



Hautnetz Magazin

11. Jahrgang · 2/2024 · 6,50 Euro
www.hautnetzdeutschland.de

Das gemeinsame Magazin von Hautnetz Deutschland e.V., PsoNet Deutschland e.V. und Deutscher Psoriasis Bund e.V.

10 Jahre WHA-Resolution



Aktuelles

Die (un)sichtbare Last der weißen Flecken

Aktuelles

Akne – warum wir über die Haut hinausblicken müssen

Body Positivity und Psoriasis

Zwischen Akzeptanz und Gesundheit

Versorgung

Nichts ist so praktisch, wie eine gute Theorie

Nationale Versorgungskonferenzen

1. Nationale Versorgungskonferenz
Atopische Dermatitis und Prurigo

Nachgefragt

„Ich weiß, wo es für Sie weitergeht.“

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

es ist wieder soweit: nach PsoNet 1/2024 im Frühjahr folgt die Ausgabe PsoNet 2/2024 im Herbst. Denkste! Aus dem PsoNet Magazin ist das Hautnetz Magazin geworden! Was soll das denn jetzt schon wieder? Gerade erst den 10. Geburtstag gefeiert und jetzt schon wieder was Neues? Nicht ganz, nicht wirklich etwas Neues. Eigentlich nur der nächste logische und längst überfällige Schritt.

Erinnern wir uns an die Anfänge des PsoNet Magazin – und da müssen wir in der Geschichte sogar noch ein wenig weiter zurück: Es war im September/Oktober 2004, als mit der Zulassung und Markteinführung des ersten Biologikums zur Behandlung der Psoriasis (Efalizumab/Raptiva®) die Welt in der Dermatologie revolutioniert wurde, ja sich das gesamte Fach innovativ verändert hat. Dieses Ereignis jährt sich in diesen Tagen zum 20. Mal und wurde mit einem großen BVDD-Kongress in Düsseldorf gefeiert. Weitere Substanzen aus der Klasse der TNF-alpha-Inhibitoren folgten und boten nachhaltige Optionen, die Psoriasis als chronisch-entzündliche Systemerkrankung erfolgreich zu behandeln. Es folgte eine S3-Leitlinie sowie die Einrichtung der Nationalen Versorgungskonferenz und im gleichen Jahr die Gründung zahlreicher regionaler Psoriasisnetze und des PsoNet Deutschland als nationalem Dachverband. Und fünf Jahre später – 2014 – wurde auf der 6. Nationalen Versorgungskonferenz Psoriasis beschlossen, zur Verbesserung des Informationsflusses im Netz das PsoNet Magazin zu etablieren. Mit Erfolg!

Netzwerke in der Dermatologie haben eine zentrale Bedeutung mit zahlreichen Vorteilen sowohl für Ärzte als auch für Patienten. Die wichtigsten Aspekte sind gestern wie heute der Wissenstransfer und die Förderung der Zusammenarbeit im Fach und den Fachgesellschaften. Forschung und Studien sind in und durch Netzwerke leichter zu organisieren, Datenlage und Qualität werden verbessert und für Fort- und Weiterbildung bieten Netzwerke eine gute Plattform, um mittels Kongressen, Webinaren, Workshops oder Schulungen den Wissenstransfer in die tägliche Versorgung der Patienten zu implementieren. Durch interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit im PsoNet hat sich die Qualität der Versorgung verbessert, auch durch die Zusammenarbeit und Einbindung des Deutschen Psoriasis Bund als wichtige Patientenorganisation. Dies alles trägt letztlich dazu bei, dass Betroffene gut informiert sind und sich der Dialog zwischen Ärzten und Patienten verbessert. Und auch für zukünftige Versorgungsaspekte, zum Beispiel die Teledermatologie, spielen Netzwerke eine immer größere Rolle. Dermatologen können online zusammenarbeiten, sich zu diagnostischen Zwecken absprechen und so Patienten schneller und effizienter behandeln.

Insgesamt hat das PsoNet Deutschland mit seinen regionalen Strukturen über die Jahre den Wissens- und Erfahrungsaustausch, die Fortbildung und Forschung sowie die Qualität der Patientenversorgung nachhaltig verbessert.

Aber Psoriasis ist nicht die einzige Volkserkrankung in der Dermatologie: In den letzten Jahren sind zahlreiche Erkrankungen hinzugekommen, für die innovative Behandlungsoptionen erforscht wurden, die jetzt in die Patientenbehandlung überführt werden müssen. Und warum dann nicht von den guten Erfahrungen und den Erfolgen bei Psoriasis profitieren?

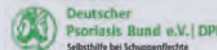
So wurde vor einem Jahr von BVDD und DDG das Hautnetz Deutschland gegründet, wichtige Dermatosen in Sektionen gegliedert, weitere Versorgungskonferenzen zur Erarbeitung von Nationalen Versorgungszielen initiiert und, um über alle diese wichtigen Themen umfassen informieren zu können, das PsoNet zum Hautnetz Magazin umgelabelt.

Violá, viel Spaß beim Lesen und Netzwerken!

*Ihr
Dr. Ralph von Kiedrowski*

Dr. Thomas Stavermann · Prof. Dr. Mark Berneburg · Prof. Dr. Matthias Augustin · Dr. Sandra Philipp · Dr. Ralph von Kiedrowski

Herausgegeben von





08

Biomarker prognostiziert den Therapieerfolg von Biologika

Biomarker können dazu beitragen, die Patienten zu identifizieren, die am besten auf ein bestimmtes Biologikum ansprechen. Was ist hier heute schon möglich und welche Aussagen lassen sich auf Basis von Studiendaten treffen?



14

Body Positivity und Psoriasis

Die Body-Positivity-Bewegung hat viele positive Aspekte, wie die Förderung von Selbstakzeptanz und die Bekämpfung von Diskriminierung und Stigmatisierung aufgrund des Körperbildes. Dazu zählt nicht nur Übergewicht, sondern sämtliche Körperformen, -farben oder Behinderungen. Doch wie ist die Bewegung im Hinblick auf chronisch-entzündliche Hautkrankheiten zu bewerten und welche Kritikpunkte könnte es geben?



26

Nichts ist so praktisch, wie eine gute Theorie

Nur wenn die Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Forschung in den Praxisalltag von Ärzten integriert werden, kann sich die medizinische Versorgung ständig verbessern. Die theorieorientierte Praxis befasst sich damit, wie diese Integration gelingen kann. Doch ist sie im Versorgungsalltag wichtiger als die praxisorientierte Theorie und wie lässt sich die Kluft zwischen Theorie und Praxis schließen?

Inhalt

06 AKTUELLES

Vitamin-D-Mangel in Verbindung mit Übergewicht begünstigt Psoriasis / Nocebo: Nebenwirkungen trotz Wirkstofffreiheit / Lässt sich das Flip-Flop-Phänomen voraussagen? / Was schlechten Schlaf, wenig Licht und atopische Dermatitis verbindet / Biomarker prognostiziert den Therapieerfolg von Biologika / Entzündungsgedächtnis der Haut: Nichts ist wie zuvor / Die (un)sichtbare Last der weißen Flecken / Prurigo nodularis: Costa quanta? / Leitlinien-Check / Akne – warum wir über die Haut hinausblicken müssen

13 SELBSTHILFE DPB

Hello Professor – Online-Schulungen für mehr Reichweite

14 FORSCHUNG

Body Positivity und Psoriasis: Zwischen Akzeptanz und Gesundheit
Therapie nach Maß – die Rolle der Dermatopathologie in der Präzisionsmedizin
4D-Forschung: Vorzeigemodell in der modernen Versorgung?

20 ARSENAL

Das kleine Einmaleins der Systemtherapien

22 VERSORGUNG – PSOBEST

Das Deutsche Psoriasis-Register PsoBest
Prüferarzt bei PsoBest – mitmachen leicht gemacht

26 VERSORGUNG

Nichts ist so praktisch, wie eine gute Theorie

28 NACHLESE

Global Player der Psoriasisversorgung:
10 Jahre WHA-Resolution



34

1. Nationale Versorgungskonferenz Atopische Dermatitis

Am 11. Oktober 2024 fand in Düsseldorf die 1. Nationale Versorgungskonferenz Atopische Dermatitis statt. Mit dreieinhalb Millionen Betroffenen gehört die atopische Dermatitis zu den häufigsten Hautkrankheiten Deutschlands. Nach dem Vorbild der Nationalen Versorgungskonferenz Psoriasis haben sich die Teilnehmer das Ziel gesetzt, die Versorgung der Patienten zu verbessern. Dazu ermittelten sie den Status quo der Patientenversorgung und legten erste gemeinsame Ziele fest. Diese gilt es nun gemeinsam weiterzuentwickeln.



42

Viel Spaß beim Entdecken – Social Media in der dermatologischen Praxis

Wie und wo können sich Dermatologen mit ihren Leistungen in den sozialen Medien präsentieren? Diese Frage stand im Mittelpunkt einer Veranstaltung von PsoNet Berlin/Brandenburg. Die Teilnehmer erhielten praxisorientierte Tipps zum Aufbau einer eigenen Präsenz, zu passenden Plattformen wie Instagram und zur Auswertung ihrer Aktivitäten.

30 BLICKFANG

Warum die Hautnetze funktionieren

32 NACHLESE

„Es wird allerhöchste Zeit, dass wir uns treffen“ – 1. Nationale Versorgungskonferenz Pruritus & Prurigo
Startpunkt gesetzt – 1. Nationale Versorgungskonferenz Atopische Dermatitis

36 NACHGEFRAGT

„Ich weiß, wo es für Sie weitergeht.“

39 PSONET

Hautnetz Magazin – And HERE WE ARE

40 REGIONALE NETZE UND TERMINE

50 FÖRDERMITGLIEDER AKTUELL

58 ABOUT A MAGAZINE

Impressum

ISSN 2944-3105

Hautnetz Deutschland
Postalische Anschrift für das Magazin
Hautnetz Deutschland e.V.
c/o CVderm
UKE Hamburg
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Vorstand Hautnetz Deutschland
Prof. Dr. Matthias Augustin · Prof. Dr. Mark Berneburg ·
Dr. Sandra Philipp · Dr. Thomas Stavermann · Dr. Ralph
von Kiedrowski

Wissenschaftlicher Beirat PsoNet
Prof. Dr. Matthias Augustin · Prof. Dr. Wolf-Henning
Boehncke · Prof. Dr. Michael Hertl · Dr. Ralph von
Kiedrowski · Prof. Dr. Ulrich Mrowietz · Prof. Dr.
Petra Staubach-Renz · Prof. Dr. Diamant Thaçi ·
Dr. Ansgar Weyergraf

Fördernde Unternehmen PsoNet
AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG · Almirall Hermal
GmbH · Amgen GmbH · Boehringer Ingelheim AG &
Co. KG · Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA ·
Celltrion Healthcare Deutschland GmbH · Janssen-
Cilag GmbH · LEO Pharma GmbH · Lilly Deutschland
GmbH · Novartis Pharma GmbH · Pfizer GmbH ·
UCB Pharma GmbH

Chefredaktion
Merle Twesten (v.i.S.d.P.)

Medizinisches Lektorat
Dr. Brigitte Stephan · Dr. Jan Nicolai Wagner
Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie
und bei Pflegeberufen (IVDP)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
magazin@psonet.de

Layout
Medizin & PR GmbH
Eupener Straße 60 · 50933 Köln
www.medizin-pr.de

Druck
NordMEDIA GbR
Sieker Landstraße 126 · 22143 Hamburg
www.nordmedia24.de
Druckauflage: 6.700 Exemplare
Erscheinungsweise: halbjährlich

Heft verpackt in umweltfreundlicher Folie.
Mit einer fachgerechten Entsorgung tragen Sie zu einer
funktionierenden Kreislaufwirtschaft bei.

Inhalt und Haftung
Aus Gründen der Lesbarkeit wird im gesamten Haut-
netz Magazin das generische Maskulinum verwendet,
nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf
Angehörige aller Geschlechter.
Eine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichungen
können Herausgeber und Redaktion trotz sorgfältiger
Prüfung nicht übernehmen.

Autor Editorial (Seite 3), Blickfang (Seite 30/31)
Editorial, Dr. Ralph von Kiedrowski
„Warum die Hautnetze funktionieren“, Merle Twesten

© Fotografien/Illustrationen
Titel: Peshkova/shutterstock.com
Alle weiteren Copyright-Hinweise finden sich direkt
bei den Fotografien/Grafiken.

Vitamin-D-Mangel in Verbindung mit Übergewicht begünstigt Psoriasis

Die Daten einer großen bevölkerungsbasierten Studie ergaben keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Vitamin-D-Versorgung (25(OH)D) und Psoriasis.



© Kokhanchikov/shutterstock.com

Vitamin D wird unter dem Einfluss von Sonnenlicht in der Haut gebildet und spielt eine Rolle für die Physiologie der Haut. Im Hinblick auf die Psoriasis sind die regulierende Wirkung auf das Immunsystem sowie auf die Proliferation und Reifung von Keratinozyten von besonderer Bedeutung. Sie wird bei der Psoriasisbehandlung mit topischen Vitamin-D-Analoga genutzt.

Die Auswertung des Zusammenhangs von Body-Mass-Index (BMI) und Vitamin-D-Versorgung zeigte, dass das gemeinsame Auftreten beider Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit einer Psoriasis stärker erhöhte als wenn die Wahrscheinlichkeiten für beide Risikofaktoren addiert würden. Teilnehmer mit einem BMI > 27,5 kg/m² und 25(OH)D < 25 nmol/l hatten eine 92% höhere Wahrscheinlichkeit für eine aktive Psoriasis (Odds-Ratio(OR) 1,92, 95% Konfidenzintervall(KI) 1,18 – 3,12).

Die Wahrscheinlichkeit für eine lebenslang bestehende Psoriasis hingegen war nicht erhöht. Bei der Nachsorge von übergewichtigen Patienten mit Psoriasis kann eine Beratung zur Vorbeugung eines Vitamin-D-Mangels in Betracht gezogen werden.

Die Ergebnisse basieren auf einer Auswertung der Tromsø-Studie 2015–16 (Tromsø7), die 19.520 Teilnehmer aus der Allgemeinbevölkerung im Alter von 40 bis 79 Jahren umfasste [10.203 Frauen (52,3%); Durchschnittsalter 56,3 Jahre; mittlerer 25[OH]D-Wert 63,4 nmol/l (SD 21,9)]. 2.088 (10,7%) berichteten über eine lebenslang bestehende Psoriasis und 1.179 (6,0%) über eine aktive Psoriasis in den letzten zwölf Monaten. Die Studienautoren geben zu bedenken, dass bei der Analyse möglicherweise ein Schwelleneffekt im Bereich der unteren Vitamin-D-Versorgung nicht berücksichtigt sein könnte. (red)



Jenssen M et al. Br J Dermatol 2024; 190:680–688

Nocebo: Nebenwirkungen trotz Wirkstofffreiheit

Den Placeboeffekt kennt fast jeder: Man nimmt ein wirkstofffreies Mittel ein, das zum Beispiel eine vermeintlich schmerzlindernde Wirkung hat, und plötzlich ist man tatsächlich schmerzfrei.



© Andrii Zastrozhnd/shutterstock.com

Das Gehirn reagiert dabei auf die Erwartung einer Heilung, indem es physiologische Veränderungen im Körper auslöst, die Symptome lindern können. Der Noceboeffekt hingegen beschreibt das Gegenteil: Hier führt die negative Erwartungshaltung dazu, dass sich Symptome verschlechtern oder Nebenwirkungen auftreten, obwohl das verabreichte Mittel ebenfalls wirkstofffrei ist. Dieser Effekt konnte auch in einer systematischen Übersichtsarbeit bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Psoriasis beobachtet werden.

In der Studie von Ma et al. wurde der Einfluss unerwünschter Ereignisse (Noceboeffekt) auf die Wirksamkeit systemischer Therapien untersucht. Für die systematische Übersichtsarbeit wurden verschiedene Datenbanken genutzt: MEDLINE, Embase und das CENTRAL Register of Controlled Trials. Einbezogen wurden 103 randomisierte, kontrollierte Studien (RCTs, randomized controlled trials) mit insgesamt 43.189 Patienten.

Davon wurden 25.067 Patienten auf eine systemische Therapie (Biologika) und 12.940 Patienten auf Placebo umgestellt.

Fast die Hälfte (49,8%) der Placebo-Gruppe berichtete unerwünschte Ereignisse (AE, adverse event) z. B. Anämie oder Bluthochdruck, im Vergleich zu 57,1% in der Gruppe mit systemischer Therapie. Bei schwerwiegenden Nebenwirkungen (z. B. Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa) wurde jedoch kein signifikanter Unterschied im Anteil der mit Placebo behandelten Patienten im Vergleich zu den Patienten, die eine systemische Therapie erhielten, beobachtet. Die hohe Ausgangsrate von AEs kann teilweise durch Noceboeffekte erklärt werden und hat wichtige Auswirkungen auf das Design von RCTs und die Bewertung von Nebenwirkungen in der klinischen Versorgung.

Obwohl keine signifikanten Unterschiede bei schwerwiegenden Nebenwirkungen festgestellt wurden, betonen die Ergebnisse, wie wichtig es ist, Patienten hinsichtlich der psychologischen Einflüsse auf die Therapie zu beraten. Nur dann kann die Therapietreue und/oder -persistenz gesichert werden. (red)



Ma B et al. Front Med 2024

Lässt sich das Flip-Flop-Phänomen voraussagen?

Atopische Dermatitis (AD) und Psoriasis (Pso) sind die häufigsten entzündlichen Hauterkrankungen. Aufgrund des seltenen gemeinsamen Auftretens beim selben Patienten werden sie als sich gegenseitig ausschließende Krankheiten mit unterschiedlichen Phänotypen betrachtet.

Für erwachsene kaukasische Patienten mit AD sind eine anhaltende oder rezidivierende Dermatitis in den Beugeregionen, Xerose und chronischer Pruritus typisch. Das Krankheitsspektrum wird durch Th2- und Th22-Signalwege gesteuert. Interleukin (IL)-4, IL-13 (jeweils von Th2-Zellen abgeleitet) und IL-22 (von Th17- und Th22-Zellen abgeleitet) sind wichtige Zytokine. Die am weitesten verbreitete Form der Pso ist die Psoriasis vulgaris. Sie ist durch gut abgegrenzte erythematöse Plaques mit grober Schuppung gekennzeichnet. Zytokine, die von aktivierten Th17- (z. B. IL-17A, IL-17F, IL-17C, IL-22, TNF), Th1- und Th22-T-Zelluntergruppen freigesetzt werden, vermitteln dabei Hautentzündungen, morphologische Veränderungen und die Hochregulierung von Genprodukten. Entsprechend werden bei den beiden Erkrankungen unterschiedliche Therapien, darunter auch Biologika, eingesetzt. Sowohl bei Patienten, die mit Biologika behandelt werden, als auch bei Biologika-naiven Patienten kann es im Krankheitsverlauf zu einem Wechsel von AD zu Pso und umgekehrt kommen (Flip-Flop-Phänomen). Eine Forschergruppe aus Bonn und Davos hat nun den soweit bekannt ersten Algorithmus zur Vorher-



sage des Flip-Flop-Phänomens entwickelt. Dazu wurden 20 für AD und Pso typische Patientenmerkmale (sieben anamnestische und 13 Untersuchungskriterien) herangezogen. Der entwickelte Score reicht von -12 bis 12. Dabei sind die Werte von -12 bis unter -5 mit Pso assoziiert, Werte von -5 bis unter 5 deuten auf das Flip-Flop-Phänomen hin und Werte von 5 bis 12 auf AD. Die Vorhersagegenauigkeit des Algorithmus liegt bei 89,7%. (red)



Müller S et al.
J Allergy Clin Immunol 2024; 154 (1): 42-50.



Was schlechten Schlaf, wenig Licht und atopische Dermatitis verbindet

Erholsamer Schlaf ist wichtig: In unseren Zellen laufen Reparaturprozesse ab, das Immunsystem wird gestärkt, unser Gehirn verarbeitet die Eindrücke des Tages.

Durch Krankheiten wie atopische Dermatitis (AD), die bekannt dafür ist, erheblichen Juckreiz zu verursachen – vor allem nachts –, kann der so wichtige Schlaf gestört werden. Lichtexposition scheint bei der Schwere des Juckreizes eine nicht unbedeutende Rolle zu spielen. Wo genau die Zusammenhänge zwischen schwerer AD, Schlafstörungen und geringer Lichtexposition liegen, sollte eine Studie aus den USA klären. Die Sekundärdatenanalyse zweier Observationsstudien zielte darauf ab, die Auswirkungen dieser Faktoren auf die Lebensqualität der Betroffenen zu beleuchten. Die Forscher analysierten Daten von 74 Kindern im Alter von fünf bis 17 Jahren mit schwerer AD (24%) im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen (17%) und Patienten mit leichter (27%) und moderater (32%) AD. Die Teilnehmer trugen Aktigraphie-Uhren, um Schlaf- und Lichtexpositionsmuster zu erfassen. Die Ergebnisse zeigten zwar, dass die Teilnehmer bei schwerer AD an Wochenenden im Mittel zu ähnlichen Zeiten einschliefen, wie die übrigen Studienteilnehmer (23:52 Uhr vs. 23:40 Uhr) und darüber hinaus später aufwachten (09:12 Uhr vs. 08:13 Uhr). Jedoch war die Schlafqualität eine schlechtere, was die Aktigraphie-Daten zeigten: 73,9% Effizienz bei schwerer AD

vs. 83,9% bei allen anderen. Die ähnlichen Wach- und Schlafenszeiten an Wochentagen (07:24 – 22:45 Uhr vs. 07:21 – 22:48 Uhr) zwischen den beiden Gruppen könnten auf soziale Einschränkungen zurückzuführen sein (Schulzeiten). Doch auch hier zeigte sich eine schlechtere Schlafqualität: 79,4% Effizienz bei schwerer AD vs. 83,3% bei allen anderen. Soweit keine überraschenden Ergebnisse. Doch was auffällig war: die deutlich geringere Lichtexposition bei Patienten mit schwerer AD im Vergleich zu allen anderen (1.948 lux vs. 10.341 lux), unabhängig von Wochentagen oder der Jahreszeit. Nur nachts waren die Werte ähnlich.

Der Teufelskreis aus juckreizbedingter Schlafstörung und nächtlicher Entzündung bei AD war bereits bekannt. Durch die vorliegende Analyse konnten die Autoren jedoch untermauern, dass auch die Lichtexposition ein wichtiger Faktor bei der Schlafqualität ist. Eine geringe Lichtexposition kann zu einer Störung des zirkadianen Rhythmus führen und möglicherweise Entzündungen begünstigen, was die AD verschlimmert. Betroffene sollten daher darauf achten, sich ausreichend Tageslicht auszusetzen. (red)



Arif MK et al.
Sleep 2024



Biomarker prognostiziert den Therapieerfolg von Biologika

Welche Indikatoren können dazu beitragen, Patienten zu identifizieren, die am besten auf die Behandlung mit einem bestimmten Biologikum ansprechen?

Eine Studie auf der Basis von britischen und irischen Patientendaten untersuchte erstmals den Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein des genetischen Markers HLA-C*06:02, der eine Disposition für autoinflammatorische Erkrankungen wie Psoriasis darstellt, und dem Abbruch einer Behandlung mit Adalimumab, Etanercept, Secukinumab und Ustekinumab. Sie zeigten, dass Menschen mit dem Marker HLA-C*06:02 die Behandlung mit Ustekinumab seltener wegen mangelnder Wirksamkeit einstellten als Menschen ohne diesen Biomarker. Beim Therapieabbruch aufgrund von Nebenwirkungen zeigte sich kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen (adjustierte Hazard Ratio(aHR) 0,56, 95%-Konfidenzintervall (KI) 0,42-0,75). Bei Adalimumab, Etanercept und Secukinumab [0,85 (95 % KI 0,70-1,02), 0,98 (95 % KI 0,77-1,24) und 1,00 (95 % KI 0,54-1,85)] ließ sich weder im Hinblick auf mangelnde Wirksamkeit noch auf Nebenwirkungen ein Unterschied aufgrund der genetischen Disposition feststellen.

In die Studie einbezogen wurden Daten von Patienten, die von 2007 bis 2022 im Biologics and Immunomodulators Register (BADBIR) der British Association of Dermatologists registriert waren und eine Erstbehandlung mit Adalimumab, Etanercept, Secukinumab oder Ustekinumab erhalten hatten. Die Nachbeobachtungszeit betrug mindestens sechs Monate. Zudem wurde eine Untergruppe von Patienten mit verfügbaren HLA-C*06:02-Informationen ausgewertet, die im Biomarkers and Stratification To Optimise Outcomes in Psoriasis (BSTOP) registriert waren.

Biomarker wie HLA-C*06:02 können dazu beitragen, diejenigen Patienten zu identifizieren, die am besten auf ein Biologikum ansprechen. Die Autoren der Studie weisen jedoch auch darauf hin, dass weitere Studien zur Prüfung der Ergebnisse erfolgen müssen. (red)



Alabas O.A. et al.
Br J Dermatol 2024; 190:689-700

Entzündungsgedächtnis der Haut: Nichts ist wie zuvor

Biologika wie Tumornekrosefaktor(TNF)-, Interleukin(IL)-17- und IL-23-Inhibitoren sind bei Psoriasis hochwirksam.

IL-23-Inhibitoren führen innerhalb eines Jahres nach Therapiebeginn bei bis zu 60 % der Patienten zu einer erscheinungsfreien Haut mit einem Psoriasis Area Severity Index (PASI) von 0. Wird die Medikation abgesetzt, verschlechtert sich der PASI innerhalb von zwölf bis 34 Wochen um 50 % der zuvor erreichten PASI-Verbesserung. Die Erkrankung flammt an den zuvor betroffenen Stellen wieder auf. Verantwortlich dafür ist das Entzündungsgedächtnis der Haut. Wie dieses funktioniert, ist noch weitgehend unbekannt. Neben genetischen und epigenetischen Faktoren scheinen verschiedene Zelltypen der Haut eine Rolle zu spielen. Möglicherweise verändert sich durch die überstandene Entzündung das gesamte betroffene Gewebe. Dabei nehmen gewebegebundene T-Gedächtniszellen eine Schlüsselrolle ein: Sie können die für Psoriasis typische Entzündung auszulösen und verbleiben lange im Gewebe. Epidermale

Langerhans-Zellen und dermale dendritische Zellen können die Produktion von Psoriasis-bezogenen Zytokinen hochregulieren. Weitere Forschungen zur Halbwertszeit und zur Replikationsrate werden helfen, den langfristigen Beitrag dieser Zellen zum Entzündungsgeschehen zu entschlüsseln. Der Bereich der Einzelzellanalyse entwickelt sich schnell und bietet die Möglichkeit, Einblicke in das komplexe Zusammenspiel verschiedener Zellen in der Haut bei einem erneuten Psoriasissschub zu erhalten. Ein besseres Verständnis dieses Vorgangs kann langfristig dazu beitragen, Biomarker für das Wiederaufflammen der Erkrankung zu identifizieren und so dem Ziel einer anhaltenden medikamentenfreien Remission näher zu kommen. (red)



Francis L et al.
J Allergy Clin Immunol 2024; 154 (1): 42-50.



Die (un)sichtbare Last der weißen Flecken

Vitiligo ist eine chronische Hauterkrankung, die durch den Verlust von Pigmentzellen charakterisiert ist und zu weißen Flecken auf der Haut führt. Dieser Pigmentverlust resultiert oft in erheblichen Beeinträchtigungen, beispielsweise der Lebensqualität.

© PeopleImages.com/shutterstock.com

Eine Studie von Rosmarin et al. untersuchte daher in einer Sekundärdatenanalyse, wie der Schweregrad und die Lokalisation der Vitiligo die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) beeinflussen.

Die Studie umfasste 1.388 Patienten mit diagnostizierter Vitiligo. Die HRQoL wurde mithilfe standardisierter Fragebögen erfasst, darunter Vitiligo-Specific Quality of Life Instrument (VitiQoL), Hospital Anxiety, Depression Scale (HADS) und EQ-5D-5L. Es wurde festgestellt, dass ein höherer Schweregrad der Vitiligo signifikant mit einer schlechteren Lebensqualität korreliert (VitiQoL: 40,5 (schwer) vs. 27,1 (moderat) vs. 24,8 (leicht); HADS-Angst: 6,8 vs. 4,3 vs. 4,2; HADS-Depression: 5,2 vs. 3,8 vs. 3,6; EQ-5D-5L-UK: 0,864 vs. 0,875 vs. 0,898). Das lässt darauf schließen, dass die (psychosoziale) Belastung bei diesen Patienten signifikant höher war. Die Lokalisation der weißen Flecken spielte ebenfalls eine wichtige Rolle für das Wohlbefinden. Patienten mit einer betroffenen Body Surface

Area (BSA) von > 5 % hatten höhere VitiQoL-Werte und eine stärkere Beeinträchtigung der täglichen Aktivität als Patienten mit einer geringeren betroffenen BSA (0-5 %). Insbesondere Vitiligo im Gesicht hatte die stärkste negative Auswirkung auf die Lebensqualität (mit Gesichtsbetroffenheit: VitiQoL: 30,0 vs 23,2 ohne Gesichtsbetroffenheit; HADS-Depression: 4,3 vs. 3,2 und HADS-Angst 5,0 vs. 3,8).

Diese Daten verdeutlichen die potenzielle Unempfindlichkeit allgemeiner HRQoL-Messungen und legen nahe, dass empfindlichere, krankheitsspezifische Messungen erforderlich sind. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass Vitiligo nicht nur eine Krankheit mit kosmetischem Hintergrund ist, sondern unterstreichen den Bedarf an gezielten Behandlungsstrategien. Zukünftig sollten sowohl physische Symptome als auch psychische und soziale Aspekte der Erkrankung adressiert werden. (red)

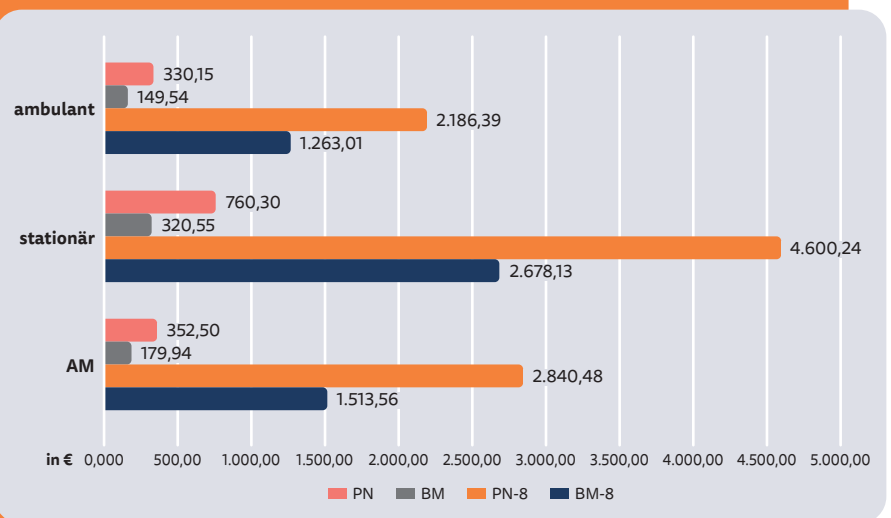


Rosmarin et al.
Dermatol Ther 2024

Prurigo nodularis: Costa quanta?

Eine Kohortenanalyse von Prof. Sonja Ständer und Kollegen stellte einen Vergleich zu den ambulanten, stationären und Arzneimittel (AM)kosten von Menschen mit Prurigo nodularis (PN) zum Zeitpunkt der Diagnose und einer nicht erkrankten Benchmarkkohorte (BM) auf. Zusätzlich wurden die Kosten nach einem Zeitraum von acht Monaten nach der Diagnose festgehalten (PN-8 vs. BM-8).

Wie zu erwarten: Die Gesamtkosten waren in der PN-Kohorte höher – und zwar nicht unbedeutend. Die Kosten für ambulante Behandlung, stationäre Behandlung und Arzneimittel waren für die PN-Kohorte im Vergleich zur BM-Kohorte um das Doppelte höher; in der PN-8-Kohorte wurde im Mittel sogar ein Anstieg um mehr als 70% gegenüber der BM-8-Kohorte beobachtet. Diese signifikant höheren Kosten für PN deuten auf eine vergleichsweise hohe klinische und damit auch wirtschaftliche Belastung von Patienten mit PN hin. (red)



Ständer S et al.
J Eur Acad Dermatol Venereol 2024



Versionscheck Leitlinien

Aktuelle Leitlinien	Evidenz	AWMF-Nr.	Gültig bis	Link AWMF
Adulte Weichgewebesarkome	S3	032 - 044OL	06.09.26	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/032-044OL
Aktinische Keratose und Plattenepithelkarzinom der Haut	S3	032 - 022OL	30.12.27	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/032-022OL
Akuttherapie und Management der Anaphylaxien	S2k	061 - 025	30.01.26	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/061-025
Allergen-Immuntherapie bei IgE-vermittelten allergischen Erkrankungen	S2k	061 - 004	29.06.27	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/061-004
Allergieprävention	S3	061 - 016	01.01.26	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/061-016
Allergologische Diagnostik von Überempfindlichkeitsreaktionen auf Arzneimittel	S2k	061 - 021	30.06.28	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/061-021
Analer Pruritus	S1	013-063	31.03.25	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-063
Analfissur	S3	081-010	30.06.24	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/081-010
Basalzellkarzinom der Haut	S2k	032 - 021	31.12.28	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/032-021
Diagnostik und Therapie der Syphilis	S2k	059 - 002	26.05.25	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/059-002
Diagnostik und Therapie der Varikose	S2k	037-018	30.03.24	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/037-018
Diagnostik und Therapie der zirkumskripten Sklerodermie	S2k	013-066	11.10.28	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-066
Diagnostik und Therapie des chronischen Pruritus	S2k	013-048	05.07.26	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-048
Diagnostik und Therapie des kutanen Lupus erythematodes	S2k	013-060	24.03.25	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-060
Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms	S3	007-1000L	01.03.26	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/007-1000L
Diagnostik und Therapie des Schleimhautpemphigoids	S2k	013 - 102	28.02.27	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-102
Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum	S2k	037-009	21.01.29	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/037-009
Diagnostik und Therapieoptionen von Aphthen und aphthoiden Läsionen der Mund- und Rachenschleimhaut	S2k	007-101	29.04.28	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/007-101
Extrakorporale Photopherese (ECP)	S2k	013-072	26.01.27	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-072
Infantile Hämangiome im Säuglings- und Kleinkindesalters	S2k	006-100	10.30.25	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/006-100
Klassifikation, Diagnostik und Therapie der Urtikaria	S3	013-028	31.01.25	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-028
Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen PatientInnen	S3	032 - 055OL	31.05.29	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/032-055OL
Kutane Lyme Borreliose	S2k	013-044	27.02.28	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-044
Kutane Lymphome	S2k	032 - 027	31.08.26	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/032-027
Lasertherapie der Haut	S2k	013 - 095	10.01.27	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-095
Lipödem	S2k	037-012	21.01.29	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/037-012
Lokaltherapie schwerheilender und/oder chronischer Wunden aufgrund von peripherer arterieller Verschlusskrankheit, Diabetes Mellitus oder chronischer venöser Insuffizienz		091-001	10.09.28	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/091-001
Long/Post-COVID	S1	020-027	30.05.25	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-027
Medizinisch klinische Diagnostik bei Schimmelpilzexposition in Innenräumen	S2k	161 - 001	04.09.28	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/161-001
Merkelzellkarziom	S2k	032-023	30.06.25	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/032-023
Myositissyndrome	S2k	030-054	27.04.25	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/030-054
Nationale Versorgungs Leitlinie (NVL) Typ-2-Diabetes	S3	nvl - 001	14.05.28	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-001
Neuroborreliose	S3	030-071	29.04.27	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/030-071

Fortsetzung Leitlinien ▶

Prävention von Hautkrebs	S3	032 - 052OL	01.03.26	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/032-052OL
Prävention, Diagnostik und Therapie des Handekzems	S2k	013-053	22.02.28	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-053
Psoriasis	S3	013-001	31.12.24	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-001
Rosazea	S2k	013-065	31.12.26	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-065
Sinus pilonidalis	S3	081-009	31.03.25	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/081-009
Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen – interdisziplinäre Querschnittsleitlinie	S3	032 - 044OL	26.08.24	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/128-001OL
Teledermatologie	S2k	013 - 097	31.12.24	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-097
Therapie der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen	S2k	013 - 094	31.12.26	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-094
Therapie pathologischer Narben (hypertrophe Narben und Keloide)	S2k	013-030	31.12.24	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-030
Umgang mit Antikoagulantien und Thrombozytenaggregationshemmern bei Operationen an der Haut	S3	013 - 085	31.12.25	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-085

Stand: 31.07.2024

Angemeldete Leitlinienvorhaben und Updates	Evidenz	AWMF-Nr.	Gültig bis	Link AWMF	
Atopische Dermatitis (AD)	S3	013-027	15.06.28	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-027	Update / geplante Fertigstellung: 30.09.2027
Chronischer Pruritus	S2k	013-048	05.07.26	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-048	Update / geplante Fertigstellung: 30.06.2024
Diagnostik und Therapie der Gonorrhoe	S2k	059 - 004	20.12.23	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/059-004	Update / geplante Fertigstellung: 31.12.2026
Diagnostik und Therapie der Lymphödeme	S2k	058 - 001	22.05.22	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/058-001	Update / geplante Fertigstellung: 31.03.2026
Diagnostik und Therapie des Pemphigus vulgaris / foliaceus und des bullösen Pemphigoids	S2k	013-071	20.06.24	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-071	Update / geplante Fertigstellung: 31.03.2025
Diagnostik und Therapie des Zoster und der Postzosterneuralgie	S2k	013-023	23.05.24	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-023	Update / geplante Fertigstellung: 31.12.2025
Durchführung des Epikutantests mit Kontaktallergenen und Arzneimitteln	S3	013-018	19.03.24	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-018	Update / geplante Fertigstellung: 31.12.2028
Gebrauch von Präparationen zur lokalen Anwendung auf der Haut	S2k	013 - 092	31.10.22	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-092	Update / geplante Fertigstellung: 31.12.2024
Generalisierte pustulöse Psoriasis (GPP)	S1	013-107		https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-107	Neu / geplante Fertigstellung: 31.12.2024
Hämorrhoidalleiden	S3	081-007	31.03.24	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/081-007	Update / geplante Fertigstellung: 31.03.2026
Infektionen mit Chlamydia Trachomatis	S2k	059 - 005	29.08.21	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/059-005	Update / geplante Fertigstellung: 31.12.2024
Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien	S2k	061 - 031	31.12.24	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/061-031	Update / geplante Fertigstellung: 31.12.2025
Medizinische Kompressionstherapie der Extremitäten mit Medizinischem Kompressionsstrumpf (MKS), Phlebologischem Kompressionsverband (PKV) und Medizinischen adaptiven Kompressionssystemen (MAK)	S2k	037-005	31.12.23	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/037-005	Update / geplante Fertigstellung: 31.12.2024
Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK), Diagnostik, Therapie und Nachsorge	S3	065 - 003	29.11.20	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/065-003	Update / geplante Fertigstellung: 20.07.2024
Prophylaxe der venösen Thromboembolie (VTE)	S3	003 - 001	14.10.20	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/003-001	Update / geplante Fertigstellung: 31.12.2024
Psoriasis-Arthritis	S3	060-013		https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/060-013	Neu / geplante Fertigstellung: 30.06.2025
Psychodermatologie	S1	013-024	30.03.23	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-024	Update / geplante Fertigstellung: 30.04.2026
Sexuell übertragbare Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik, Therapie	S2k	059 - 006	01.08.23	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/059-006	Update / geplante Fertigstellung: 31.12.2026
Sklerosierungsbehandlung der Varikose	S2k	037-015	30.12.23	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/037-015	Update / geplante Fertigstellung: 31.10.2024
UV-Fototherapie	S1	013-029	30.08.20	https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-029	Update / geplante Fertigstellung: 30.06.2024

Stand: 31.07.2024

CONTEXT IS FOR KINGS

Leitlinien ordnen das medizinische Wissen

Leitlinien geben Empfehlungen, wie eine Erkrankung festgestellt und die Patienten angemessen behandelt werden sollten. Sie richten sich vor allem an Ärzte, aber auch an Pflegekräfte und andere Akteure im Gesundheitswesen.

Durch Leitlinien soll die Transparenz medizinischer Entscheidungen gefördert werden. Sie werden entwickelt, indem zu speziellen Versorgungsproblemen Wissen aus unterschiedlichen Quellen zusammengetragen und bewertet wird. Dabei werden auch gegensätzliche Standpunkte und besondere situative Erfordernisse bei der Leitlinienentwicklung berücksichtigt und diskutiert.

Leitlinien beruhen somit stets auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren. So sollen sie zu mehr Sicherheit in der medizinischen Versorgung beitragen und dabei möglichst auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Zwar sind Leitlinien in erster Linie für Ärzte geschrieben, anders als Richtlinien sind sie aber weder für Ärzte noch für andere bindend. Letztlich unterstützen Leitlinien die Verbreitung einer evidenzbasierten Medizin.

Die Entwicklung von Leitlinien findet durch die einzelnen medizinischen Fachgesellschaften statt, seit 1992 koordiniert durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die damit auch für die Einhaltung bestimmter Qualitätskriterien sorgt.

AWMF-Leitlinien sind im Internet zugänglich und werden in drei Entwicklungsstufen kategorisiert. Lediglich Leitlinien der Stufen 2e und 3 gelten als evidenzbasiert, das heißt, ihre Entwicklung basiert in allen Schritten auf einem maximal systematischen und transparenten Vorgehen. Die methodische Qualität einer S3-Leitlinie ist dementsprechend höher als die einer S2- oder S1-Leitlinie. Stand 2024 listet die AWMF über 800 Leitlinien, davon in etwa 29% in der Kategorie S1, weitere 44% in S2 und lediglich 25% sind S3-Leitlinien.

Wie entstehen Leitlinien?

Leitlinien werden systematisch entwickelt und folgen einem bestimmten Ablauf. Zuerst wird eine Leitlinienkommission mit Fachleuten zu der Erkrankung gebildet. Diese tragen dann möglichst vollständig das Wissen aus verschiedenen Quellen zusammen und bewerten es nach festgelegten Kriterien. Unterschiedliche Einschätzungen und Standpunkte werden diskutiert und in der Leitlinie auch möglichst angemessen berücksichtigt („strukturierte Konsensfindung“). Zudem müssen alle Beteiligten ihre potenziellen Interessenskonflikte offenlegen. Die umfangreiche Entwicklung einer S3-Leitlinie kann mehrere Jahre dauern.

S3	evidenz- und konsensbasierte Leitlinie	repräsentatives Gremium, systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur, strukturierte Konsensfindung
S2e	evidenzbasierte Leitlinie	systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur
S2k	konsensbasierte Leitlinie	repräsentatives Gremium, strukturierte Konsensfindung
S1	Handlungsempfehlungen von Expertengruppen	Konsensfindung in einem informellen Verfahren

Die S-Klassen: Methodischer Hintergrund von Leitlinien

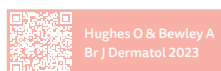


Übersicht Aktuelle Leitlinien

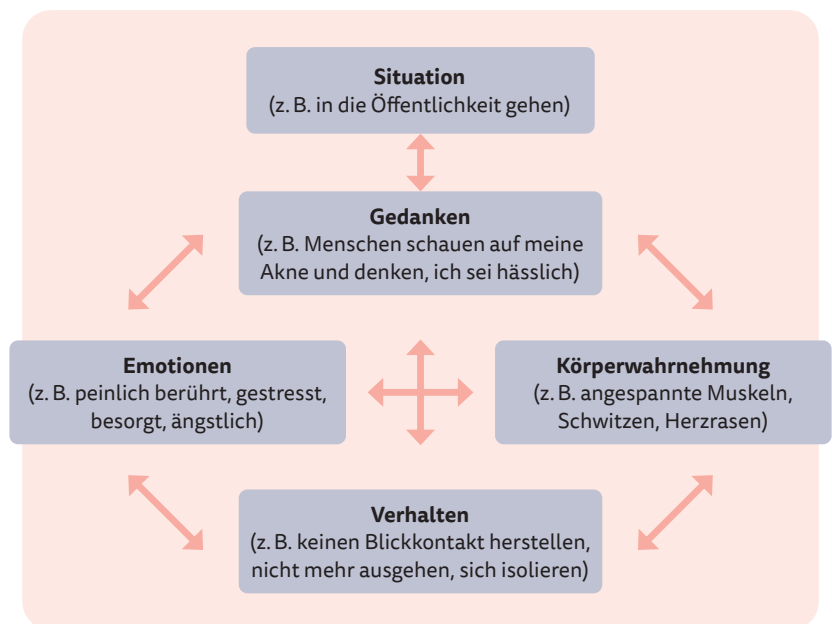
Akne – warum wir über die Haut hinausblicken müssen

Akne betrifft Menschen in jedem Alter und stellt für viele eine erhebliche Belastung dar – und das nicht nur auf der Haut.

Oft übersehen: die psychischen Auswirkungen, die mit dieser Erkrankung einhergehen. Menschen mit Akne leiden nicht selten unter ausgeprägten psychischen Problemen, die von sozialen Rückzugstendenzen bis hin zu Depressionen reichen. Psychische Faktoren können nicht nur eine Folge der Akne sein können, sondern sogar zu ihrer Verschlechterung beitragen. Das frühzeitige Erkennen von psychologischen Begleiterkrankungen ermöglicht gezielte Interventionen und, falls notwendig, die Überweisung an spezialisierte Fachkräfte. Daher ist es entscheidend, dass Ärzte nicht nur die Haut, sondern auch das psychische Wohlbefinden ihrer Patienten im Blick haben. (red)



Hughes O & Bewley A Br J Dermatol 2023



Kognitives Verhaltensmodell von Menschen mit Akne (aus Hughes O & Bewley A 2023).

Für manche chronischen Erkrankungen (insbesondere für Asthma, Diabetes mellitus und Neurodermitis) werden Patienten-Schulungen angeboten, bei denen zertifizierte Personen im Präsenzformat über bestimmte Aspekte einer Erkrankung informieren. Diese Schulungen können fächerübergreifend sein. Neben Fachärzten sind häufig auch Ernährungsmediziner und Psychologen sowie weitere, für die Erkrankung wichtige Fachleute an der Schulung beteiligt. Für die Psoriasis werden solche Schulungen nicht flächendeckend angeboten.



© Marish/shutterstock.com

Prof. Michael P. Schön, Direktor der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie an der Universitätsmedizin Göttingen und Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des DPB, hat jetzt zusammen mit einem kommerziellen Anbieter die Psoriasis-Schulung HelloProfessor entwickelt, die online abgerufen werden kann. Es ist die erste Schulung dieser Art. Sie bietet neben Videos auch ein Begleitheft und weiteres Zusatzmaterial. Nutzer können ein Jahr auf das Material zugreifen. Das PSO Magazin sprach mit Schön über den Nutzen von Psoriasis-Schulungen sowie die Vor- und Nachteile von Online-Angeboten.

Prof. Schön, warum sind digitale Psoriasis-Schulungen sinnvoll?

Psoriasis ist eine komplexe Erkrankung. Die Betroffenen suchen sich Informationen im Internet. Dort das Relevante vom Ballast zu unterscheiden, ist nicht ganz einfach. Bei einer digitalen Psoriasis-Schulung wird alles Wissenswerte vermittelt. Es sind gesicherte Erkenntnisse auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Es ist ja nicht jeder Betroffene Mitglied im Deutschen Psoriasis Bund, wo er natürlich auch alle Informationen gut aufbereitet über verschiedene Kanäle bekommt.

Wären nicht Schulungen vor Ort in Präsenz viel effektiver?

Das wären sie möglicherweise. Es gab vor Jahren tatsächlich eine zertifizierte und von der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft unterstützte Ausbildung zum Psoriasis-Trainer. Ich habe auch so ein Zertifikat. Das Problem war dann aber, dass die Kosten von den vielen verschiedenen Krankenkassen für ihre jeweiligen Versicherten nicht problemlos übernommen wurden. Und so war das Projekt nicht nachhaltig erfolgreich.

Die Kosten sind tatsächlich ein Problem. Bei der Psoriasis-Schulung, die in der Hautklinik Erlangen angeboten wird, wissen wir beispielsweise, dass sie nicht von allen Krankenkassen übernommen wird. Da müssen einige Teilnehmende einen Teil der Kosten auch selbst übernehmen.

Das ist wirklich schade, aber das ist nun mal die Realität. Online-Schulungen können wegen der viel größeren Reichweite natürlich kostengünstiger sein und auch mehr Menschen erreichen. Positiv ist zudem, dass man die Teile einer Online-Schulung immer wieder abspielen kann und sich dadurch besser einprägt.

Auch wird der Kreis der Geschulten erweitert. So können sich auch Angehörige Schulungsteile ansehen, die für sie interessant sind. An einer Präsenzschulung nehmen Angehörige üblicherweise nicht teil. Wir hoffen, dass es vielen Betroffenen etwas wert ist, eine Online-Schulung zu durchlaufen.

Was sind aus Ihrer Sicht Themen, die in so eine Online-Psoriasis-Schulung hineingehören?

Die Schulung sollte es schaffen, bei den Patienten ein Verständnis für ihre Erkrankung zu entwickeln. Was geht in der Haut und im gesamten Körper vor? Warum ist nicht nur die Haut betroffen? Das Krankheitsbild muss Thema sein, ebenso wie Ursachen und Auslösefaktoren und natürlich Behandlungsmöglichkeiten. Wichtig sind aber auch Aspekte wie Ernährung und psychosoziale Auswirkungen.

Wo sehen Sie die digitalen Psoriasis-Schulungen in drei Jahren?

Alle reden vom mündigen Patienten. Aber was wird gemacht, um das Ziel zu erreichen? In der dermatologischen Praxis haben wir in der Regel nur wenige Minuten für jeden Patienten. Da schaffen wir es nicht, alle wichtigen Informationen zu vermitteln. Unterstützung durch Patientenschulungen sind daher sehr sinnvoll. Digitale Formate werden an Bedeutung gewinnen und ihren Platz in der medizinischen Landschaft finden.

Werden die Krankenkassen irgendwann digitale Psoriasis-Schulungen als sinnvolle Ergänzungen zu den medizinischen Behandlungen übernehmen?

Ich bin da einigermaßen ernüchtert, nachdem ich die Schwierigkeiten bei bisherigen Angeboten gesehen habe, um eine Kostenübernahme zu erreichen. Aber ganz ausgeschlossen ist das nicht.

ANETTE MEYER, DEUTSCHER PSORIASIS BUND E.V.

Dieser Artikel ist ein Nachdruck aus dem „PSO Magazin“. Das ist das Mitgliedermagazin des Deutschen Psoriasis Bundes e.V. (DPB). Dieser gemeinnützige Verein von und für Menschen mit Psoriasis und Psoriasis-Arthritis bietet Betroffenen umfangreiches und leicht verständliches Informationsmaterial, Schulungen und Workshops an. Und er hält zahlreiche Präsenz- und Online-Gruppen zum Erfahrungsaustausch bereit. Darüber hinaus mischt er sich gesundheitspolitisch ein und arbeitet eng mit dem Hautnetz Deutschland e.V. zusammen. www.psoriasis-bund.de



Deutscher
Psoriasis Bund e.V.
Selbsthilfe seit 1973

Body Positivity und Psoriasis: Zwischen Akzeptanz und Gesundheit

Die Body-Positivity-Bewegung hat viele positive Aspekte, wie die Förderung von Selbstakzeptanz und die Bekämpfung von Diskriminierung und Stigmatisierung aufgrund des Körperbildes. Dazu zählt nicht nur Übergewicht, sondern sämtliche Körperformen, -farben oder Behinderungen. Allerdings gibt es auch Kritikpunkte an der Bewegung: unrealistische Erwartungen an den eigenen Körper, die zu zusätzlichem Druck führen, Kommerzialisierung, Ausschluss bestimmter Gruppen, der Fokus auf das Äußere und natürlich Gesundheitsrisiken. Da stellt sich auch die Frage: Wie ist die Bewegung in Hinblick auf chronisch-entzündliche Hautkrankheiten einzuordnen?



© Jacob Lund/shutterstock.com

Wir alle wünschen uns für unsere persönlichen Probleme, Meinungen und Eigenschaften Anerkennung, Wertschätzung und Toleranz von anderen Menschen. Das ist aus mehreren psychologischen, sozialen und evolutionären Gründen wichtig. Anerkennung und Wertschätzung sind tief in unserer Psychologie verwurzelt. Menschen haben das Bedürfnis, gesehen und gehört zu werden. Dies geht auf das Bedürfnis nach sozialer Zugehörigkeit und Akzeptanz zurück, das in der Maslowschen Bedürfnishierarchie verankert ist. Toleranz wiederum ist die Grundlage für ein friedliches Miteinander in einer vielfältigen Gesellschaft. Gerade in einer Demokratie ist Toleranz ein unverzichtbarer Wert. Ohne sie könnte eine Demokratie nicht funktionieren, da abweichende Meinungen unterdrückt und Minderheiten diskriminiert würden.

Und genau diese Grundbedürfnisse sind das Fundament der Body-Positivity-Bewegung, die vor allem in den sozialen Medien allgegenwärtig ist. Sie zielte ursprünglich darauf ab, Übergewichtige nicht aufgrund ihres Gewichtes zu diskriminieren und mehr in die Gesellschaft einzubinden. Aber auch sich im eigenen Körper wohlfühlen, ist Ziel dieser Bewegung. Lernen, den eigenen Körper zu lieben: Das gilt weiterführend natürlich nicht nur für übergewichtige Personen. Es umfasst sämtliche Körperformen, die Herkunft und somit Hautfarbe eines Menschen, aber auch Behinderungen oder Erkrankungen, die vor allem äußerlich sichtbar sind und somit Stigmatisierung eine Bühne bieten. Soweit, so gut. Was könnte es daran auszusetzen geben?

Kritik an der Body-Positivity-Bewegung

Abseits der medizinischen Kritik können die Ziele der Bewegung dazu führen, dass unrealistische Erwartungen an den eigenen Körper gestellt werden. Das kann zu zusätzlichem Druck führen, denn nicht jeder möchte sich in seinem Körper

unter den gegebenen Umständen wohlfühlen. Die Kommerzialisierung in Form von Diät- und gewichtsreduzierenden Wellness-Produkten sorgt dafür, dass viele unnötige und überbeuerte Produkte den Weg auf den Markt finden und Werbung mit Menschen gemacht wird, die unter ihrem Übergewicht leiden. Der Fokus der Bewegung liegt klar auf dem Äußeren, dabei sollte es auf die inneren Werte eines Menschen ankommen. Auch medizinisch gesehen sind die unerwünschten Begleiterkrankungen, die mit Übergewicht einhergehen, problematisch. Aus dermatologischer Sicht führt die Bewegung zur Verharmlosung von Hautkrankheiten wie Akne, Psoriasis oder Ekzemen. Indem alle Hautzustände als normal und akzeptabel dargestellt werden, könnte die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung oder einer gesunden Hautpflege weniger ernst genommen werden. Auch psychische Belastungen spielen eine bedeutende Rolle: Menschen mit sichtbaren Hautkrankheiten könnten sich unter Druck gesetzt fühlen, ihre Hautprobleme zu akzeptieren und zu lieben, obwohl sie möglicherweise unter erheblichen psychischen Belastungen leiden. Das führt zu einem inneren Konflikt, da sie einerseits die Botschaft der Selbstakzeptanz annehmen sollen, andererseits aber mit den realen Herausforderungen ihrer Hautkrankheit kämpfen. Ein weiterer Nachteil könnte sein, dass die Bewegung nicht ausreichend über die medizinischen Aspekte und Behandlungsmöglichkeiten von Hautkrankheiten aufklärt. Was wiederum dazu führen kann, dass Betroffene nicht die notwendige medizinische Hilfe suchen, sondern versuchen, ihre Hautprobleme allein durch Selbstakzeptanz zu bewältigen.

Verbindungen von Psoriasis zu Übergewicht

Psoriasis kann eine Folge von Übergewicht sein, daran besteht schon längst kein Zweifel mehr: Fast 40 % der Menschen mit Psoriasis sind übergewichtig, 37 % davon sogar fettleibig.

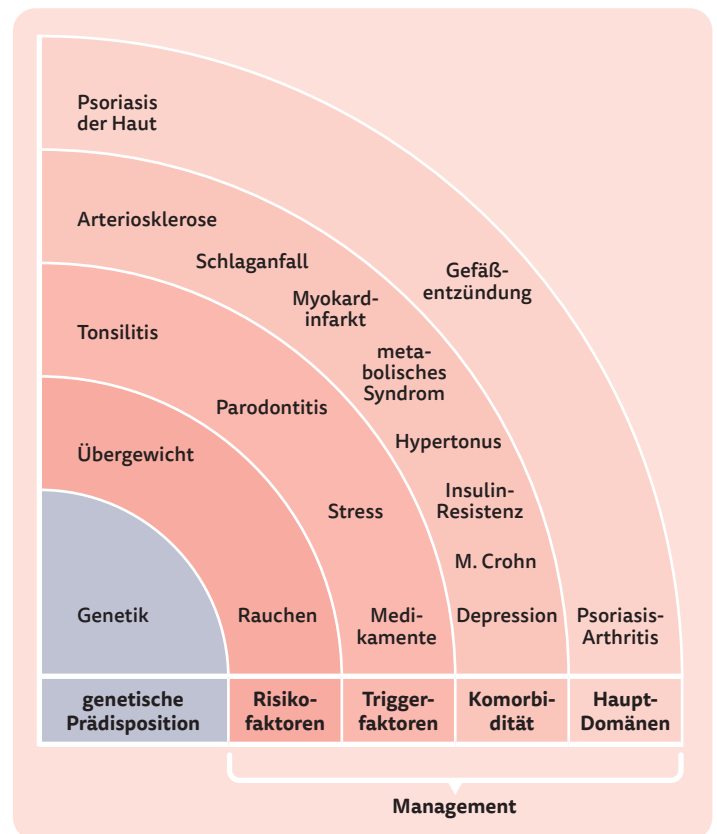
Diesen Zusammenhang fassten auch Mrowietz et al. in einer Übersichtsarbeit zusammen. Selbst nach Berücksichtigung anderer Einflussfaktoren bleibt Übergewicht ein unabhängiger Risikofaktor. Besonders alarmierend: Ein Body-Mass-Index (BMI) von über 30 verdoppelt fast das Risiko für Psoriasis. Aber woher rührt diese Verbindung? Die zugrunde liegenden Entzündungsprozesse im Fettgewebe, verstärkt durch Übergewicht, erhöhen die Freisetzung von proinflammatorischen Zytokinen wie Interleukin(IL)-6 und Tumornekrosefaktor (TNF). Zudem zeigt die aktuelle Forschung, dass Übergewicht auch die Zahl entzündungshemmender regulatorischer T-Zellen verringert und proentzündliche T-Zellen fördert. Eine Genomstudie aus dem Jahr 2024 identifizierte gemeinsame genetische Loci und kausale Beziehungen zwischen Adipositas und Psoriasis. Dabei wurde eine positive genetische Korrelation zwischen dem BMI und Psoriasis sowie zwischen dem Taillen-Hüft-Verhältnis und Psoriasis festgestellt. Übergewichtige Patienten mit Psoriasis zeigen zudem erhöhte Spiegel von Adipokinen. Diese Adipokine tragen zur systemischen Entzündung bei, die sowohl entzündliche Hautkrankheiten als auch eine Adipositas verschlimmern kann. Die Verbindung der beiden Krankheiten ist also bidirektional: Übergewicht kann das Risiko für die Entwicklung von Psoriasis erhöhen und umgekehrt.

