

Management einer Systemerkrankung

Praktisches Vorgehen in der Psoriasis­therapie

Andreas Körber, Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Essen

Zusammenfassung

Die immer differenziertere Betrachtung der Psoriasis vulgaris als systemische Entzündung mit Komorbiditäten wie Diabetes mellitus, metabolisches Syndrom, Dyslipoproteinämie oder Psoriasis-Arthritis bedeutet eine Herausforderung für Diagnostik und Therapie. In diesem Artikel möchten wir aus dem aktuell verfügbaren Wissen konkrete Handlungsempfehlungen ableiten.

Schlüsselwörter: Psoriasis vulgaris, Psoriasis-Arthritis, Psoriasis-Netzwerke, Impfung, Infektion, Schwangerschaft

Abstract

The more and more differentiated view on psoriasis vulgaris as a systemic inflammation with comorbidities like diabetes mellitus, metabolic syndrome, dyslipoproteinemia, or psoriatic arthritis is a challenge concerning diagnostics and therapy. In this article, we would like to deduce practical recommendations from the currently available knowledge.

Key words: psoriasis vulgaris, psoriatic arthritis, networks of psoriasis, vaccination, infection, pregnancy

Die Psoriasis vulgaris ist eine Paradeerkrankung der Gruppe der inflammatorischen Dermatosen. Durch immer besseres Verständnis ihrer Pathophysiologie werden die medikamentösen Optionen zielgerichteter, außerdem können die systemischen Assoziationen durch Daten von großen Patientenkollektiven immer klarer herausgearbeitet werden.

Die immer differenziertere Betrachtung der Psoriasis vulgaris als systemische Entzündung bedeutet eine Herausforderung für Diagnostik und Therapie. Durch die Kenntnis relevanter Komorbiditäten wie Diabetes mellitus, metabolisches Syndrom, Dyslipoproteinämie oder Psoriasis-Arthritis muss der Dermatologe mehr und mehr die Rolle des zentralen Koor-

dinators übernehmen. Allerdings ist bereits die leitliniengerechte Diagnostik, Aufklärung und Therapieeinleitung eines Patienten mit schwerer Psoriasis im Praxisalltag immer schwerer realisierbar, angesichts zeitlicher Verdichtung und ungenügender Vergütung. In diesem Artikel möchten wir daher aus dem aktuell verfügbaren Wissen konkrete Handlungsempfehlungen ableiten.

Wir müssen uns als Dermatologen an systemische Implikationen primärer Dermatosen gewöhnen und versuchen, diese reibungsarm in unseren Tätigkeitshorizont zu integrieren. Bei der Psoriasis haben wir klare Therapieziele und mittlerweile ein ausreichend großes Arse-

nal, um diese bei nahezu allen Patienten zu erreichen.

Diagnostik

Es wird empfohlen, bereits bei der Erstvorstellung des Patienten eine möglichst vollständige Erfassung der Erkrankung anzustreben. Dazu zählt sowohl ein exaktes Erfassen des kutanen Ausmaßes als auch ein Abfragen wichtiger Komorbiditäten. Zur Dokumentation der kutanen Krankheitsschwere stehen uns verschiedene Instrumente zur Verfügung: Mittels **BSA (body surface area)** kann der prozentuale Anteil der betroffenen Haut bestimmt werden, wobei einer Handinnenfläche circa ein Prozent der Körperoberfläche entspricht. Seit Jahren bekannt ist der **PASI (psoriasis activity and severity index)**. Die Berechnung des PASI-Wertes aus den Einzelwerten ist übrigens – anders als das Erheben der Einzelwerte! – keine zwingend ärztliche Tätigkeit und kann aus Zeitgründen delegiert werden. Es wird empfohlen, ein- bis zweimal pro Jahr ein PASI-Training mit allen Mitarbeitern durchzuführen, die selbst einen PASI erheben, um die Streuung der Werte möglichst gering zu halten.

Obligat sollte das Erfassen der Lebensqualität mittels des **dermatologischen Lebensqualitätsindex (DLQI)** sein.

Ist einer dieser drei Werte größer als zehn, ist dies eine Indikation zur Systemtherapie. Alle Indizes können kostenfrei aus dem Internet bezogen werden.

Der **PGA (physician global assessment)** wird insbesondere in Studien erhoben und ist in Deutschland weniger verbreitet als der PASI.

Das Erfassen der hautfernen Komorbiditäten ist weitgehend durch standardisierte Patientenfragebögen möglich. Diese sollten als Minimum die Medikamente des Patienten

| | | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|--|--|---|
| kardiovaskuläre Erkrankung | Anamnese | Verwandte 1. Grades mit schwerer KHK, pAVK schwere bzw. mittelschwere Psoriasis > 10 Jahre | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja | Prädisponierende Faktoren ↓ <i>Optimierung der Lebensgewohnheiten</i> | |
| | Lebensweise | Inaktivität (kein Sport, kein Fahrrad, viel Auto) Nikotinabusus | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja | | |
| | metabolisches Syndrom | Blutdruck (RR) | syst. > 140 mmHg, diast. > 90 mmHg | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Erhöhtes Komorbiditätsrisiko ↓ <i>Überweisung zur Abklärung erwägen</i> <ul style="list-style-type: none"> • Hausarzt • Internist • Psychiater |
| | | Blutfette | nüchtern TG > 100 mg/dl LDL-Chol. > 70–100 mg/dl HDL-Chol. < 45 mg/dl | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Mikroalbuminurie | | zwischen 20–200 mg/d | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | | |
| Körpermasse | BMI: > 30 kg/m ² Taillenumfang: F > 88 cm, M > 102 cm | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | | | |
| Glukose-SW | HbA1c: ≥ 6,5 % (≥ 48 mmol/mol) oder Nüchtern-BZ: ≥ 126 mg/dl (≥ 7 mmol/l) oder oGTT: ≥ 200 mg/dl (≥ 11,2 mmol/l) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | | | |
| psychische Erkrankung | 2-Fragen-Test | Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja | 2 x Ja Summe aller Punkte Männer: 4 oder mehr Frauen: 3 oder mehr | |
| | AUDIT-C | Wie oft trinken Sie Alkohol? | 0 <input type="checkbox"/> nie | 1 <input type="checkbox"/> etwa 1 x pro Monat 2 <input type="checkbox"/> 2–4 x pro Monat 3 <input type="checkbox"/> 2–3 x pro Woche 4 <input type="checkbox"/> 4 x oder öfter pro Woche | | |
| | | Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie dann typischerweise? | 0 <input type="checkbox"/> 1 oder 2 | 1 <input type="checkbox"/> 3 oder 4 2 <input type="checkbox"/> 5 oder 6 3 <input type="checkbox"/> 7 oder 8 4 <input type="checkbox"/> 9 oder mehr | | |
| | Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als sechs alkoholische Getränke getrunken? | 0 <input type="checkbox"/> nie | 1 <input type="checkbox"/> seltener als 1 x pro Monat 2 <input type="checkbox"/> 1 x pro Monat 3 <input type="checkbox"/> 1 x pro Woche 4 <input type="checkbox"/> täglich oder fast täglich | | | |

Ein Glas Alkohol entspricht:
 0,33 l Bier,
 0,25 l Wein / Sekt
 0,02 l Spirituosen

Abb. 1: Checkliste zur Abklärung der assoziierten Komorbiditäten (modifiziert nach Wohlrab).

und bekannte Komorbiditäten abfragen, speziell einen arteriellen Hypertonus, eine Dyslipidämie, eine Mikroalbuminurie und einen Diabetes mellitus. Ergänzend sollte auf die Lebensgewohnheiten, den BMI, den Gelenk-

status und auf vorliegende Depressionen geachtet werden. Auch hierzu existieren sehr gute Vorlagen, welche das Abfragen in kurzer Zeit ermöglichen (Abb. 1).

Entscheidend für die regelmäßige Durchführung ist, neben der Kenntnis der zu erhebenden Parameter, eine den Praxisgegebenheiten angepasste Organisation, da ein Großteil der Parameter von nicht-ärztlichem

Personal erhoben werden kann. Schulungen hierfür werden von verschiedenen Industriepartnern angeboten. Auch sollte darauf geachtet werden, dass die Trias aus Nagelbeteiligung, Anarhagade und einer Psoriasis capitis auch bei leichten Formen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine Psoriasis vulgaris assoziiert ist.

Therapieziele

Die oben beschriebene notwendige Diagnostik geschieht nicht zum Selbstzweck, sondern dient der Verfolgung der uns selbst auferlegten Therapieziele, welche wir mit der Implementierung der S3-Leitlinie aufgestellt haben. Hintergrund der Therapieziele ist ein schweregradabhängiges Abwägen einer notwendigen Behandlung zur Reduktion der Krankheitschwere an der Haut. Das Aufstellen klarer Therapieziele ist ein enormer Fortschritt und soll dem behandelnden Arzt helfen, die Effektivität seiner gewählten Therapie zu kontrollieren.

Neben der Reduktion der Krankheitschwere an der Haut soll eine Steigerung der Lebensqualität Ziel der Psoriasisstherapie sein. Wie in verschiedenen Arbeiten gezeigt wurde, kann durch das Einleiten einer Systemtherapie neben der kutanen Krankheitsschwere auch das Ausmaß der systemischen Entzündung reduziert werden.

Das Maß für eine gut funktionierende Psoriasisstherapie sollte eine Reduktion des PASI um 75 Prozent sein. Als absolutes Minimum wird in der Leitlinie eine PASI-Reduktion um 50 Prozent genannt, in Abhängigkeit von einer begleitenden guten Lebensqualität, doch dies sollte nur in Ausnahmefällen als ausreichend akzeptiert werden.

Essenziell ist es zudem, die Therapieziele in einer von Anfang an klar definierten Zeit-

spanne zu erreichen, in der Regel in vier bis maximal sechs Monaten. Falls die Ziele danach nicht erreicht wurden, sollte über eine Therapieeskalation und/oder eine Umstellung der Initialtherapie nachgedacht werden.

Sekundäre Therapieziele können und sollten mit dem Patienten individuell vereinbart werden. Als sekundäre Therapieziele können alle Faktoren angesehen werden, die den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen. Beispiele für sekundäre Therapieziele: Gewichtsreduktion, Beginnen mit körperlicher Aktivität, Verzicht auf oder Reduktion von Nikotin beziehungsweise Alkohol; bei Belastungsreaktion oder Depression der Start einer begleitenden Psychotherapie.

Umsetzung der Therapien – lokales Netzwerk

Mit der S3-Leitlinie haben wir eine exzellente Leitlinie an der Hand, die unter wissenschaftlichen Aspekten und unter Berücksichtigung der verfügbaren Literatur erarbeitet wurde. Sie informiert uns detailliert über alle einzusetzenden medikamentösen Optionen. Insbesondere die Beschreibungen der einzelnen Präparate mit Vor- und Nachteilen sowie den zu beachtenden Nebenwirkungen und Interaktionen sind ein wertvoller Informationsschatz für jeden systemisch behandelnden Dermatologen.

Die Leitlinie sollte bei Unklarheiten als Quelle genutzt werden. Im praktischen Alltag kann und soll sie jedoch keine Vorauswahl treffen, welches Medikament wir beim einzelnen Patienten als Erst- oder Zweitlinientherapie einsetzen. Vor diesem Hintergrund haben wir in Essen ein lokales Netzwerk gegründet, unter Beteiligung von klinisch und niedergelassenen tätigen Dermatologen. Wir wollten an der Psoriasisstherapie interessierte Kollegen

finden und mit ihnen zusammen Qualitätsstandards abstimmen, welche die Versorgung der Psoriasispatienten verbessern und gleichzeitig die verfügbaren (zeitlichen) Ressourcen soweit wie möglich schonen.

Im Zuge der Netzwerkgründung haben wir regelmäßig interne Fortbildungen und Fallbesprechungen veranstaltet und per Konsens eigene Therapiealgorithmen erstellt (Abb. 2, 3). Diese Algorithmen sind an die Leitlinie angelehnt. Allerdings versuchten wir gleichzeitig, eine klare Empfehlung zu geben, in welcher Reihenfolge welche Medikamente von allen Netzwerkteilnehmern eingesetzt werden sollen. Ergänzend haben wir Blutroutinen und Aufklärungsbögen implementiert und harmonisiert, um Reibungspunkte im Alltag zu minimieren. Die gezeigten Algorithmen sind ohne Gewähr und dienen lediglich der internen Nutzung in unserem Netzwerk. Nach etwa zwei Jahren im praktischen Einsatz können wir als Zwischenfazit aber eine durchweg positive Bilanz ziehen: Denn unserer Ansicht nach hat gerade das einfache Herunterbrechen der Therapien und der dazugehörigen Prozeduren die Qualität der Versorgung in unserem Gebiet deutlich verbessert.

Durch den praktischen Austausch in den regelmäßigen Qualitätszirkeln können Fragen detailliert besprochen und teils ungerechtfertigte Sorgen vor den einzelnen Präparaten reduziert werden.

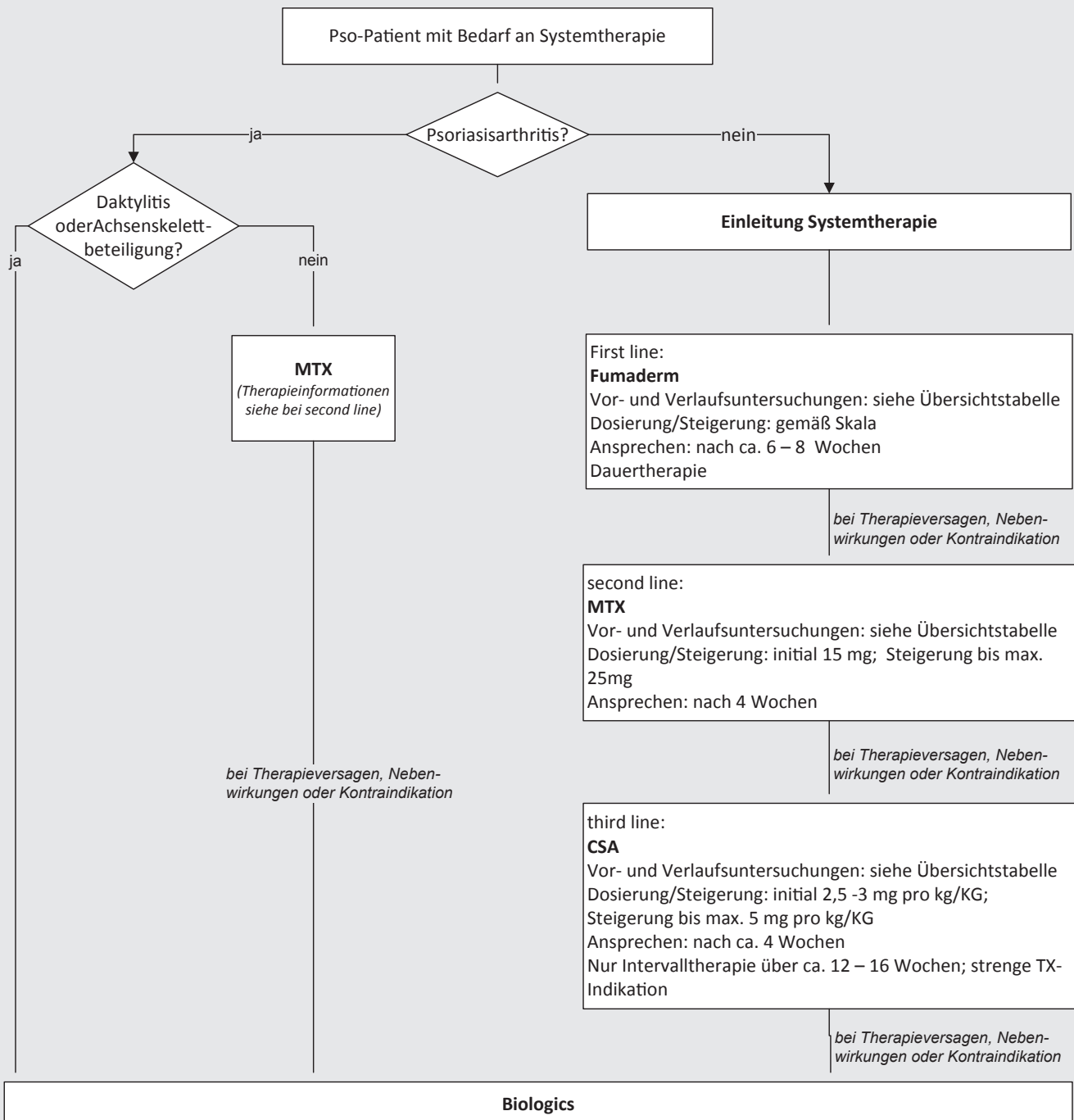
Als weiteres wertvolles Hilfsmittel haben sich Standardbriefe an die mitbehandelnden Hausärzte erwiesen, welche die nötigen Informationen zum nicht-dermatologischen Monitoring weitergeben.

Besondere Therapiesituationen

Bei der Therapie der Psoriasis vulgaris treten immer wieder Situationen ein, die uns vor

Psoriasis: Algorithmus – klassische Systemtherapie (Basistherapeutika)

Indikation: PASI, BSA, DLQI >10



Stand: 06.11.2013

Abb 2: Algorithmus für Basistherapeutika, PsoNet Ruhr.

schwierige Entscheidungen stellen und zu denen es immer wieder kontroverse – und teilweise überholte! – Meinungen gibt.

Impfungen

Bei Patienten, deren Psoriasis vulgaris systemisch behandelt wird, soll der Impfstatus regelmäßig aktiv abgefragt werden. Laut aktueller Empfehlung können bei ihnen alle Impfungen mit einem Totimpfstoff durchgeführt werden. Selbst unter einer immunsuppressiven Therapie ist beim überwiegenden Teil der Patienten von einer suffizienten Impfantwort und einem resultierenden Impfschutz auszugehen, auch wenn eine Immunsuppression allgemein das Ansprechen auf Impfungen beeinflussen kann. Für eine Impfung unter Immunsuppression gelten die Empfehlungen analog zu Patienten mit Prednisolon-Dosierungen oberhalb der Cushing-Schwelle.

Totimpfstoffe stehen zur Verfügung für Influenza, Pertussis, Diphtherie, Hepatitis A und B, Poliomyelitis, Tetanus, FSME und für die jährliche Grippeimpfung. Alle von der ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO) als Standardimpfungen eingestuft sind Impfungen werden heute mit Totimpfstoffen durchgeführt. Für immunsupprimierte Patienten wird analog zu Menschen über 60 Jahren außerdem eine Pneumokokkenimpfung empfohlen. Vor der Einleitung einer immunsuppressiven Therapie sollte bei seronegativen Patienten eine Varizella-zoster-Impfung durchgeführt werden.

Alle Impfungen unter Immunsuppression sollten durch das Bestimmen der Antikörpertiter kontrolliert werden.

Bei Fernreisen kann eine Gelbfieberimpfung empfohlen sein, doch dabei handelt es sich um eine Lebendimpfung. Falls eine Lebendimpfung notwendig sein sollte, muss

die immunsuppressive Therapie zuvor unterbrochen werden. Bei einer Impfung gegen Typhus muss der Totimpfstoff verwendet werden.

Zu empfehlen ist insbesondere bei älteren Menschen die aktive Nachfrage nach der letzten Tetanusimpfung, da gerade bei ihnen eine Impfmüdigkeit bekannt ist. Die STIKO beschreibt Ekzeme und Immunsuppression als zwei von drei Risikofaktoren für eine Tetanusinfektion (dritter Risikofaktor: offene Wunden).

Infektionen

Da unter Immunsuppression ein erhöhtes Risiko für Infektionen besteht, sollten Psoriasispatienten mit einer systemischen Immunsuppression bei jeder Konsultation aktiv nach Infektionen gefragt werden. Über jede immunsuppressive Medikation sollte außerdem der Hausarzt informiert werden, um kumulative Effekte zu vermeiden, beispielsweise durch ergänzende Therapien mit systemischen Steroiden. Insbesondere der parallele Einsatz mehrerer immunsuppressiver Medikamente erhöht die Wahrscheinlichkeit einer schweren Infektion massiv.

Daten aus dem deutschen Rheumaregister zeigen, dass für die immunsuppressive Potenz einer Medikation verschiedene Faktoren entscheidend sind: Anzahl der gleichzeitig eingesetzten immunsuppressiven Medikamente, Dosierung der systemischen Steroide, des Weiteren patientenbezogene Faktoren wie Alter, Komorbiditäten und bereits durchgemachte schwere Infektionen.

Die Bedeutung der Steroide wird hierbei häufig unterschätzt. In einer aktuellen Arbeit konnte gezeigt werden, dass allein die Einnahme von lediglich 5 mg Prednisolon bei älteren Patienten die Wahrscheinlichkeit für

einen schweren Infekt innerhalb eines Jahres nahezu um 50 Prozent steigert und innerhalb von drei Jahren verdoppelt.

In einer weiteren Arbeit aus der Rheumatologie konnte gezeigt werden, dass Steroiddosierungen über 10 mg Prednisolon die Wahrscheinlichkeit für schwere Infektionen auf das knapp Dreifache erhöhen.

Zum Thema Biologika gibt es viele, teils kontroverse Meinungen. Hinsichtlich des Infektionsrisikos unter Biologikum-Therapie ist die Beurteilung des einzelnen Präparates wichtig – oder zumindest seiner Substanzklasse. Die Infektionswahrscheinlichkeiten schwanken zwischen den einzelnen Präparaten enorm. Daten aus einer aktuellen Cochrane-Analyse aus dem Jahre 2012 zeigten zum Beispiel: Die Wahrscheinlichkeit eines schweren Infektes unter einer Therapie mit dem IL-1-Blocker Anakinra (Kineret®) ist etwa vierfach erhöht im Vergleich zu Normalbevölkerung, unter Abatacept (Orencia®) ist sie jedoch nicht erhöht.

In der Gruppe der TNF-alpha-Inhibitoren – den bei Psoriasis am häufigsten genutzten Biologika – zeigt sich insbesondere im ersten Jahr der Therapie ein je nach Präparat etwa zwei- bis dreifach erhöhtes Infektrisiko im Vergleich zur Normalbevölkerung. Interessanterweise sinkt das Infektrisiko mit der Dauer der Therapie und erreicht laut einer Reihe von Arbeiten nach zwei bis drei Jahren wieder nahezu das Ausgangsniveau. Mit den Besonderheiten der einzelnen Präparate sollte man sich vor dem Einleiten der Therapie detailliert vertraut machen.

Schwangerschaft

Die schwere Psoriasis ist ein unabhängiger Risikofaktor für den Ausgang einer Schwangerschaft. Es konnte gezeigt werden, dass Pati-

