

Prävalenz und Risikofaktoren aktinischer Keratosen in Deutschland – Nutzung multipler Datenquellen in der Versorgungsforschung

Ines Schäfer¹, Thomas Kornek¹, Christina Spehr¹, Hagen Heigel², Matthias Augustin¹

¹ Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) - CVderm, ² heigel.com, Hanstedt

Hintergrund

Aktinische Keratosen (AK):

- Durch UV-Strahlung verursachte chronische Lichtschädigung an der verhornten Oberhaut.
- Carcinoma in situ. Vorstufen des hellen Hautkrebs (Plattenepithelkarzinom und Spinaliom).
- Prävalenz international: Australien 50%, Europa Frauen 6,0%; Männer bis 15%.
- Trotz hoher Häufigkeit in dermatologischer Versorgung – bisher keine repräsentativen Prävalenzdaten für Deutschland.



Probleme bei Prävalenzfassung: AK im ICD-10 Schlüssel nicht konsistent kodiert + Patienten suchen nicht in jedem Fall einen Arzt auf.

Ziel

Erfassung von Prävalenz und Versorgungshäufigkeit sowie Identifizierung assoziierter Risikofaktoren aktinischer Keratosen in Deutschland.

Methodik

Multi-Source Ansatz

Werktätigen Bevölkerung

Betriebliche Hautkrebsscreenings 2002-2008, fachärztliche Ganzkörperuntersuchungen und Interviews
Werkstätige verschiedener Branchen (16-70 Jahre)



GKV Versicherte

Sekundärdaten der DAK (6,1 Mio Versicherte), durchgängig Versicherte in 2008



Ambulantes Versorgungsaufkommen

Morbiditätsstatistik der KV Nordrhein, 2006-2012
357 dermatologische Praxen, 9,6 Mio Einwohner



Ergebnisse

Prävalenz

Die Prävalenz der AK wurde im Rahmen der betrieblichen Hautkrebsscreenings (Werkstätige) und einer Sekundärdatenanalyse mit GKV-Daten ermittelt (Tab.1). Alters- und geschlechtsstandardisiert auf die Allgemeinbevölkerung lag die Prävalenz auf Basis der Screeningdaten mit 2,7% höher als auf Basis der GKV-Datenanalyse (1,8%).

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung wäre somit von 2,2 Mio bzw. 1,5 Mio Patienten mit aktinischer Keratose auszugehen.

Studienpopulation	Gesamtkohorte (n)	AK Patienten (n)	Prävalenz Männer (%)	Prävalenz Frauen (%)	Rohe Prävalenz (%)	Standardisierte * Prävalenz (%)	95 % KI
Werkstätige	90.880	1.800	3,85	1,45	2,00	2,66	2,52-2,79
DAK Versicherte	496.870	25.434	6,61	3,95	5,12	1,80	2,80-1,81

* Standardisiert auf Gesamtbevölkerung 2007/2008 (Daten des Statistischen Bundesamtes)

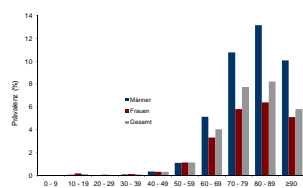


Abb. 1: DAK Versicherte. AK-Prävalenz nach Alter

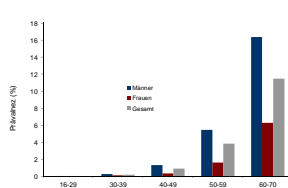


Abb. 2: Werkstätige. AK-Prävalenz nach Alter

Nach beiden Datenquellen stieg die Erkrankungshäufigkeit mit dem Alter an – bei den GKV-Versicherten bis zu einem Alter von 90 Jahren – und waren Männer in nahezu allen Altersgruppen häufiger betroffen als Frauen (Abb. 1).

Ambulante Behandlungsfälle

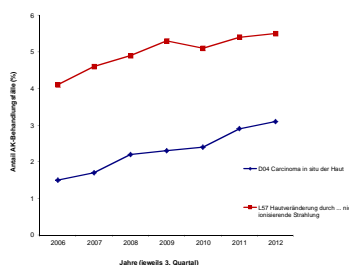


Abb. 3: Anteil AK Behandlungsfälle an 100 häufigsten Diagnosen in dermatologischen Praxen 2006 bis 2012

Die Morbiditätsstatistik der KV Nordrhein dokumentiert 209.696 AK-Diagnosen im Jahr 2011. Demnach machen AK 8,3% der einhundert häufigsten Diagnosen in dermatologischen Praxen aus. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung werden jährlich 1,7 Mio Behandlungsfälle mit AK in dermatologischen Praxen dokumentiert. Der Anteil AK am Gesamtbehandlungsaufkommen der Dermatologen ist über die letzten Jahre deutlich angestiegen (Abb. 3).

Assoziierte (Risiko-) Faktoren

Tab. 2 Mittleres Alter von Personen mit und ohne AK. Range: 16-70 Jahre (n=42.184 Beschäftigte)

	Beschäftigte mit AK	Beschäftigte ohne AK	P ≤
Alter Mittelwert (SD)	57,8 (±8,3)	43,4 (±10,9)	0,001

Aus den Daten der betrieblichen Hautkrebsscreenings lagen für 42.184 Beschäftigte standardisiert erfasste Angaben zu Hautkrebs-Risikofaktoren vor.

Als signifikant mit AK assoziierte Faktoren erwiesen sich (höheres) Alter, männliches Geschlecht, heller Hauttyp, Sonnenbrände in der Kindheit sowie solare senile Lentigines (Tab.2 + 3).

Tab. 3 Vergleich der AK-Prävalenz bei Personen mit und ohne Risikofaktor (n=42.184 Beschäftigte)

Risikofaktor	Prävalenz Risikofaktor in Studienpopulation (n=42.184)	AK Prävalenz in der Gruppe mit Risikofaktor (%)	AK Prävalenz in der Gruppe ohne Risikofaktor (%)	P ≤*
Hauttyp:				
Typ I (sehr hell)	6370 (15,1%)	3,3	1,8	0,00
Typ II	31187 (73,9%)	2,0	2,2	0,13
Typ III	4478 (10,6%)	0,7	2,2	0,00
Typ IV (dunkel)	150 (0,4%)	0,0	2,0	0,05
Solare Lentigines	17316 (41,0%)	3,3	1,2	0,00
Sonnenbrände in Kindheit	36172 (85,7)	2,1	1,7	0,02
Melanom in Vorgeschichte	202 (0,5%)	3,5	2,0	0,12
Vitiligo	322 (0,8%)	3,1	2,0	0,16
Männliches Geschlecht	22779 (54,0%)	3,0	0,9	0,00

Diskussion

Betriebliche Hautkrebsscreenings:

Sekundärdaten GKV und KV:

Vorteile und Limitationen der Datenquellen

- Selektionsbias
- Healthy Worker Effect
- + Fälle werden unabhängig von Arztbesuchen identifiziert
- Beschränkt auf GKV-Versicherte
- + Sektorenübergreifende Daten
- + Nicht anfällig für Selektionsbias

Abweichungen in der altersstandardisierten Prävalenz

2,66%

1,80%

- Verdachtsdiagnosen
- Gezieltes Screening auf Hautbefunde
- Höherer Anteil Outdoor-Worker in Beschäftigten- als in Gesamtbevölkerung
- Sekundärdaten, Abrechnungsdaten
- Inkonsistente Kodierung der AK

Fazit

- In Deutschland leiden 1,5 bis 2,2 Mio Menschen an aktinischen Keratosen.
- Es besteht ein hoher Bedarf an frühzeitiger Diagnose und Behandlung.
- Prädiktoren und Risikofaktoren sind eindeutig und einfach zu erfassen. Sie können auf Bevölkerungsbasis dazu beitragen, Personengruppen mit einem spezifischen Präventions- und Versorgungsbedarf zu identifizieren.
- Die Studienergebnisse belegen den versorgungsrelevanten Nutzen einer wissenschaftlichen Auswertung von Screening- und Sekundärdaten in der Dermatologie.