Besondere Behandlung

Die Behandlung von Psoriasis bei übergewichtigen Menschen erfordert mehr als nur eine gut abgestimmte Systemtherapie. Durch das Übergewicht als (Mit-)Auslöser der Erkrankung muss auch dieses angegangen werden, um langfristig Erfolge in der Therapie erzielen zu können. Eine angemessene Ernährungsumstellung ist somit unbedingt erforderlich und sollte ausführlich mit dem Patienten besprochen werden. Zu einer gesunden, ausgewogenen Ernährung gehört ebenso regelmäßige Bewegung. Abnehmen ändert nichts daran, an Psoriasis erkrankt zu sein, kann aber dazu beitragen die Schübe oder Auswirkungen zu vermindern. Zudem spricht die Therapie bei Menschen mit Übergewicht oft schlechter an. Da sich durch Übergewicht außerdem vermehrt Hautfalten bilden, sollten diese besonders gründlich gewaschen und (vorsichtig!) abgetrocknet werden, um einen Feuchtigkeitsstau und Entzündungen zu vermeiden.

Wohlbefinden allein reicht oft nicht

Der enge Zusammenhang zwischen Übergewicht und Psoriasis ist ein Beispiel, warum die Body-Positivity-Bewegung aus

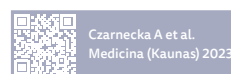


Wichtige Einflussfaktoren der Psoriasis

Aus Mrowietz et al. 2023

medizinischer Sicht durchaus kritisch zu sehen ist. Kritiker argumentieren, dass die Bewegung gesundheitliche Risiken verharmlosen könnte. Indem sie alle Körperformen und -größen als gleichwertig und gesund darstellt, könnte sie dazu beitragen, dass Krankheiten wie Psoriasis oder Essstörungen nicht ausreichend thematisiert werden. Oder schlimmer noch: Mit Übergewicht einhergehende Probleme werden verharmlost. Natürlich sollte sich jeder in seinem Körper wohlfühlen dürfen. Ganz gleich ob dick, dünn, klein, groß, körperlich eingeschränkt oder hautkrank. Aber reine Akzeptanz ist kein universelles Heilmittel und je nach Komorbidität bedarf es unbedingt einer ärztlichen Behandlung.

MERLE TWESTEN



Czarnecka A et al.
Medicina (Kaunas) 2023



Vata et al.
Life 2023



Mrowietz et al.
J Eur Acad Dermatol Venereol 2023



Wu et al.
Front Immunol 2024

CONTEXT IS FOR KINGS

Die Ursprünge des Begriffs „Body Positivity“ lassen sich bis in die späten 1960er Jahre zurückverfolgen. Die Bewegung entstand als Reaktion auf die gesellschaftlichen Normen und Schönheitsideale, die oft unerreichbar und diskriminierend waren und sind. Ein bedeutender Meilenstein in der Entwicklung der Body-Positivity-Bewegung war die Gründung der National Association to Advance Fat Acceptance (NAAFA) im Jahr 1969. Diese Organisation spielte eine zentrale Rolle bei der Förderung von Akzeptanz und Gleichberechtigung für Menschen aller Körpergrößen. In den folgenden Jahrzehnten gewann die Bewegung zunehmend an Aufmerksamkeit und Einfluss.

Der Begriff „Body Positivity“ selbst wurde in den 1990er Jahren populär, als sich die Bewegung weiterentwickelte und ihre Ziele erweiterte. Neben der Bekämpfung von Gewichtsdiskriminierung rückte nun auch die allgemeine Akzeptanz und Wertschätzung aller Körperformen, -größen und -farben in den Fokus. Die Verbreitung sozialer Medien in den 2000er Jahren trug erheblich zur Popularisierung der Body-Positivity-Bewegung bei, indem sie Plattformen für Menschen schuf, um ihre Geschichten zu teilen, sich gegenseitig zu unterstützen und gegen gesellschaftliche Schönheitsnormen zu protestieren.

Therapie nach Maß – Die Rolle der Dermatopathologie in der Präzisionsmedizin

Viele Therapien und Behandlungen werden in der Medizin auf eine breite Masse an Patienten angewandt. Das schließt die Dermatologie nicht aus, sei es nun eine Salbe, eine Pille oder Spritze. Vieles hilft bei vielen, aber eben nicht bei allen. Grund dafür ist unter anderem unsere sehr komplexe und individuelle Genetik.

Und hier kommt die Dermatopathologie ins Spiel. Sie ist ein wesentlicher Bestandteil der Präzisionsmedizin, die darauf abzielt, personalisierte Behandlungsansätze zu entwickeln, die auf den individuellen genetischen und molekularen Profilen der Patienten basieren.



© Katy Pack/shutterstock.com

Die Haut ist unser größtes Organ und fungiert als Schutzschild gegen äußere Einflüsse. Doch wenn sie erkrankt, bedarf es oft eines tiefen Blicks in ihre Strukturen, um die richtige Diagnose zu stellen. Hier kommt die Dermatopathologie ins Spiel – ein Fachgebiet, das eine zentrale Rolle in der Dermatologie einnimmt, aber oft im Verborgenen wirkt. Doch was genau ist Dermatopathologie und warum ist sie für die Diagnose und Behandlung von Hauterkrankungen so wichtig?

Die Dermatopathologie beschäftigt sich mit der Untersuchung von Hautbiopsien auf zellulärer und molekularer Ebene. Ziel ist es, die genauen Veränderungen in den Hautzellen zu identifizieren, die für verschiedene Hauterkrankungen charakteristisch sind. Die Krux: Hautkrankheiten sind in ihrer Erscheinungsform oft ähnlich und mit bloßem Auge manchmal schwer zu unterscheiden. Doch unter dem Mikroskop zeigen sie ihre einzigartigen Muster. Gesucht wird nach charakteristischen Anzeichen wie veränderten Zellstrukturen, abnormen Wachstumsprozessen oder entzündlichen Veränderungen, die oft den Schlüssel zur richtigen Diagnose liefern.

Besonders tückisch kann die Diagnostik bei Psoriasis und atopischer Dermatitis (AD) werden: Psoriasis und AD zeigen sowohl klinische als auch molekulare Gemeinsamkeiten, was die Unterscheidung erschwert. Psoriasis wird zwar typischerweise durch schuppige Plaques charakterisiert, während AD eher mit trockenem, entzündlichem Ekzem auftritt. Je nach Patient oder Schwere der Krankheit können sich diese aber ähneln. Auch genetisch teilen beide Krankheiten bestimmte Risikofaktoren, wie zum Beispiel Mutationen im FLG-Gen (Filaggrin),

ein Protein, das die Struktur der Epidermis beeinflusst. Jedoch unterscheidet sich die Immunantwort der beiden Krankheiten: Psoriasis weist eine Th17-dominierte, AD hingegen eine Th2-dominierte Entzündung auf. Und genau hier kommt die Dermatopathologie ins Spiel, denn diese immunologischen Unterschiede sind mittels besonderer Aufarbeitung von Hautproben erkennbar. Neue Technologien wie der Dermagnostix bieten erste molekulare Tests für die Differenzialdiagnose von Psoriasis und Ekzemen an. Somit kann nicht nur die Krankheit bestimmt werden, sondern anhand der vorliegenden molekularen Strukturen auch eine geeignete Therapie.

Auch bei Melanomen zeigt die Dermatopathologie, welches Potential in ihr steckt: Mit Unterstützung von Bildauswertungsprogrammen können durch Biopsien über 90% der Melanome als solche identifiziert werden. Das spricht eindeutig für die Notwendigkeit dieses Teilgebiets der Dermatologie, um das Leben von Betroffenen zu verbessern.

Die Dermatopathologie bietet einen tieferen Blick in die Haut, der oft notwendig ist, um komplexe Hauterkrankungen zu verstehen. Dank der präzisen Arbeit können Hautkrankheiten genauer diagnostiziert und somit effektiver behandelt werden. Auch wenn die Arbeit der Dermatopathologen meist hinter den Kulissen stattfindet, sind ihre Erkenntnisse unverzichtbar für die moderne Medizin und die optimale Versorgung der Patienten.

MERLE TWESTEN



Clarke EL et al.
Sci Rep 2023



Tsai Y-C & Tsai T-F
Int J Mol Sci 2022



Werner Kempf W et al.
Springer Link 2020

4D-Forschung: Vorzugmodell in der modernen Versorgung?

Das Gesundheitswesen steht mitten in einer digitalen Transformation – der 4D-Forschung. Die vier Ds stehen nicht etwa für ein mehrdimensionales Raummodell, sondern für Begriffe, die ein wichtiges Standbein in der medizinischen Forschung und Versorgung darstellen. Die Integration von Drugs (Medikamente), Diagnostics (Diagnostik), Data (Daten) und Devices (Geräte) könnte dazu beitragen, den Behandlungsstandard grundlegend zu verändern. Diese transdisziplinäre Herangehensweise zielt darauf ab, innovative Therapieoptionen, präzisere Diagnosemethoden, personalisierte Medizin und intelligente Medizingeräte nahtlos miteinander zu verknüpfen.

Drugs – maßgeschneiderte Therapien

Moderne Pharmakologie geht weit über die herkömmliche Medikamentenentwicklung hinaus. In der 4D-Forschung liegt der Fokus auf personalisierten Medikamenten, die gezielt auf Subgruppen oder sogar auf einzelne Patienten und deren genetischen und molekularen Hintergrund abgestimmt sind. Das ermöglicht nicht nur eine effektivere Therapie, sondern auch die Minimierung unerwünschter Nebenwirkungen. Neue Erkenntnisse aus der Genomforschung und Biotechnologie schaffen eine große Vielfalt an therapeutischen Optionen von zielgerichteten Antikörpern bis hin zu Gentherapien.

Diagnostics – Präzision durch Technologie

Die Zeiten der Einheitsdiagnose sind vorbei. Verbesserte Methoden in der Diagnostik ermöglichen das immer genauere und frühzeitigere Erkennen von Hautkrankheiten. Künstliche Intelligenz (KI) und maschinelles Lernen analysieren große Datenmengen und identifizieren Muster und Anomalien, die für das medizinische Fachpersonal oft schwer zu erkennen sind. Flüssigbiopsien und molekulare Bildgebung sind dabei nur einige Beispiele, mit denen eine Früherkennung und Vorhersage von Krankheitsverläufen möglich ist. Hier geht es auch viel um die richtige Dosis: Wie viel von welchem Medikament wirkt besonders gut oder schlecht bei bestimmten Patienten?

Data – der Rohstoff der Zukunft

„Big Data“ ist der Motor der 4D-Forschung. Unmengen an Gesundheitsdaten, von genetischen Profilen über klinische Testergebnisse bis hin zu Patientenhistorien, werden heute gesammelt und ausgewertet. Diese Daten schaffen die Grundlage für tiefere Einblicke in Krankheitsmuster, Behandlungsverläufe und das individuelle Ansprechen auf Therapien. Der Datenschutz spielt dabei eine nicht unbedeutende Rolle und sollte trotz der erfolgreichen Aussichten Berücksichtigung finden.

Devices – intelligente Medizintechnik

Im Bereich der Medizingeräte erleben wir eine technologische Revolution. Smarte Wearables und implantierbare Sensoren überwachen kontinuierlich den Gesundheitszustand des Patienten und liefern wertvolle Echtzeitdaten. Diese Geräte

sind nicht nur passiv – sie reagieren aktiv auf Veränderungen, indem sie zum Beispiel Medikamente dosieren oder Alarme an medizinisches Personal senden. In Kombination mit telemedizinischen Plattformen ermöglicht das eine engmaschige und gleichzeitig ortsunabhängige Betreuung der Patienten.

Die vier Ds repräsentieren im Endeffekt auch die vier Berufsgruppen Ärzte, Naturwissenschaftler, Informatiker und Ingenieure – denn sie alle braucht es, um letztendlich die richtige Diagnose zu stellen und eine erfolgreiche Therapie zu finden. Gerade bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen wie Psoriasis, wo oft mehrere Organsysteme gleichzeitig betroffen sind, ist dieser transdisziplinäre Ansatz von großem Vorteil.

Umgesetzt wird dieses Modell bereits an der 4D-Entzündungsklinik am Fraunhofer-Institut für Translationale Medizin und Pharmakologie (ITMP). Stellt sich dort ein Patient mit Psoriasis vor, wird dieser gleichzeitig von Rheumatologen, Dermatologen und Gastroenterologen betreut. Diesen Ärzten wiederum wird ein Team aus Naturwissenschaftlern, Datenanalysten und Ingenieuren bereitgestellt. So wird nicht nur der Patient optimal versorgt, sondern es wird auch automatisch ein Translationskreislauf durchwandert, der zu einer kostenintelligenten Gesundheitsversorgung beiträgt.

Das Zusammenwirken der vier Ds könnte die Medizin von Grund auf neu gestalten. Die Entwicklung innovativer Medikamente, präziser Diagnostikmethoden, datengetriebener Erkenntnisse und intelligenter Medizintechnik wird in den nächsten Jahren stark zunehmen. Vor allem im Hinblick auf chronische Erkrankungen wie Psoriasis oder atopische Dermatitis, Krebs und seltene Krankheiten verspricht die 4D-Forschung Fortschritte. Allerdings ist es auch ein Konzept, das sicherlich nicht überall durchwandert werden kann. Für den Dermatologen auf dem Land in seiner kleinen Dorfpraxis wird es nur schwer umsetzbar sein. Doch in Kliniken oder größeren Instituten ist die Implementierung ganz sicher eine Überlegung wert. Darüber hinaus müssen auch regulatorische Herausforderungen gemeistert werden: Der Datenschutz, gerade bei so riesigen Datenmengen, wird sicherlich ein Thema werden. MERLE TWESTEN



Geißlinger G 2024

Das kleine Einmaleins der Systemtherapien

Die Auswahl der Systemtherapie hängt von der Hauterkrankung ab. Einige Medikamente wirken bei mehreren Krankheiten, andere wiederum nur bei einer spezifischen Erkrankung. Unterschieden wird in First-Line- und Second-Line-Therapie: Die First-Line-Therapie für eine bestimmte Krankheit ist diejenige, die zuvor unbehandelten Patienten verschrieben wird, in der Regel aufgrund einer Kombination aus hoher Wirksamkeit und geringem vergleichbaren Risiko. Wenn diese Therapie unwirksam ist, geht man zu einer Second-Line-Therapie über.

Phasen der Zulassung

Damit ein Medikament für eine Systemtherapie überhaupt den Weg zum Patienten finden kann, müssen verschiedene Zulassungsphasen durchlaufen werden.

● Präklinische Phase:

In dieser Phase wird die Sicherheit einer Substanz in präklinischen Studien getestet, die an Zellkulturen oder Tieren durchgeführt werden.

● Klinische Phase I:

Wenn die Substanz als sicher eingestuft wird, beginnt die erste klinische Phase. Hierbei wird das Medikament einer kleinen Gruppe gesunder Freiwilliger in geringen Dosen verabreicht, um zu prüfen, ob es sich im menschlichen Körper wie erwartet verhält.

● Klinische Phasen II und III:

In diesen Phasen wird die Wirksamkeit, die optimale Dosierung und die Verträglichkeit des Medikaments bei Patienten getestet. Die Teilnehmer werden in Gruppen eingeteilt, wobei einige das neue Medikament und andere ein Standardmedikament oder Placebo erhalten. Diese Studien sind oft doppelt verblindet.

● Phase IV:

Nach der Zulassung werden in Phase-IV-Studien größere Patientengruppen über längere Zeiträume beobachtet, um seltene Nebenwirkungen zu identifizieren. Darüber hinaus findet auch eine Untersuchung spezifischer Patienten-

Das Arsenal an Systemtherapeutika

	Wirkstoff	Wirkungsmechanismus	Originator	Biosimilars / Generika	Darreichungsform
Biologika					
1	Abatacept	CD80/86-Hemmer	Orencia®		☉
2	Adalimumab	TNF-alpha-Hemmer	Humira®	viele gleichwertige Therapeutika vorhanden	☉
3	Bimekizumab	IL-17A/F-Hemmer	Bimzelx®		☉
4	Brodalumab	IL-17A-Rezeptor-Hemmer	Kyntheum®		☉
5	Certolizumab	TNF-alpha-Hemmer	Cimzia®		☉
6	Dupilumab	IL4-/IL-13-Hemmer	Dupixent		☉
7	Etanercept	TNF-alpha-Hemmer	Enbrel®	viele gleichwertige Therapeutika vorhanden	☉
8	Golimumab	TNF-alpha-Hemmer	Simponi®		☉
9	Guselkumab	IL-23-Hemmer	Tremfya®		☉
10	Infliximab	TNF-alpha-Hemmer	Remicade®	viele gleichwertige Therapeutika vorhanden	☉☉
11	Ixekizumab	IL-17A-Hemmer	Taltz®		☉
12	Lebrikizumab	IL-13-Hemmer	Ebglyss		☉
13	Risankizumab	IL-23-Hemmer	Skyrizi®		☉
14	Secukinumab	IL-17A-Hemmer	Cosentyx®		☉
15	Tildrakizumab	IL-23-Hemmer	Ilumetri®		☉
16	Tralokinumab	IL-13-Hemmer	Adtralza®		☉
17	Ustekinumab	IL-12/23-Hemmer	Stelara®		☉
Nicht-Biologika					
1	Abrocitinib	Januskinase-1-Hemmer	Cibinqo®		☉
2	Acitretin	Retinoid	Neotigason®	vorhanden	☉
3	Apremilast	Phosphodiesterase-4-Hemmer	Otezla®		☉
4	Azathioprin	Syntheseinhib. Purinnukleotide	Azafalk®		☉
5	Baricitinib	Januskinase-1-Hemmer	Olumiant®		☉
6	Ciclosporin	Calcineurin-Hemmer	Sandimmun®	viele gleichwertige Therapeutika vorhanden	☉
7	Deucravacitinib	Tyrosinkinase-2-Hemmer	Sotyktu®		☉
8	Dimethylfumarat	antiproliferativer Effekt auf T-Lymphozyten	Skilarence®		☉
9	Fumarsäureester	antiproliferativer Effekt auf T-Lymphozyten	Fumaderm®		☉
10	Glukokortikosteroide	Kortikosteroidrezeptor-Bindung			☉☉☉
11	Leflunomid	Dihydroorotat-Dehydrogenase-Hemmer	Arava®	viele gleichwertige Therapeutika vorhanden	☉
12	Methotrexat	Dihydrofolat-Reduktase-Hemmer	Lantarel®	viele gleichwertige Therapeutika vorhanden	☉☉
13	Mycophenolatmofetil	IMPDH-Inhibitor	Rinvoq®		☉
14	Tofacitinib	Januskinase-1/2/3-Hemmer	Xeljanz®		☉
15	Upadacitinib	Januskinase-1-Hemmer	Rinvoq®		☉

Alle Angaben ohne Gewähr · Stand: 12.08.2024

☉ Injektion ☉ Infusion ☉ Tablette/Kapsel

gruppen (z. B. Patienten mit Vorerkrankungen, ältere Menschen oder Kinder) statt, die Testung der Effektivität im Alltag sowie die Optimierung von Dosierung und Anwendung. Diese Phase kann freiwillig oder von der Zulassungsbehörde vorgeschrieben sein.

Dieser Prozess ist sehr zeit- und kostenintensiv, weshalb Pharmaunternehmen bevorzugt auf Märkte mit großem Absatzpotenzial abzielen.

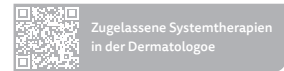
Off-Label-Nutzung und Alternativen

Es gibt auch Systemtherapien, die Off-Label verwendet werden. Das ist bei Erkrankungen der Fall, für die die entsprechende Therapie nicht ursprünglich zugelassen wurde oder in einer nicht zugelassenen Altersgruppe, Dosierung oder Art der Darreichung. Dabei kommt ein bestimmtes Medikament bereits für eine Indikation A In-Label zum Einsatz, wird aber für Indikation B als mögliche Alternative nur Off-Label genutzt. Diese Off-Label-Nutzung bietet Patienten und Ärzten zwar ein breiteres Spektrum an Behandlungsmöglich-

keiten, kann aber zu Problemen bei der Kostenerstattung durch die Krankenkassen führen. Denn diese zahlen nur, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind: Das Medikament muss erfolgversprechend sein, für die entsprechende Indikation müssen bereits Daten zur Wirksamkeit durch Studien oder Erfahrungsberichte vorliegen und es darf kein anderes zugelassenes Medikament für die Erkrankung zur Verfügung stehen. Bei der Off-Label-Wahl sind also unbedingt genaue Absprachen nötig.

Darüber hinaus gibt es auch sogenannte Arzneimittel-Härtefallprogramme und Early-Access-Programme (oder auch Compassionate Use), die Patienten Zugang zu neuen Medikamenten ermöglichen, bevor sie allgemein verfügbar sind. Diese müssen mindestens eine Phase-II-Studie durchlaufen haben.

Welche Therapien und Medikamente aktuell bei Psoriasis vulgaris, Psoriasis-Arthritis, Akne inversa und atopischer Dermatitis angewendet werden können, haben wir in folgender Tabelle zusammengestellt.



PSORIASIS VULGARIS		Zugelassen für Kinder/Jugendliche ab Jahre	PSORIASIS-ARTHRITIS		AKNE INVERSA		ATOPISCHE DERMATITIS			Zugelassen für Kinder/Jugendliche ab Jahre
First Line	Second Line		First Line	Second Line	First Line	Second Line	Langzeittherapie	Kurzzeittherapie	Off-Label	
•		4		•						
•				•		•				
•				•		•				
•				•						
	•	6		•			•			**
•				•						
	•			•						
•		6		•			•			12
•				•						
•		6		•		•				
•				•			•			12
	•	6		•						
•		*					•			12
	•			•					•	
							•			2
•								•		
•										
•										
			•							
•			•							
				•					•	
				•					•	
				•			•			12
* nur Psoriasis pustulosa (Off-Label)										** ab 6 Monaten

Das Deutsche Psoriasis-Register PsoBest

Stand: Oktober 2024

AKTUELLES



BASELINE-DATEN



DAS DEUTSCHE PSORIASIS-REGISTER PSOBEST

READY.
RUN.

+++ validiert prospektiv beobachtete Zeiten +++

18.410 Jahre (Nicht-Biologika)

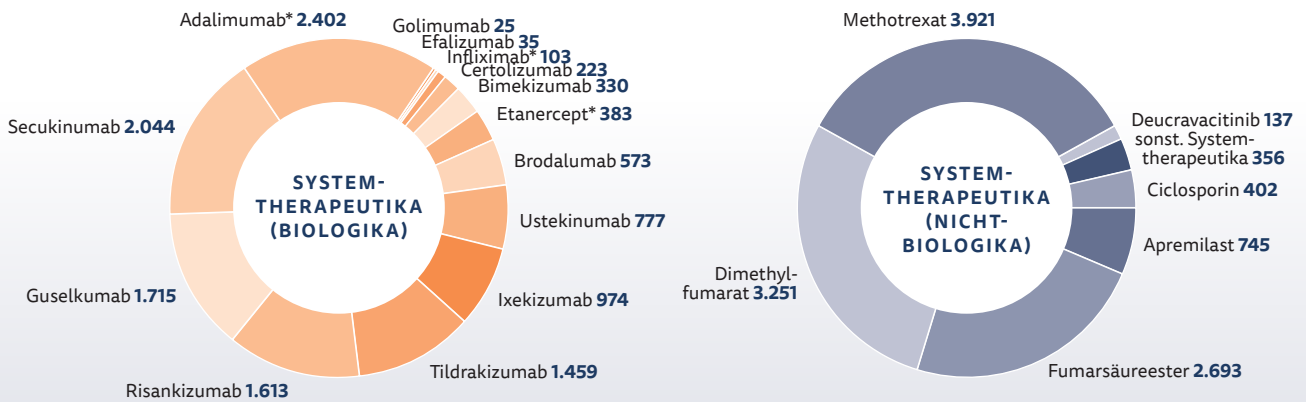
19.412 Jahre (Biologika)

1.186 Jahre (Biosimilars)

+++ validiert prospektiv beobachtete Zeiten +++

READY.

MEDIKATION BEI ERSTEINSCHLUSS



* inklusive wirkstoffähnlicher Produkte

PHARMAKOVIGILANZ

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input checked="" type="radio"/> Abatacept | <input checked="" type="radio"/> Certolizumab | <input checked="" type="radio"/> Guselkumab | <input checked="" type="radio"/> Sulfasalazin |
| <input checked="" type="radio"/> Acitretin | <input checked="" type="radio"/> Ciclosporin | <input checked="" type="radio"/> Infliximab | <input checked="" type="radio"/> Tildrakizumab |
| <input checked="" type="radio"/> Adalimumab | <input checked="" type="radio"/> Deucravacitinib | <input checked="" type="radio"/> Infliximab-Biosimilars | <input checked="" type="radio"/> Tofacitinib |
| <input checked="" type="radio"/> Adalimumab-Biosimilar (Imraldi®) | <input checked="" type="radio"/> Dimethylfumarat | <input checked="" type="radio"/> Ixekizumab | <input checked="" type="radio"/> Upadacitinib |
| <input checked="" type="radio"/> Adalimumab-Biosimilars (weitere) | <input checked="" type="radio"/> Etanercept | <input checked="" type="radio"/> Leflunomid | <input checked="" type="radio"/> Ustekinumab |
| <input checked="" type="radio"/> Apremilast | <input checked="" type="radio"/> Etanercept-Biosimilars | <input checked="" type="radio"/> Methotrexat | |
| <input checked="" type="radio"/> Bimekizumab | <input checked="" type="radio"/> Fumarsäureester | <input checked="" type="radio"/> Risankizumab | <input checked="" type="radio"/> Ja |
| <input checked="" type="radio"/> Brodalumab | <input checked="" type="radio"/> Golimumab | <input checked="" type="radio"/> Secukinumab | <input checked="" type="radio"/> Nein |

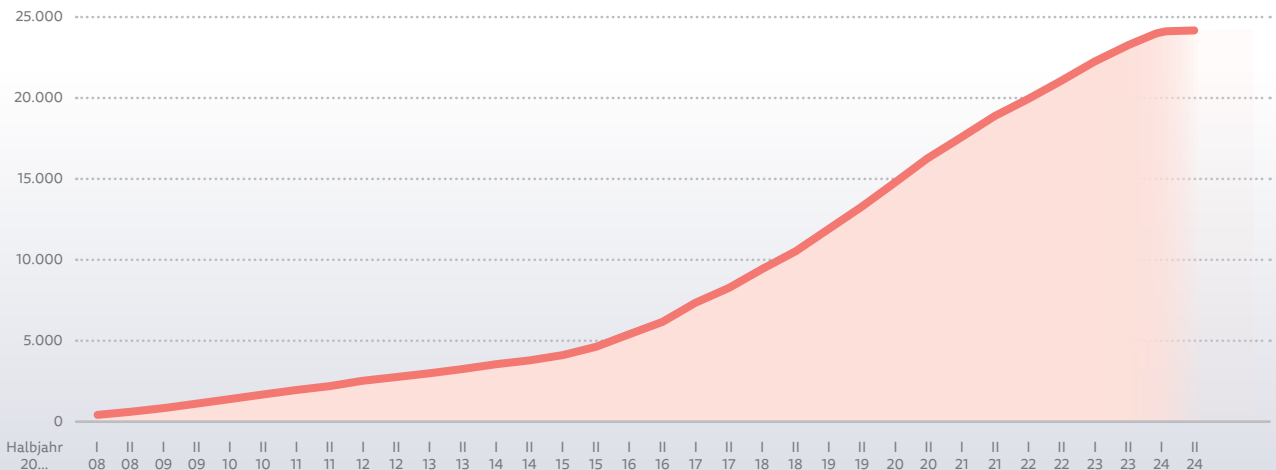
VERTRAGLICH GEREGET

PHARMAKOVIGILANZ DURCH PSOBEST

* Vertraglich geregelte Pharmakovigilanz. Vor dem Hintergrund der Patientensicherheit nimmt PsoBest Pharmakovigilanz-Aufgaben für alle zugelassenen Präparate wahr, auch wenn dies nur von einigen Herstellern honoriert wird.

ENTWICKLUNG DER PATIENTENEINSCHLÜSSE PRO HALBJAHR BEI ERSTEINSCHLUSS

Unterstützende Unternehmen 2024: AbbVie Deutschland GmbH, Almirall Hermal GmbH, Biogen GmbH, Janssen-Cilag GmbH, Lilly Deutschland GmbH, Novartis Pharma GmbH, UCB Pharma GmbH



Prüfarzt bei PsoBest – Mitmachen leicht gemacht



© Studio Romantic/shutterstock.com

Wie kann ich mitmachen?

Die Anmeldung als PsoBest-Zentrum kann unkompliziert über die PsoBest-Homepage (www.psobest.de) erfolgen. Das CVderm verschickt anschließend die Studienunterlagen wie Fragebögen und Einverständniserklärungen und begleitet bei der Studiendurchführung. Die Einbindung von PsoBest in den Praxisalltag gestaltet sich unproblematisch und mit nur geringem zusätzlichem Aufwand.

Welche Patienten sind geeignet?

Zur Meldung geeignet sind alle volljährigen Patienten, bei denen eine Psoriasis vulgaris mit oder ohne Gelenkbeteiligung vorliegt, sobald erstmals eine systemische Behandlung der Psoriasis begonnen wird. Hierzu zählen alle ab 2005 zugelassenen Systemtherapeutika inklusive Biologika, Biosimilars und niedermolekulare Verbindungen (Small Molecules). Seit Januar 2022 nicht mehr gemeldet werden können: Methotrexat, Ciclosporin, Acitretin, Leflunomid, Fumarsäureester und systemische PUVA als Erstmedikation.

Wie lange wird der Patient beobachtet?

Nach der Registrierung werden die PsoBest-Fragebögen, unabhängig von späteren Therapiewechseln oder -pausen, über zehn Jahre von Arzt und Patient sukzessive ausgefüllt und an das PsoBest-Team geschickt. Insgesamt 22-mal visitieren die Prüfarzte ihre Patienten. Zudem erhebt PsoBest zwischen den Visiten weitere Daten durch eine postalische Patientenbefragung. In Ausnahmefällen bittet PsoBest um eine Weiterbeobachtung.

Welche Daten werden erhoben?

Erfasst werden neben Angaben zu Ausprägung und Verlauf des individuellen Krankheitsbilds unter anderem auch Aussagen zu Begleiterkrankungen, Lebensqualität, Patientennutzen und

Gesundheitszustand. Fragen zur gesetzlich vorgeschriebenen Überwachung der Arzneimittelsicherheit runden das Spektrum ab. Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse werden jederzeit umgehend gemeldet.

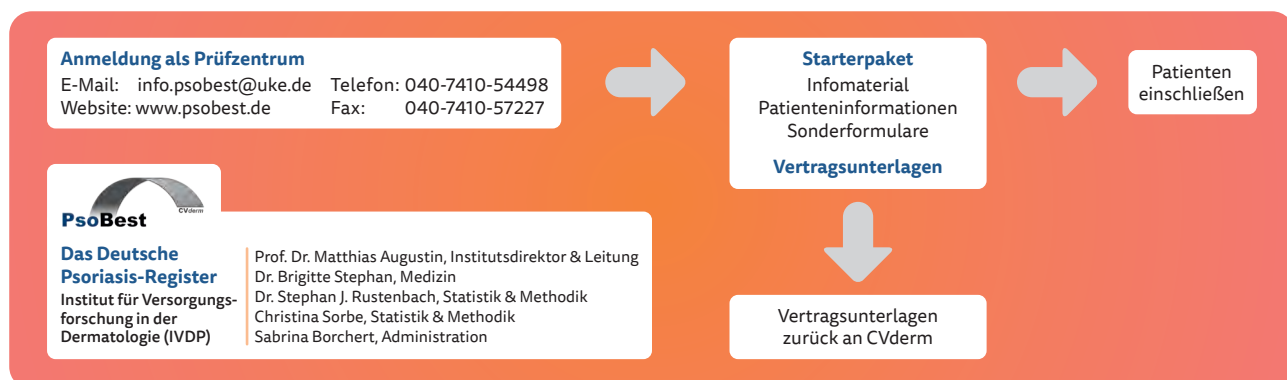
Wie kann ich etwas über die Entwicklung des Registers erfahren?

Über den Registerfortschritt und die aktuellen Einschlusszahlen wird fortlaufend auf der PsoBest-Homepage berichtet. Auch der quartalsweise versandte Newsletter informiert über aktuelle Sachstände und Neuigkeiten. Zudem erhält jedes Zentrum zweimal im Jahr eine Charakterisierung der Zentrumspatienten und deren Behandlungsverläufe in Relation zu allen anderen Zentren sowie jeweils eine einseitige Charakterisierung für jeden einzelnen Patienten. Pharmakovigilanzberichte werden halbjährlich bewertet und an die pharmazeutischen Hersteller versandt. Auch auf den jährlichen Prüfarzttreffen werden aktuelle PsoBest-Ergebnisse vorgestellt und diskutiert sowie Schulungen für Prüfarzte und ihre Praxisteams angeboten. Seit Sommer 2020 finden diese Treffen nicht mehr nur bundesweit verteilt und ausschließlich in Präsenz statt, sondern können auch online als Webinare besucht werden.

Wird eine Aufwandsentschädigung gezahlt?

Für die Ärzte wird eine Aufwandsentschädigung für jeden komplett ausgefüllten und zurückgesandten Fragebogen gezahlt. Für eine Erstvisite gibt es 84 Euro und 45 Euro für jede Folgevisite. Die Patienten erhalten keine Vergütung, wohl aber bestmögliche Therapieoptionen.

Informationen zu weiteren dermatologischen Registern finden Sie auf www.dermregister.de.



Anmeldung als Prüfzentrum

E-Mail: info.psobest@uke.de Telefon: 040-7410-54498
Website: www.psobest.de Fax: 040-7410-57227

PsoBest

Das Deutsche Psoriasis-Register
Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie (IVDP)

Prof. Dr. Matthias Augustin, Institutsdirektor & Leitung
Dr. Brigitte Stephan, Medizin
Dr. Stephan J. Rustenbach, Statistik & Methodik
Christina Sorbe, Statistik & Methodik
Sabrina Borchert, Administration

Wissenschaftlicher Beirat: Prof. Dr. Boehncke, Prof. Dr. Hertl, Dr. von Kiedrowski, Prof. Dr. Mrowietz, Dr. Pinter, Prof. Dr. Staubach, Prof. Dr. Thaçi, Dr. Weyergraf

T H E

P R A C



Nichts ist so praktisch, wie eine gute Theorie

Nur ein geringer Teil der Erkenntnisse aus der medizinischen Forschung dringt bis in die täglichen Routinen des Gesundheitswesens vor. So geht in der Praxis unter Umständen viel Wissen beim Umgang mit dem Patienten verloren. Die theorieorientierte Praxis befasst sich daher mit der Untersuchung von Methoden zur Integration von Forschungsergebnissen und evidenzbasierten Praktiken in die täglichen Routinen. Aber ist sie im Versorgungsalltag wirklich wichtiger als ihr Gegenstück, die praxisorientierte Theorie, um die Qualität der Pflege zu verbessern? Und lässt sich irgendwann die Kluft zwischen theoriebasierter Forschung und Praxis schließen?

In der Praxis – ausnahmsweise ist hier mal nicht die Arztpraxis gemeint – begegnet man oft der lapidaren Aussage, dass eine theoretisch fundierte Lösung in der Theorie vielleicht sinnvoll, in der Praxis aber zum Scheitern verurteilt sei. Diese Einstellung ist nicht nur hinderlich, sondern auch gefährlich. Denn sie setzt eine fast schon übernatürliche Fähigkeit voraus, die Zukunft ohne jegliche theoretische Grundlage präzise vorherzusagen. Wie sonst soll man beurteilen können, welche Auswirkungen eine Maßnahme unter bestimmten Bedingungen tatsächlich haben wird? Es ist entscheidend, die Bedeutung von Theorien und theoretisch untermauerten Argumenten

zu erkennen, da sie die Grundlage für erfolgreiche praktische Entscheidungen bilden. Daher darf man solchen Totschlagargumenten nicht einfach das Feld überlassen. Und schon gar nicht, wenn es um Menschen und deren Gesundheit geht. Vor allem in der Medizin ist es wichtig, bei der Versorgung von Patienten sowohl theoretisches Wissen als auch praktische Anwendungen gleichermaßen mit einfließen zu lassen.

Theorieorientierte Praxis

Theorieorientierte Praxis (entfernter auch Implementierungswissenschaft) beschreibt den Ansatz, bei dem theoretisches Wissen und wissenschaftliche Erkenntnisse gezielt genutzt werden, um praktische Probleme zu lösen und die berufliche Praxis zu verbessern. Durch die Anwendung theoretischer Modelle und Konzepte können Ärzte fundierte Entscheidungen treffen, die auf empirischen Daten und wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren. Die theorieorientierte Praxis fördert die Systematisierung und Standardisierung von Arbeitsprozessen, was zu konsistenteren Ergebnissen führt. So können standardisierte Protokolle zur Diagnose und Behandlung von Krankheiten die Qualität der Versorgung verbessern. Ein weiterer Vorteil ist die Förderung von Innovationen, da neue wissenschaftliche Erkenntnisse direkt in die Praxis integriert werden können.

Praxisorientierte Theorie

Die praxisorientierte Theorie beschreibt den Ansatz, bei dem theoretische Modelle und Konzepte aus der Praxis heraus entwickelt werden. Theorien, die aus der Praxis entstehen, sind

O R Y



T I C E

© CagkanSayin/shutterstock.com

oft besonders relevant und anwendbar, da sie auf realen Problemen und Herausforderungen basieren. Praxisorientierte Theorien berücksichtigen den spezifischen Kontext, in dem sie entwickelt wurden, und können somit besser auf die besonderen Bedingungen und Anforderungen der Praxis eingehen. So können beispielsweise Theorien zur Hautpflege in unterschiedlichen Klimazonen entwickelt werden. Darüber hinaus ermöglicht dieser Ansatz eine kontinuierliche Rückkopplungsschleife zwischen Theorie und Praxis, wodurch Theorien ständig weiterentwickelt und an die Praxis angepasst werden können.

Synergieeffekte

Durch die Kombination beider Ansätze kann neues Wissen generiert und bestehendes Wissen vertieft werden. In der Dermatologie können so neue Behandlungsmethoden für Hautkrankheiten entwickelt werden, die sowohl theoretisch fundiert als auch praktisch erprobt sind.

Die Praxis kann sich schneller an neue theoretische Erkenntnisse anpassen, während Theorien flexibler und kontextsensitiver werden. Das kann zu einer besseren Behandlung von seltenen Hautkrankheiten führen, bei denen individuelle Anpassungen erforderlich sind.

Ein integrativer Ansatz ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtung von Problemen, indem sowohl theoretische als auch praktische Perspektiven berücksichtigt werden. Das kann dabei helfen, umfassende Behandlungspläne zu erstellen, die sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit der Patienten berücksichtigen.

Beispiele aus der Dermatologie

Anwendungsbeispiele finden sich zahlreiche in der Dermatologie. Bei der Behandlung von Psoriasis wird auf Leitlinien gesetzt, die auf umfangreichen klinischen Studien (theorieorientierte Praxis) basieren. Diese Leitlinien werden konti-

nuierlich angepasst und basierend auf den Erfahrungen von Dermatologen und Patientenfeedback (praxisorientierte Theorie) weiterentwickelt. Auch die Entwicklung und Implementierung von teledermatologischen Diensten (theorieorientierte Praxis) basieren auf Theorien zur digitalen Gesundheitskommunikation und -technologie. Die praktische Anwendung dieser Dienste liefert wiederum wertvolle Daten und Erfahrungen, die zur Weiterentwicklung der theoretischen Modelle führen (praxisorientierte Theorie). Und nicht zuletzt werden Schulungsprogramme zur Hautpflege und Krankheitsbewältigung (theorieorientierte Praxis) basierend auf theoretischen Modellen der Gesundheitsbildung entwickelt. Die Durchführung dieser Programme und das Feedback der Patienten führen zur Anpassung und Verbesserung der zugrundeliegenden Theorien (praxisorientierte Theorie).

Theorieorientierte Praxis und praxisorientierte Theorie sind essenzielle Ansätze zur Verbesserung der dermatologischen Versorgung und eng miteinander verbunden. Durch die Integration beider Ansätze können sowohl die wissenschaftliche Forschung als auch die praktische Anwendung voneinander profitieren, was letztendlich zum gewünschten Ziel führt: einer effektiveren und effizienteren Behandlung von Hautkrankheiten. Ohne das eine, funktioniert das andere nur mäßig. Doch sollte man eines – und folgendes überlesen die Theoretiker am besten – im Hinterkopf behalten: Praxis ohne Theorie leistet am Patienten immer noch mehr als Theorie ohne Praxis. Und klar ist auch: Eine gewisse Kluft wird es in den meisten medizinischen Fragen zwischen Praxis und Theorie wohl immer geben. Diese ist bis zu einem gewissen Grad sogar wünschenswert, um eine stetige Verbesserung und Weiterentwicklung in der Versorgung gewährleisten zu können.

MERLE TWESTEN

Youn SJ et al.
Adm Policy Ment Health 2024

Global Player der Psoriasisversorgung: 10 Jahre WHA-Resolution

Vor 2014 stand die Psoriasis nicht auf der internationalen Agenda. Nur wenige politische Entscheidungsträger hatten schon mal von dieser Krankheit gehört. Die Website der Weltgesundheitsorganisation (WHO) enthielt so gut wie keine Informationen darüber. Die Krankheit lief mehr oder weniger unter dem Radar und wurde nur von wenigen ernst genommen.

Als Konsequenz setzte sich die International Federation of Psoriasis Associations (IFPA) ein ehrgeiziges Ziel: Sie wollte die WHO-Mitgliedstaaten dazu bringen, eine Resolution zur Psoriasis zu verabschieden – die WHA67.9. Diese Resolution trat im Mai 2014 in Kraft und markiert einen Meilenstein in der weltweiten Psoriasisversorgung. Ein Jahrzehnt später blicken wir zurück auf die Errungenschaften und Herausforderungen, die seitdem bewältigt wurden.

Aufbruch zu mehr Aufmerksamkeit

Am 24. Mai 2014 verabschiedete die World Health Assembly (WHA) die Resolution 67.9, die Psoriasis als schwerwiegende, nicht übertragbare Krankheit anerkannte. Das war das erste Mal, dass eine Hautkrankheit in den Fokus einer globalen Gesundheitsorganisation gerückt wurde. Die Resolution betonte die Notwendigkeit einer besseren Aufklärung, frühzeitiger Diagnose, verbesserter Behandlungsmöglichkeiten und der Bekämpfung der Stigmatisierung, die viele Betroffene erleben.

Seit der Verabschiedung der WHA-Resolution hat sich einiges getan: Nationale Psoriasisstrategien wurden entwickelt, der Zugang zu modernen Therapien verbessert und Initiativen zur Bekämpfung der Stigmatisierung gestartet. Die Resolution hat das Bewusstsein für Psoriasis weltweit geschärft und

„Die Resolution hat das Bewusstsein für Psoriasis weltweit geschärft und dazu beigetragen, dass die Krankheit endlich die Aufmerksamkeit erhält, die sie verdient.“

dazu beigetragen, dass die Krankheit endlich die Aufmerksamkeit erhält, die sie verdient. Darüber hinaus haben die politischen Empfehlungen in dem auf die Resolution folgenden Global Report on Psoriasis der WHO den

Anstoß zu leidenschaftlicher Lobbyarbeit und gesetzgeberischen Maßnahmen gegeben. Für Patienten bedeutet all das Hoffnung – Hoffnung auf eine bessere Lebensqualität, auf mehr Verständnis und auf einen leichteren Zugang zu den bestmöglichen Behandlungen.

