Schwellung der Augen	<input type="radio"/>				
4. Schwellung der Lippen	<input type="radio"/>				
Geben Sie an, ob Sie in den letzten 14 Tagen in den nachfolgend aufgeführten Bereichen des täglichen Lebens von Ihrer Nesselsucht (Urtikaria) eingeschränkt wurden.					
5. Arbeit	<input type="radio"/>				
6. Körperliche Betätigungen	<input type="radio"/>				
7. Schlaf	<input type="radio"/>				
8. Freizeit	<input type="radio"/>				
9. Soziale Beziehungen	<input type="radio"/>				
10. Ernährung	<input type="radio"/>				

CU-Q₂₀L (Fortsetzung)

Fragebogen zur Lebensqualität von Patienten mit chronischer Urtikaria

	Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Sehr oft
<p>Mit den nachfolgenden Fragen möchten wir näher auf die Schwierigkeiten und Probleme eingehen, die mit Ihrer Nesselsucht (Urtikaria) verbunden sein können (bezüglich der letzten 14 Tage).</p>					
1. Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?	<input type="radio"/>				
2. Wachen Sie nachts auf?	<input type="radio"/>				
3. Sind Sie tagsüber müde, da Sie nachts nicht richtig schlafen?	<input type="radio"/>				
4. Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?	<input type="radio"/>				
5. Fühlen Sie sich nervös?	<input type="radio"/>				
6. Fühlen Sie sich niedergeschlagen?	<input type="radio"/>				
7. Müssen Sie sich bei der Auswahl der Speise einschränken?	<input type="radio"/>				
8. Belasten Sie die Krankheitszeichen, die durch die Nesselsucht (Urtikaria) auf Ihrem Körper erscheinen?	<input type="radio"/>				
9. Schämen Sie sich, öffentliche Orte aufzusuchen?	<input type="radio"/>				
10. Stellt die Anwendung von Kosmetika ein Problem für Sie dar (z. B. Parfums, Cremes, Lotionen, Badeschaum, Schminke)?	<input type="radio"/>				
11. Sind Sie bei der Wahl Ihrer Kleidung eingeschränkt?	<input type="radio"/>				
12. Schränken Sie ihre sportlichen Aktivitäten aufgrund der Nesselsucht (Urtikaria) ein?	<input type="radio"/>				
13. Leiden Sie unter den Nebenwirkungen der Medikamente, die Sie gegen die Nesselsucht (Urtikaria) einnehmen?	<input type="radio"/>				

VIII. Angaben zur Zahlungsbereitschaft

In dieser Frage geht es darum, wie hoch Sie den Wert der Abheilung Ihrer Erkrankung einschätzen würden. Dieser Wert lässt Rückschlüsse auf die Krankheitsschwere zu. Es ist selbstverständlich nicht vorgesehen, dass dieser Betrag tatsächlich für eine Therapie gezahlt werden soll.

Wie viel wären Sie maximal bereit, für die Behandlung Ihrer Hauterkrankung <u>einmalig</u> selbst zu zahlen, wenn diese zur <u>bleibenden Abheilung</u> führen würde?						
Für die dauerhafte Abheilung meiner Hauterkrankung wäre ich bereit einmalig zu zahlen...	Keine Zuzahlung	Bis 100 €	Bis 500 €	Bis 1000 €	Bis 5000 €	Über 5000 €
	<input type="radio"/>					

Welche Summe würden Sie genau zahlen? Euro _____

Wie viel wären Sie maximal bereit, für eine erforderliche Behandlung Ihrer Hauterkrankung laufend <u>pro Monat</u> selbst zu zahlen, wenn diese zur <u>Abheilung</u> führen würde, solange sie angewendet wird?									
Für die Abheilung meiner Hauterkrankung wäre ich bereit laufend zu zahlen...	Gar nichts	Bis 50 €	Bis 100 €	Bis 150 €	Bis 200 €	Bis 250 €	Bis 300 €	Bis 400 €	Über 400 €
	<input type="radio"/>								

IX. EQ – 5D (Gesundheitsfragebogen)

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz (X) in ein Kästchen jeder Gruppe machen.

Beweglichkeit/Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe einige Probleme herumzugehen
- Ich bin ans Bett gebunden

Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen
- Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Schmerzen/Körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

Angst/Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

Verglichen mit meinem allgemeinen Gesundheitszustand Während der vergangenen 12 Monate ist mein heutiger Gesundheitszustand

- besser Bitte passende
- im Großen und Ganzen etwa gleich Antwort
- schlechter ankreuzen

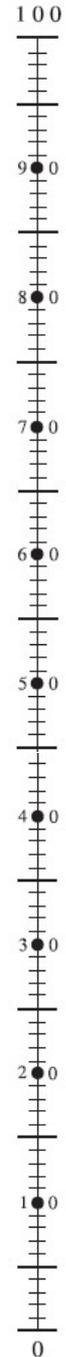
EQ – 5D (Gesundheitsfragebogen)

Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der best denkbare Gesundheitszustand ist mit einer „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“.

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

**Ihr heutiger
Gesundheitszustand**

Best
denkbarer
Gesundheitszustand



Schlechtest
denkbarer
Gesundheitszustand

→ Bitte überprüfen Sie nochmals, ob Sie alle Fragen mit einem Kreuz beantwortet haben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !