



**Schuppenflechte
im Wandel
der Zeit**



EINE UNVERSTANDENE KRANKHEIT

„Das ist doch nicht etwa ansteckend?“ Diese Frage – fast schon eine Behauptung – werden viele von Psoriasis Betroffene kennen. Und auch die Konsequenz, die der amerikanische Schriftsteller John Updike so eindrücklich formulierte: „Psoriasis hält einen in Atem, Geheimhaltungsstrategien schießen ins Kraut und die Selbstprüfung nimmt kein Ende ... Meine Qual ist hauttief... Wir Aussätzigen leben lange und sind ironischerweise in anderer Hinsicht gesund.“

„Wir Aussätzigen“, schreibt Updike, meint damit Stigmatisierung und Ausgrenzung, und weist mit diesem Begriff gleichzeitig weit in die Geschichte der Psoriasis zurück. Zu Vorstellungen, die sich erstmals im Alten Testament finden, die von griechisch-römischen Ärzten weitergetragen wurden und die noch bis in die Neuzeit das Denken bestimmten: Psoriasis und Lepra, der Aussatz also, schienen häufig eins zu sein, gemeinsam tauchten sie unter dem Begriff der Psora auf. Erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden die beiden Krankheiten abgegrenzt und die Lepra als ansteckende Krankheit erkannt. Während wir den neuen Terminus, die Ansteckung, rasch in unser Medizin-konzept übernahmen, waren zweieinhalbtausend Jahre Psora nicht ganz

so einfach zu löschen! Für viele Nicht-Betroffene bleibt die Psoriasis so noch immer eine „unverstandene Krankheit“. So „unverstanden“ die Krankheit lange in ihrem Erscheinungsbild war, so unsicher war man bei der Suche nach ihren Ursachen: sind es die falschen Körpersäfte, ist es die Unreinheit, ist es eine Prüfung für einen „echten Christenmenschen“, ist exzessive fleischliche Begierde der Grund? Und wenn man die Ursache nicht kennt, bleibt die Therapie dem Zufall bzw. dem Zeitgeist überlassen. So zeigte sich denn auch bei den therapeutischen Bemühungen erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts ein wenig Licht am Horizont.

Auf den folgenden Seiten wollen wir in sechs kurzen Kapiteln in die Geschichte der Psoriasis zurückschauen und die Entwicklung bis zum heutigen „State of the Art“ skizzieren. Dabei soll auch deutlich werden, warum die Psoriasis auch heute noch bei vielen Nicht-Betroffenen Ängste auslöst (Unser Gedächtnis ist manchmal eben sehr viel besser als wir glauben!) Zum zweiten soll der Vergleich „Früher – heute“ auch Hoffnung machen und zeigen, wie nah wir dem Ziel, „gut Leben mit Psoriasis“, schon gekommen sind.

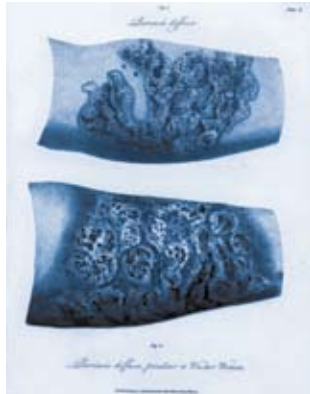
Anno 373:
„Das gefürchtetste und schlimmste Übel [ist] daß man nicht besucht und angeschaut werden darf, daß man geflohen und verabscheut wird“ (Gregor von Nazianz, griechischer Kirchenlehrer)

EINE KRANKHEIT MIT DIFFUSEM ERSCHEINUNGSBILD

Aussatz, Lepra, Psora, Leuke, Lichen, Pustulae... Hinter diesen Namen finden sich seit dem Alten Testament und der griechisch-römischen Antike sehr unterschiedliche Krankheitsbilder, auf der einen Seite Formen der Lepra, auf der anderen Hautkrankheiten wie die Schuppenflechte:

Bis zum Ende des 18. Jahrhunderts blieb das Bild der Psoriasis extrem diffus. Erst mit der sogenannten Effloreszenzenlehre, die die Hautkrankheiten nach dem äußeren Erscheinungsbild, nach den „Hautblüten“, ordnete, wurden die Abgrenzungen etwas genauer. So beschrieb der englische Arzt Robert Willan das Erscheinungsbild der Psoriasis mit „dünnen weißen Schuppen“, in „der Größe eines Silberpfennigs“, von „scheibenrunder oder ovaler Gestalt“, „mit trockenen Schuppen bedeckt und mit einem roten Rande umgeben“. Der Name, den Willan wählte, „Lepra vulgaris“, war freilich weniger hilfreich, er beschrieb vielmehr erneut die Nähe zur Lepra!

- „Und der Herr redete mit Mose und Aaron und sprach: Wenn bei einem Menschen an seiner Haut eine Erhöhung oder ein Ausschlag oder ein weißer Flecken entsteht und zu einer aussätzigen Stelle an der Haut wird, soll man ihn zum Priester Aaron führen...“ (3. Mose 13,1f.).
- In den Hippokratischen Schriften wird von einem Mann berichtet, der „an einem Juckreiz litt, von dem der ganze Körper ergriffen war, vor allem aber der Hoden und das Gesicht. Die Krankheit war sehr heftig, überall am Körper war die Haut stark verdickt, vom Aussehen her wie Lepra ... Diesem Kranken konnte niemand helfen“.



T. Bateman, Delineations of cutaneous diseases, 1817

DIE KRANKHEIT HAT EINEN NAMEN

Anno 1860 kritisierte denn auch der Österreicher Ferdinand von Hebra seinen englischen Kollegen: „... wird es jedem Sachkundigen wohl klar werden, dass es Willan mit der Charakteristik seiner Psoriasis nicht gar genau genommen hat“. Hebra fährt dann fort:

„Die einzelnen Effloreszenzen stehen im Beginne der Erkrankung stets isoliert und treten erst im weiteren Verlauf näher aneinander oder sie verschmelzen ganz miteinander. Bei der Psoriasis ist zwar meistens die ganze Haut an verschiedenen Punkten Sitz der Erkrankung mit besonderer Prä dilection [Bevorzugung] der Ellbogen und Knie, aber gewöhnlich sind die inselförmig zerstreuten Effloreszenzen durch größere oder kleinere gesunde Hautpartien von einander getrennt...“.

Die von Hebra vorgeschlagenen Klassifikation der Hautkrankheiten setzte sich rasch durch. Sein Kollege E. Wilson schrieb enthusiastisch: Er „löst den gordischen Knoten. Das Ekzem nennt er Ekzem, die Lepra, Lepra, und die sehr verbreitete Krankheit, die wir bis heute als Lepra bezeichnen, nennt er Psoriasis. Dieser Begriffswechsel ist einfach,

der Grund dafür aber bedeutend. Wir können nichts besseres tun, als ihn zu akzeptieren“.

Heute sprechen wir von der Psoriasis vulgaris, der gewöhnlichen Psoriasis vom Plaque-Typ oder je nach Erscheinungsform z. B. auch von einer Psoriasis generalisata, die überall auf der Haut auftritt. Oder einer Psoriasis nummularis, die sich durch runde, an Münzen erinnernde Plaques (Willans Silberpfennig!), zeigt. Und typische Merkmale sind das Kerzenwachsphänomen, das Phänomen des letzten Häutchens und das Phänomen des blutigen Taus.



F. von Hebra, Briefmarke, 20. Jh.

ANGST UND STIGMATISIERUNG

Vor dem Hintergrund der unklaren medizinischen Situation war der „*diagnostische Spruch*“ für die Betroffenen von immenser Bedeutung. Der Spruch „*rein oder unrein*“ – im medizinischen Sinn also ansteckend oder nicht – war entscheidend für ihr weiteres Leben! Denn das Sicherheitsbedürfnis und die Angst der Mitmenschen musste dazu führen, dass die „*Unreinen*“ ausgegrenzt wurden. Wer aber traf diese Entscheidung?

Im Alten Testament war die Aussatz-Diagnostik eine religiöse Angelegenheit: Man solle den Kranken „*mit aussätziger Stelle an der Haut zum Priester Aaron führen, oder zu einem unter seinen Söhnen, den Priestern*“, heißt es dort. Nach dem profanen Intermezzo in griechisch-römischer Zeit wurde die Zuständigkeit im Mittelalter geteilt: „*Es ist nur den Würdenträgern der Kirche erlaubt, diejenigen, die aufgrund des rätselhaften Urteils Gottes mit dem Aussatz geschlagen sind, nach einer ärztlichen Prüfung aus der Gemeinschaft der Menschen auszugrenzen*“.

Entweder waren die Betroffenen als sogenannte Feldsiechen in die Umgebung der Siedlungen verbannt oder sie wurden in Leprosorien, also Aussätzigen-

Häuser, eingewiesen. Im dritten Buch Mose hatte es noch geheißt: „*Wer nun aussätzig ist, soll zerrissene Kleider tragen und das Haar lose und den Bart verhüllt und soll rufen: unrein, unrein!*“ Zweitausend Jahre später war der Ruf durch die Lepra-Klapper abgelöst worden: Die Ausgegrenzten mussten damit ihr Kommen ankündigen!

Dass die Kirche an der Diagnostik maßgeblich beteiligt war, lag natürlich auch daran, dass man die Krankheit als von Gott gesandt interpretierte. Fleischliche Begierde, Zorn und Unmäßigkeit im Essen und Trinken galten als Auslöser für die Gottesstrafe. Franz von Assisi dagegen verstand den Aussatz als Prüfung: für die Betroffenen, aber auch für die Mitmenschen, die durch die Pflege der Ausgegrenzten besonders gottgefällig handeln konnten.

Die griechisch-römischen Ärzte hatten dagegen natürliche Erklärungen herangezogen. So drohten Krankheiten immer dann, wenn die Körpersäfte – Blut, Schleim, schwarze und gelbe Galle – aus dem Gleichgewicht geraten waren: Die Psora entstehe aus „*schwarzgalligen Säften*“ heißt es etwa bei Hippokrates. Das Krankheitskonzept der sogenannten

Viersäftelehre war übrigens bis ins 19. Jahrhundert hinein weitgehend akzeptiert. Erst als man mit immer besseren Mikroskopen die Zellen entdeckte und Bakterien isolierte, änderte sich das medizinische Weltbild. In den Jahren 1873-1880 wurde die Lepra als ansteckende Krankheit erkannt und *Mycobacterium leprae* als Erreger nachgewiesen. Und die Entstehung der Psoriasis? Hier tat man sich noch schwerer. Der Verlauf der Psoriasis, der Einfluß äußerer Faktoren, die Vorgänge in den Hautzellen selbst und Fragen der Erblichkeit gerieten ins Zentrum der „*Ermittlungen*“. Auf der Basis neuer Erkenntnisse in der Genforschung, der Immunologie und der Stoffwechselprozesse der Zellen kristallisierte sich das heutige Verständnis heraus. Durch genetische Veranlagung und durch Umweltfaktoren (z. B. Stress) kommt es zur Entzündung der Haut, zu einer massiven Steigerung der Zellteilung von Oberhautzellen und zum Entstehen von schuppigen, entzündlichen Hautveränderungen, den Plaques.



C. Roselli, Christus heilt einen Leprakranken, 15. Jh.



H. von Gersdorff, Feldtbuch der Wundartzney, 1517



Leprakranker mit Klapper, Miniatur, 15. Jh.

ERSTE BEHANDLUNGSVERSUCHE

Wer die Krankheit als Gottesstrafe begriff, für den stand Buße ganz oben auf der therapeutischen Agenda. Gebet und Wallfahrt waren die Hilfsmittel, Heilige wie Antonius der Große oder Quirinus von Rom aus deren Vita Wunderheilungen überliefert waren, konnten um Hilfe angerufen werden. Und in den Wallfahrtsorten wurden kleine „Schluckbilder“ aus Papier mit dem Bild der Heiligen feilgeboten.

Für den, dem Buße oder Schluckbild allein nicht halfen, gab es eine große Zahl von Angeboten, die Heilung versprachen. Die Docotores medicinae, also die Ärzte, die eine Universität besucht hatten, versuchten entsprechend der Viersäfte-Doktrin, die „schwarzgalligen Säfte“ aus dem Körper zu schaffen. Abführ- und Brechmittel aus unterschiedlichen Pflanzenextrakten standen im Vordergrund ihrer Therapie. Da man zudem vermutete, dass auch eine übermäßige Abkühlung der Körpersäfte die Krankheit begünstigte, setzte man zusätzlich auf die Wärmetherapie. So empfahl z. B. Hildegard von Bingen, christliche Mystikerin und Heilerin, folgende Rezeptur: Zerkleinerter Schwalbenkot und Klettenkraut, das mit Storchens- und Geierfett und mit Schwefel zu einer Salbe verar-

beitet wurde. Damit sollte der Patient im Schwitzbad eingerieben werden. Durch die Wärme des Schwefels, des Schwalbenkots und des Storchfettes sollte der „Aussatz-Stoff“ aufgelöst, von der kalten Materie der Klette zerfressen und durch die Fette herausgezogen werden.

Solche aus der Theorie begründeten Rezepturen wurden in der Volksmedizin oft radikal vereinfacht: Gegen „die Flechten oder Zittermäher der Haut“, überhaupt gegen jede „schuppichte Rüdigkeit“, sei „Koth aus einem Schwalbennest mit Honig zum Sälbgen gemacht“ die rechte Hilfe. Man müsse sich nur „fleißig damit schmieren“, heißt es in der 1697 erschienenen „Dreck-Apotheke“. Andere Hausrezepte loben ein „Sälblein“ aus „Jungfrau-Milch ... Limonen-Safft, Bleyweiß in Rosen-Wasser gewaschen, Goldglätt in Eßig gewaschen und Eyer-Oehl“.

Die genannten Mixturen orientierten sich primär an der Idee der „*Contraria contrariis*“; also daran, die Krankheit mit einem Gegenmittel zur vermuteten Krankheitsursache zu bekämpfen. Ganz anders dagegen die Idee des „*Similia similibus*“: Gleiches mit Gleichem zu bekämpfen, war hier die Devise: Ähnel-

ten nicht die dickhäutige Haut des Igels, die sich häutende Schlange, rauhbältiger Borretsch oder auch Algen dem Erscheinungsbild der Psoriasis? Was lag da näher als die entsprechenden Tiere und Pflanzen therapeutisch zu nutzen? „Gegen Leberflecken, Flechten, Aussatz, weiße oder schwarze Flecken“ empfiehlt so der römische Arzt Dioscurides eine Algensorte „die dicht ist und von schwammigem Aussehen, dabei stinkend und schwer, mit Fischgeruch ...“.

Heute beginnt die äußerliche Behandlung der Psoriasis mit der richtigen Hautreinigung, am besten mit rückfettenden Seifen, z. B. mit Glycerin, Vitamin E oder Kollagen, um den Säureschutzmantel der Haut zu erhalten. Um ein zu starkes Entfetten und Austrocknen der Haut zu verhindern, gilt beim Duschen oder Baden die Devise „*Weniger ist mehr*“. Zudem sind rückfettende Dusch- und Badezusätze empfehlenswert. Beim Abtrocknen reizt vorsichtiges Trockentupfen die Haut weniger als kräftiges Abrubbeln. Und statt der im Mittelalter vorgeschriebenen „härenen Gewänder“ sind weiche Stoffe wie z. B. Baumwolle empfehlenswert.



Hildegard von Bingen, Briefmarke, 20. Jh.



Heilige Elisabeth, Ölgemälde, 15. Jh.

EXPERIMENTE UND ERFORSCHUNG NEUER THERAPIEN

Wurden in der Antike vor allem tierische und pflanzliche Stoffen therapeutisch genutzt, so kamen im 16. Jahrhundert – nicht zuletzt gefördert durch den medizinischen Revolutionär Paracelsus – Metalle und Mineralien hinzu. In der Praxis der Psoriasis-Therapie sah das dann wie folgt aus: Um die Körpersäfte in Bewegung zu bringen, wurde Quecksilber-Salbe und danach Quecksilberchlorid-Pillen verabreicht. *„Am dritten Tage traten die ersten Erscheinungen einer Quecksilbervergiftung auf, aber der Arzt setzte die Behandlung fort und stellte zufrieden fest, daß bald ein starker Brechreiz einsetzte. Als nach einigen weiteren Tagen die Menge des täglich Erbrochenen nicht mehr zunahm, wurde die Quecksilberbehandlung abgesetzt und die weitere Entleerung der vermeintlich schadhafte Körpersäfte durch Abführmittel angestrebt“.* Als die geschwächte Patientin auch nach einigen weiteren Versuchen nicht geheilt war, brach der Arzt die Prozedur ab und stellte enttäuscht fest: *„Die Krankheit sprießt weiterhin und zeigt ihre unnachgiebige Natur“* (nach Saalman).

Quecksilber blieb übrigens eines der beliebtesten Arzneimittel und behauptete bis zum Ende des 19. Jahrhunderts

einen Platz unter den Top Ten der Verordnungen. Diesen Platz konnten ihm auch arsenhaltige Mittel nicht streitig machen. Mit ihnen hatte man zwar häufig die Symptome der Psoriasis im Griff, allerdings um den Preis so schwerer Nebenwirkungen, dass man Arsen in der Regel nur als *„letztes Mittel“* verwendete.

Seit den Entdeckungsfahrten nach Asien und nach Amerika im 15. Jahrhundert war der europäische Arzneischatz um exotische Stoffe bereichert worden. Bei der Psoriasis dauerte es allerdings bis ins Jahr 1876 bis ein solches Exotikum Karriere machte, das *„Goa-Pulver“*. Es wurde aus dem ursprünglich in Brasilien heimischen Aroroba-Baum gewonnen, den die Portugiesen in ihre Besitzung Goa an der indischen Westküste gebracht hatten.

Als Wirkstoff konnte man Chrysarobin, einen Vorläufer des 1916 synthetisierten Dithranols isolieren. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurde das therapeutische Arsenal von der jungen pharmazeutischen Industrie ergänzt: Ammoniak, Terpentin, Naphtol, Teer, Thymol und Salicylsäure boten neue Ansätze zur Behandlung der Psoriasis.

Zusammen mit den Erkenntnissen zur Diagnostik und zur Krankheitsentstehung führte der Ausbau der therapeutischen Möglichkeiten zu einer Euphorie der Hautärzte: *„Diese Krankheit [ist] nicht nur behandelbar, sondern auch heilbar“*, hieß es anno 1899! 40 Jahre später war allerdings wieder Ernüchterung eingetreten, nun meinte man, die Behandlung der Schuppenflechte sei Gift für das Ego eines jeden Hautarztes!

In der Folge markierte vor allem die Entwicklung der Kortison-Präparate sowie die Entdeckung der Vitamin D₃ Analoga einen wesentlichen Fortschritt in der Therapie. Während Kortison in der entzündlichen Phase der Psoriasis hilfreich ist, verhindern Vitamin D₃-Analoga wie Calcipotriol die Zellteilung der Keratozyten, also der Zellen der Oberhaut. Für die äußerliche Therapie stehen damit heute Salben, Cremes oder Lotionen mit herkömmlichen Stoffen wie Teer, Dithranol oder Salicylsäure und mit neueren Wirkstoffen wie Kortison oder Vitamin D₃ Analoga (auch als Kombinationspräparat) zur Verfügung. Für schwere Formen der Krankheit wie die Psoriasis-Arthritis werden Präparate zur innerlichen Anwendung eingesetzt.

Auch hier wurde in den letzten rund 50 Jahren eine breite Palette an Alternativen entwickelt, von Methotrexat bis hin zu monoklonalen Antikörpern.



Paracelsus, Lithographie, 19. Jh.



Leprakranken, Miniatur, 15. Jh.

LICHTTHERAPIE – GESTERN UND HEUTE

„Eine meiner ersten Beobachtungen und zugleich eines meiner Argumente, die die Nützlichkeit des Lichts betrafen, war folgende: Unter meinem Fenster befand sich ein flaches Dach, das halb von der Sonne beschienen war, auf dem Dach lag eine Katze und sonnte sich, drehte und streckte sich und schien sich sehr wohl zu befinden. Kurz darauf erreichte sie der Schatten und die Katze flüchtete sich in den Sonnenschein ... Dabei kam mir der Gedanke an Sonnen- und Lichtbäder“, schrieb der dänische Arzt Niels Finsen.

Dieser Gedanke war natürlich keine dänische Entdeckung! Die Heilwirkung des Sonnenlichts war schon den „alten“ Ägyptern bekannt: So finden sich auf Papyri Rezepturen nach denen Patienten ein Sonnenbad empfohlen wurde, nachdem sie mit speziellen harzhaltigen Salben eingecremt worden waren. Auch römischen Ärzten war die heilsame Wirkung des Lichts durchaus bekannt.

Die neuzeitliche Lichttherapie beginnt im 18. Jahrhundert als die ersten Sonnenlicht-Sanatorien eingerichtet werden. Zur modernen Phototherapie mit künstlichen Lichtquellen war der Weg allerdings noch lang:

- 1666 entdeckte Isaak Newton die sieben Regenbogenfarben des Lichts
- 1742 stellte Christian Winkler die erste künstliche Lichtquelle her
- 1800 berichtete Wilhelm Herschel über die Infrarotstrahlen
- 1801 wies Johann Ritter die ultraviolette Strahlung nach.

Für die Hauttherapie war das UV-Licht damit allerdings noch nicht verfügbar. Dazu bedurfte es – siehe oben – der Anregung durch die Katze des Niels Finsen! Auf der Basis der Erkenntnisse der Strahlenphysik und der Erfahrungen mit der Herstellung künstlichen Lichts entwickelte der dänische Arzt eine Kohlenbogenlampe mit stark ultraviolettem Licht, die sogenannte „Finsen-Lampe“. *„In Anerkennung seines Beitrages an der Behandlung von Krankheiten ... mit konzentrierter Lichtstrahlung, durch die er der medizinischen Forschung einen neuen Weg eröffnete“,* erhielt Finsen 1903 den Nobelpreis für Medizin.

Finsen beschäftigte sich übrigens auch mit der schädigenden Wirkung zu intensiver Sonnenstrahlung – und

empfohl lange vor der „*Braun-ist-schön-Mode*“ – einfache Schutzmaßnahmen für die Haut!

Finsen hatte seine UV-Strahlen zunächst vor allem bei Patienten mit Lupus vulgaris, der Tuberkulose der Haut, eingesetzt. Erst 20 Jahre später wurde die Wirksamkeit des UV-Lichts bei der Behandlung der Psoriasis beschrieben. In den nächsten Jahren ging es zum einen darum, die Lichtsensibilität der Haut vor einer UV-Bestrahlung zu erhöhen, und zum zweiten darum, das UV-Spektrum mit Hilfe neuer Bestrahlungstechniken zu variieren und besser zu nutzen. Zur Erhöhung der Photosensibilität arbeitete man z. B. mit Steinkohlenteersalben oder der Einnahme des Samens der Knorpelmöhre.

Heute hat sich die Phototherapie als wichtige Säule der Psoriatistherapie etabliert. Mit den kurzwelligigen UV-B-Strahlen erreicht man dabei die obere Hautschicht, mit den langwelligigen UV-A-Strahlen die mittlere Hautschicht, die Lederhaut. Für die Photosensibilisierung wird vor allem der Pflanzenextrakt Psoralen eingesetzt und unter dem Begriff PUVA verbirgt sich so das heutige Standardverfahren der Photochemo-

therapie: Psoralen plus UV-A. Daneben hat sich die Balneophototherapie entwickelt: Dabei wird die ambulante UV-B-Bestrahlung mit Salzbädern kombiniert.



N. Finsen, Fotografie, 19. Jh.



Papyrus Smith, Fotografie, 19. Jh.



Platen, Naturheilkunde, 1900

VOM PUDERN, BADEN UND DEM SELBSTBEWUSSTSEIN

Wie gesehen, begann die moderne Therapie der Schuppenflechte erst Ende des 19. Jahrhunderts. Weil man aber auch im 17. oder 18. Jahrhundert schon gern Haut zeigte, hatten „*Cosmetica medicamenta*“ Hochkonjunktur: „*Schminck-Artzeneyen*“, heißt es in einem Lexikon des 18. Jahrhunderts, „*sind solche Mittel, mit welchen man sich eine weisse, reine und weiche Haut machen, und die Blattern-Flecken ... und andere Unreinigkeiten an den Händen und vornemlich am Gesichte wegbringen ... kan*“. So wurde also gesalbt und gecremt, und, weil das gängige Schönheitsideal die weiße Haut war, wurde intensiv gepudert. Auf der so vorbereiteten bzw. verdeckten Haut setzten dann Schönheits- bzw. Schminkpflästerchen – im Gesicht, auf den Schultern oder dem Dekolletee – zusätzlich Akzente. Dem Selbstbewusstsein eines Psoriasis-Patienten dürfte diese Mode und das Schönheitsideal wohl zuträglich gewesen sein. Der Haut ganz bestimmt nicht!

In der Tradition der Ausgrenzung verwurzelt waren dagegen Anweisungen wie sie sich im Mittelalter für öffentliche Badehäuser fanden. Da sollten die Hautkranken „*daheim seinem Stüblein*

oder aber auf wenigst sein eigenes Badezeug achten und zu Zeit als nit viel Leut im Bad sind, früh oder spät, sich in der Badstüb schröpfen lassen“. Dem Rat „daheim“ folgte der französische Revolutionär Jean Paul Marat, hielt es aber ansonsten eher mit den so verhassten royalen Vorfahren: Statt im Bett empfang der radikalste Anführer der französischen Revolution Besucher u. a. in seiner Sitzbadewanne:

„Seine Haut ist flammig und gelb Weil von einem Ausschlag entstellt Das kühle Wasser in dem er sitzt Lindert das Fieber das ihn erhitzt“,

schreibt Peter Weiss in seinem Drama „*Die Verfolgung und Ermordung Jean Paul Marats*“. Marats letzte Besucherin, Charlotte Corday, nutzte die Situation für die Ermordung ihres politischen Gegners.

Überhaupt, Prominente und die Schuppenflechte! Die Politiker Winston Churchill und Josef Stalin, die Dichter August Strindberg und Vladimir Nabokow, Schauspielerinnen und Sängerinnen wie Romy Schneider und Zarah Leander, die Liste der Berühmtheiten, die unter Psoriasis litten, ist lang.

Und manche waren überzeugt, dass sie es ohne ihre Erkrankung in ihrem Beruf nie soweit gebracht hätten! Vielleicht weil sie gelernt hatten, an sich zu glauben und die Probleme zu überwinden. Zum Beispiel die Jahrtausende alte Stigmatisierung: „*Personen ... bei denen sich z. B. Schuppen ... ablösen und ins Wasser übergehen ist der Zutritt ins Schwimmbad nicht gestattet*“, hieß es noch bis zum Jahr 2005 in der Musterbadeordnung für öffentliche Schwimmbäder!

LITERATUR

E. Jung, Kleine Kulturgeschichte der Haut, 2007
John Updike, Der Zentaur, 1966
G. Saalmann, H. Schlange-Schönigen, Die Psoriasis. Geschichte und Therapie vom Altertum bis zur Gegenwart, 1991
www.psorinfo.de

BILD

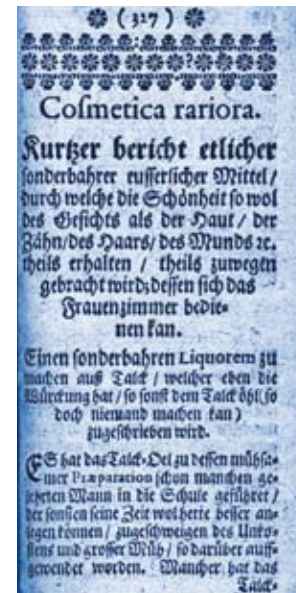
Visual Language Library – The Art of Anatomy
Medicina preciosa – Antiquariat für Medizin
www.medicina-preciosa.de,
Anticmed Imagebank – Dr. med. K. F. Gruber-Gerardy
Bibliothek des Instituts für Theorie, Ethik und Geschichte der Medizin – Johannes Gutenberg Universität Mainz
Senckenberg Bibliothek, Frankfurt
www.visipix.com
www.commonswikimedia.org

Wir bedanken uns bei allen Institutionen, Bibliotheken, Bildarchiven und Sammlungen für die freundliche Unterstützung.

IMPRESSUM

Idee und Konzept: medbrain – Die Ideenfabrik, www.medbrain.de
for, creative communication | Wiesbaden

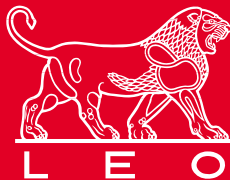
„*Ich weiß, es wird einmal ein Wunder gescheh'n*“, hatte Zarah Leander gesungen. Zugegeben, das Wunder der Heilung der Schuppenflechte ist bis heute ausgeblieben! Mit den kleinen, aber sichtbaren Fortschritten in der öffentlichen Wahrnehmung und mit den Siebenmeilenstiefel-Fortschritten in Diagnostik und Therapie ist für viele Betroffene dennoch ein kleines Wunder Wirklichkeit geworden, ein Wunder in vier Worten: Gut leben mit Psoriasis!



J. Muffatz, *Cosmetica rariora*, 1593

gut leben
mit
Psoriasis

www.psorinfo.de



LEO Pharma GmbH

Frankfurter Straße 233, A3 · D-63263 Neu-Isenburg

Telefon: (06102) 201-0 · Telefax: (06102) 201-200

www.leo-pharma.de