Psoriasis: Algorithmus – Biologicals

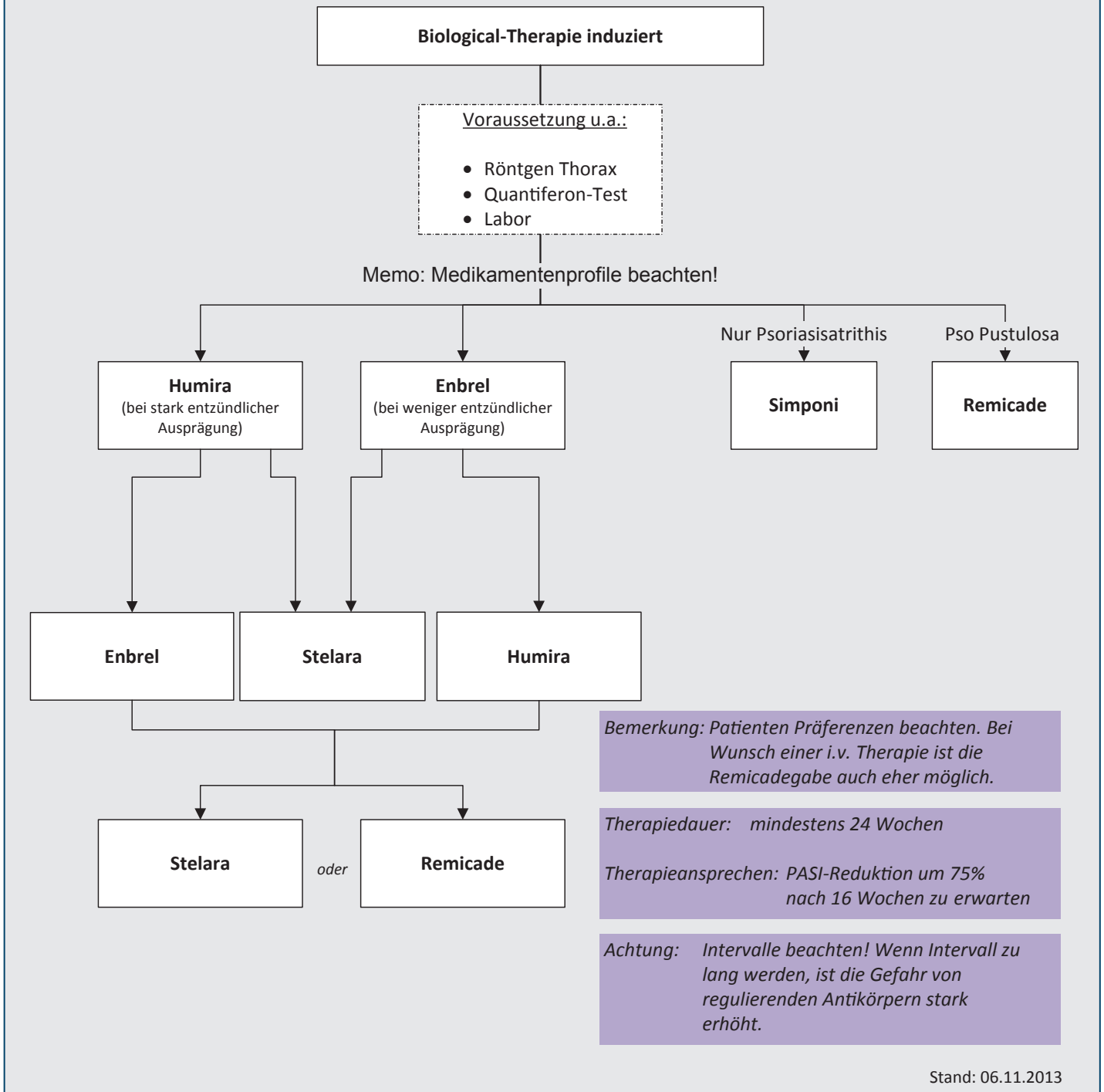


Abb 3: Algorithmus für Biologika, PsoNet Ruhr.

entinnen mit einer schweren Psoriasis eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für ein niedriges Geburtsgewicht und auch für Frühgeburten haben. Außerdem ist bekannt, dass eine

schwere Psoriasis sich negativ auf den Kinderwunsch auswirkt.

Die europäische Arzneimittelagentur EMA hat für jedes Medikament (mithilfe von Daten

aus unter anderem Tierversuchen und Studien) eine Risikobewertung von Medikamenten in der Schwangerschaft vorgenommen. Es gibt in der systemischen Therapie der Psoria-

sis kein für die Schwangerschaft zugelassenes Medikament. Vielmehr ist eine Schwangerschaft bei jedem Therapeutikum als Kontraindikation aufgeführt. Es stellt sich nun die Frage, wie bei Patientinnen mit schwerer Psoriasis oder mit einer Psoriasis-Arthritis zu verfahren ist, die unter gut eingestellter Therapie einen Kinderwunsch haben. Die Psoriasis selbst ist durch ihre systemische Entzündung ein unabhängiger Risikofaktor für die Schwangerschaft, und insbesondere eine floride Psoriasis-Arthritis kann neben der Inflammation und den Schmerzen einen irreversiblen Schaden an den Gelenken induzieren. Daher müssen die zur Verfügung stehenden Strategien in jedem Einzelfall streng abgewogen und mit der Patientin besprochen werden. In einigen aktuellen Publikationen, auch aus Gastroenterologie und Rheumatologie, werden neben einer Therapieunterbrechung vor der geplanten Schwangerschaft auch Therapiepausen erst in der Mitte der Schwangerschaft diskutiert, welche in den letzten Jahren insbesondere unter Biologika beschrieben worden sind. Offizielle Empfehlungen hierzu existieren nicht. Falls im Einzelfall als Ultima Ratio notwendig, sollten derartige Strategien ausschließlich in Zentren durchgeführt werden.

Als obsolet in der Schwangerschaft gelten bis heute immer noch Methotrexat (MTX) und Leflunomid, und zwar aufgrund ihrer fruchtschädigenden Potenz.

Fazit

Die Psoriasis vulgaris ist aufgrund ihrer systemischen Implikationen eine Herausforderung für die tägliche Praxis. Sie bedarf einer sorgfältigen und vollständigen Diagnostik sowohl der dermatologischen Krankheitschwere als auch der internistischen Komorbiditäten.

| Totimpfstoff | STIKO-Empfehlung |
|-------------------------------|---|
| Pertussis (Keuchhusten) | B (Personal in med./soz. Berufen), P (Ungeimpfte mit Kontakt zu Erkr.) |
| Haemophilus influenzae | I (anat./funkt. Asplenie), P (Rifampicin-Prophylaxe) |
| Haemophilus influenzae | I (anat./funkt. Asplenie), P (Rifampicin-Prophylaxe) |
| Influenza (Grippe) | S (Alter >60 J.), I (Immundefiziente), B/I (Angestellte in med. Berufen, die als Ansteckungsquelle fungieren können), I (Epidemien) |
| Cholera R | (Auf Verlangen des Reiselandes. Keine WHO-Empfehlung!) |
| Diphtherie | S/A, P (Epidemien, Kontakt zu Erkr.) |
| Hepatitis A | I (Risikogruppen), B (med./soz. Berufe), P Kontakt zu Erkr.), R (Reisen in betr. Länder) |
| Hepatitis B | B (med./soz. Berufe), I (Risikogruppen), R (Reisen in betr. Länder, P (Nadelstichverl., etc.) |
| FSME | I (in Risikogebieten), B (Laborpers./Land-/Forstwirte), R (Reisen in betr. Gebiete) |
| Poliomyelitis (Kinderlähmung) | S, I (Reisen in betr. Gebiete, Aussiedler/Asylanten) B (med./soz. Berufe mit Kontakt zu Pers. aus Endemiegebieten), P (Kontakt zu Erkr.) |
| Meningokokken | I (Immundefiziente), B (Laborpers.), R (Reisen in betr. Länder), I/P (Epidemien) P (enger Kontakt: Rifampicin-Prophylaxe) |
| Pneumokokken | S (Alter > 60 J) I (Immundefiziente) |
| Tetanus | S/A, P (Verletzungen, Hundebisse, etc.) |

Legende: S = Standardimpfung, A = Auffrischimpfung, I = Indikationsimpfung (in bestimmten Fällen empfohlen), B = beruflich erforderliche Impfungen, R = Reiseimpfungen, P = postexpositionelle Impfungen (nach Kontakt zu Krankheitsregnern)

Abb 4: Impfempfehlungen für Patienten mit rheumatischen Grunderkrankungen (entsprechend den Empfehlungen der STIKO und der Kommission Pharmakotherapie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (Goldacker et al.).

Als Koordinatoren der Psoriasis obliegt es uns, die assoziierten Fachbereiche zu informieren und im Einzelfall auch spezifische Therapieempfehlungen auszusprechen.

Die Gründung lokaler Netzwerke mitsamt der Entwicklung praxistauglicher Therapiealgorithmen und -tools für das Management der Psoriasis ist eine wertvolle Hilfe für die Zusammenarbeit auf lokaler Ebene. Standardisierungen von Briefen, Aufklärungen und Abläufen helfen, Zeit einzusparen.

Kenntnisse über Besonderheiten in der Systemtherapie können tradierte Sorgen hin-

sichtlich Infektionen oder Impfungen reduzieren.

Schwangerschaften sind im Kontext einer schweren Psoriasis immer eine besondere Herausforderung für allen Beteiligten.

Literatur beim Autor.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Andreas Körber
Universitätsklinikum Essen
Klinik und Poliklinik für Dermatologie
Hufelandstraße 55, 45147 Essen
E-Mail: andreas.koerber@uk-essen.de