Zehn Jahre 67.9

Zur Feier des 10. Jahrestages der Psoriasis-Resolution startete die IFPA im Laufe des Jahres eine Reihe von Initiativen, die sich alle auf die Auswirkungen der Resolution konzentrieren. Die Feierlichkeiten wurden am 27. Mai 2024 mit einer Nebenveranstaltung am Rande der jährlichen Weltgesundheitsversammlung eingeleitet.

Fast 50 Interessenvertreter waren während der 77. Weltgesundheitsversammlung in Genf anwesend, darunter neben internationalen Spezialisten auch Prof. Matthias Augustin, Direktor am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Prof. Ulrich Mrowietz, Gründer des Psoriasis-



Als geschäftsführende Direktorin der IFPA heißt Frida Dunger alle Teilnehmer am Rande der 77. Weltgesundheitsversammlung willkommen.

© IFPA

Zentrums der Klinik für Dermatologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, und Prof. Swen Malte John, Vorsitzender der Abteilung für Dermatologie der Universität Osnabrück. Ziel war es, die bisherigen Erfolge zu rekapitulieren und die nächsten Schritte zu diskutieren, die bei der Förderung und Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Psoriasis nötig sind. Augustin betonte, dass die WHA-Resolution vom ersten Moment an ein Dokument der Hoffnung und des Engagements war. „Sie war eine Schlüsselbotschaft der WHO, dass wir die Stigmatisierung bekämpfen müssen. In Deutschland sind wir an das Gesundheitsministerium herangetreten, um die Stigmatisierung chronischer Hautkrankheiten zu bekämpfen, und haben seitdem mit diesem zusammengearbeitet.“ Als großen Erfolg hob Mrowietz hervor, dass Psoriasis seit der Resolution endlich als Krankheit verstanden würde und es sich dabei nicht nur um eine Hautkrankheit oder ein kosmetisches Problem handele, sondern um eine systemische entzündliche Erkrankung.

Eine globale Herausforderung

Trotz dieser Fortschritte bleiben viele Herausforderungen bestehen. In vielen Ländern, insbesondere in Regionen mit niedrigem und mittlerem Einkommen, ist der Zugang zu wirksamen Psoriasisbehandlungen immer noch begrenzt. Auch die Stigmatisierung von Menschen mit Psoriasis ist weiterhin ein ernstes Problem, das das soziale und berufliche Leben der Betroffenen erheblich beeinträchtigen kann. Auf diese bestehenden Defizite in der Versorgung wies auch John hin: „Im Rahmen der erzielten Fortschritte war es auch wichtig, Einblicke in die Immunologie dieser Krankheit zu gewinnen; dies ermög-



Frida Dunger im Austausch mit Prof. Swen Malte John, Prof. Matthias Augustin und Prof. Ulrich Mrowietz (v. l. n. r.). © IFPA

licht die Entwicklung noch besserer Behandlungen. Der Zugang zur Behandlung ist jedoch in vielen Ländern immer noch ein großes Problem. Das ist auf jeden Fall etwas, das wir in Zukunft gemeinsam mit der WHO in Betracht ziehen müssen, ebenso wie die Berücksichtigung der sozialen Determinanten der Gesundheit. Wenn man arm ist, ist es schlimmer als wenn man nicht arm ist, und das müssen wir ändern.“

Die Behandlungskosten stellen ebenfalls eine Hürde dar, vor allem in Gesundheitssystemen, die nicht genügend Ressourcen für chronische Krankheiten bereitstellen. Darüber hinaus gibt es nach wie vor Wissenslücken in der Forschung, insbesondere in Bezug auf die langfristigen Auswirkungen von Biologika und anderen neueren Therapien.

What comes next?

Das 10-jährige Jubiläum der WHA-Resolution ist trotz der bevorstehenden Hürden ein Grund zum Feiern. Und in diesem Zuge auch ein Anlass, um über die nächsten Schritte nachzudenken. Die kommenden Jahre werden entscheidend sein, um sicherzustellen, dass die Erfolge der letzten Dekade weiter ausgebaut werden. Auf der Agenda stehen nach wie vor noch viele wichtige Punkte, die angegangen werden wollen.

Zur Senkung der hohen Behandlungskosten wird auf die Förderung von Generika und Biosimilars gesetzt, die eine kosten-

günstigere Alternative zu teuren Originalpräparaten bieten sollen. Außerdem muss weiterhin in Programme investiert werden, die das Verständnis für Psoriasis fördern und die Stigmatisierung abbauen. Dies schließt sowohl die allgemeine Öffentlichkeit als auch das Gesundheitspersonal ein. Auch soll der Fokus auf die psychische Gesundheit gelenkt werden. Künftige Strategien sollten psychologische Unterstützung und eine ganzheitliche Behandlung der Patienten in den Vordergrund stellen.

Für den Welt-Psoriasis-Tag 2024 sind strategische Treffen und Aufklärungsprogramme mit den WHO-Mitgliedstaaten geplant, um so um Unterstützung zu werben. Im Rahmen eines Pionierprojekts soll außerdem ein Online-Psoriasis-Kurs für die OpenWHO-Plattform entwickelt werden. Über diese Plattform sollen Diskussionen, Feedback und Austausch von Expertenwissen zur öffentlichen Gesundheit gefördert werden. Alle diese Initiativen unterstreichen ein gemeinsames Engagement für die Verbesserung der Psoriasisversorgung weltweit.

„Wir hören nie auf – wir werden weiter daran arbeiten, dass alle Menschen mit Psoriasis die Behandlung und Unterstützung bekommen, die sie brauchen.“

Frida Dunger

Die WHA-Resolution 67.9 war und ist ein Meilenstein in der Versorgung der Psoriasis. Sie hat dazu beigetragen, das Bewusstsein für diese chronische Erkrankung zu schärfen und die Versorgung der Patienten weltweit zu verbessern. Viel Positives konnten die Teilnehmer aus der Jubiläumsveranstaltung mitnehmen, doch trotz der erzielten Fortschritte war allen Teilnehmern klar: Es bleibt noch viel zu tun. Frida Dunger, geschäftsführende Direktorin der IFPA, schloss die Veranstaltung mit ermutigenden Worten ab: „Wir hören nie auf – wir werden weiter daran arbeiten, dass alle Menschen mit Psoriasis die Behandlung und Unterstützung bekommen, die sie brauchen.“

MERLE TWESTEN




Die Sprecher der Genfer Tagung blicken auf eine erfolgreiche Dekade der Psoriasisversorgung zurück.

© IFPA

Warum die Hautnetze funktionieren





Zusammenarbeit beinhaltet nicht nur die Aufteilung von Aufgaben; sie ist ein Zusammenfließen von Ideen und Perspektiven. Jeder bringt seine eigene Erfahrung, sein Wissen und seine Einzigartigkeit in das kollektive Ganze ein. In der idealen Zusammenarbeit entsteht ein Raum, in dem das Ego in den Hintergrund tritt und der Gedanke des „Wir“ in den Vordergrund rückt.

Networking erweitert diesen Gedanken. Es geht nicht nur darum, Beziehungen zu knüpfen, die unmittelbar von Nutzen sind, sondern auch darum, ein Geflecht von Verbindungen zu schaffen, das auf gegenseitigem Respekt und Vertrauen beruht. Jeder Kontakt, jede Begegnung birgt die Möglichkeit eines Wachstums, sowohl auf persönlicher als auch auf beruflicher Ebene. Durch Netzwerke entstehen unerwartete Synergien, die mehr hervorbringen, als es isolierte Anstrengungen jemals könnten.

Zusammenarbeit und Networking sind mehr als nur strategische Werkzeuge in einer zunehmend vernetzten Welt – sie sind Ausdruck einer menschlichen Sehnsucht nach Verbindung, nach dem gemeinsamen Schaffen von etwas Größerem. In unserer Gesellschaft, in der Individualismus oft als höchste Tugend gefeiert wird, erinnern diese Konzepte daran, dass wahre Stärke und Fortschritt oft in der Gemeinschaft liegen.

„Es wird allerhöchste Zeit, dass wir uns treffen“ – 1. Nationale Versorgungskonferenz Pruritus & Prurigo

„Wir sind ja fast Familie“ – eine wärmende Begrüßung von Prof. Sonja Ständer, leitende Oberärztin an der Klinik für Hautkrankheiten des Universitätsklinikums Münster und Organisatorin der Nationalen Versorgungskonferenz Pruritus & Prurigo (NVK PP). Familie, das bedeutet Gemeinschaft. Gemeinsam Dinge in die Hand nehmen und im Kollektiv Lösungen für Probleme finden. Wo stehen wir bei der Versorgung von Pruritus und Prurigo in Deutschland, was ist State of the Art und wo wollen wir hin? Antworten auf diese Fragen zu finden, war und ist Ziel der ersten NVK PP.



Die Teilnehmer der ersten Nationalen Versorgungskonferenz Pruritus & Prurigo.

© Sonja Ständer

Auf der Premiere am 20. September 2024 in Münster wollte man schnell zum Ernst der Lage kommen: „Es wird allerhöchste Zeit, dass wir uns treffen“, leitete Prof. Matthias Augustin, Leiter des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, seinen Vortrag ein.

Die Treffen der Nationalen Versorgungskonferenzen sollen dazu beitragen, die Versorgung von Hautkrankheiten in Deutschland zu verbessern. Diskussionen, Austausch von Erfahrungen und die Erkenntnisse aus den unterschiedlichen Regionen in Deutschland sind neben den harten Zahlen und Fakten Standbein dieser Treffen. Wie sinnvoll diese Konferenzen sind, kann man am Beispiel der Nationalen Versorgungskonferenz Psoriasis (NVKP) und der resultierenden Psoriasisversorgung erkennen: Die Versorgung von Patienten mit Psoriasis konnte in den letzten Jahren deutlich verbessert werden, was wohl an vorderster Front der Einführung und langsam ansteigenden Verwendung von Biologika zu verdanken ist. Die Pro-Kopf-Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Biologika bei Psoriasis haben sich in einigen Bundesländern von 2015 bis 2022 vervierfacht. Das unterstreicht auch die World Health Organization (WHO), die das Deutsche Versorgungsprogramm PsoNet bereits als Best-Practice-Modell ausgezeichnet hat. Und das ist nicht zuletzt den Treffen der Netzwerksprecher der Psoriasisnetze zu verdanken. So ist es ganz klar, dass man sich für die weiteren Indikationen daran ein Beispiel nehmen möchte. Doch jede Krankheit birgt ihre individuellen Herausforderungen, weshalb das Vorgehen bei Psoriasis nicht einfach auf die weiteren Krankheiten wie Pruritus und Prurigo übertragen werden kann. Aus genau diesem Grund kam man an diesem Tag zur ersten NVK PP zusammen.

State of the Art

Die zu Beginn angesprochene Dringlichkeit für das Treffen wurde noch deutlicher, als Augustin Zahlen zur aktuellen Versorgung von Pruritus und Prurigo nannte. Besonders schockierend: Gerade einmal 53% der Erkrankten haben wegen ihres Pruritus überhaupt schon mal einen Arzt besucht. Viele

sind sich ihrer Erkrankung womöglich gar nicht bewusst. Das mündet oft in eine inadäquaten Selbstbehandlung, die nicht zielführend ist. Diese Patienten erhalten also keine ärztliche Behandlung. Nicht weniger schockierend ist die Anzahl der Patienten, die nach einer Diagnose eine Therapie erhalten. Aus einer Stichprobe von 563 Patienten haben über 94 % keine Therapie erhalten, 5 % mussten sich mit Salben und Cremes ihrem Juckreiz stellen und lediglich 0,7 % haben eine systemische Therapie erhalten. Doch auch die zahlreichen Fehldiagnosen sind problematisch. Diese werden nicht unbedingt von Dermatologen gestellt, sondern von anderen Fachgruppen. Oft wenden sich Patienten mit ihren Krankheitsbildern zuerst an Hausärzte. Dass diese die Leitlinien zur Behandlung von komplexen Hautkrankheiten nicht aus dem FF kennen, kann man ihnen nicht verdenken. Doch führt das oft zu Fehldiagnosen oder fehlenden Überweisungen an einen Spezialisten. Das Resultat: Ein sich verschlimmernder Krankheitsverlauf mit ausgeprägten Symptomen, auftretender Komorbidität und erhöhter Krankheitslast für den Patienten – die Behandlung wird somit auch für den Spezialisten immer schwieriger. Auch Dr. Ralph von Kiedrowski, niedergelassener Dermatologe mit Spezialisierung auf chronisch-entzündliche Dermatosen, Hautkrebs und Allergologie/Berufsdermatologie in Selters und Präsident des Berufsverbands der Deutschen Dermatologen (BVDD), wies auf verschiedene Problematiken hin. Zum einen fehlen innovative Therapien in der breiten Versorgung; ‚flächendeckend‘ ist das Stichwort. Neue und moderne Therapien wie Biologika werden viel zu selten verschrieben: Von über 60 % der Dermatologen werden diese gar nicht oder unzureichend verordnet. Dabei sind wir in Deutschland, was die Verfügbarkeit der Arzneimittel angeht, sehr gut aufgestellt: Alle 104 von der European Medicines Agency (Europäische Arzneimittel-Agentur) zugelassenen Medikamente sind auf dem deutschen Markt sehr schnell verfügbar. Daran dürfe eine richtige Behandlung nicht scheitern, so von Kiedrowski. „Man muss sich die Frage stellen: Wer ist der falsche Hautarzt? Der, der nicht die aktuellen Therapien anbietet.“ Zum anderen bemängelte von Kiedrowski, dass von den ca. 6.000 Derma-

Struktur	Prozess	Ergebnis
Wenig gut versorgende Praxen; mangelnder Ausbildungsstandard	Zu wenig Diagnostik	Stark ausgeprägte Prurigo
Überlastete Praxen	Fehlende Leitlinienformalität	Starkes Kratzverhalten
Komorbidität	Fehlende/zu wenig Kontaktzeit mit Arzt	Viele Läsionen
Überlastung anderer Fächer	Fehlende Prozessoptimierung	Schlechter Schlaf
Fehlende Anreize	Fehlendes Delegieren	Psychische Belastung
		Schlechte Lebensqualität



Prof. Matthias Augustin fasst die Problemfelder in der Prurigoversorgung auf einem Whiteboard zusammen.

© Merle Twesten

tologen in Deutschland nur um die 1.600 Mitglied in einem der Hautnetze sind. Es fehlen in der Fläche also eindeutig Ansprechpartner je Sektion. Das sei aber wichtig, um für klare Strukturen sorgen zu können.

Anknüpfend daran wies Prof. Ständer darauf hin, dass die Definition des Juckreizes, der ständiger Begleiter von Pruritus und Prurigo ist, völlig veraltet sei und dringend überarbeitet werden müsse. Der Begriff ‚Juckreiz‘ wird oft als zu simpel angesehen, um die komplexen, verschiedenen Formen dieser Empfindung und ihrer pathologischen Manifestationen ausreichend zu beschreiben. Nur durch eine Überarbeitung der Definition können auch die psychischen und sozialen Auswirkungen von chronischem Juckreiz Berücksichtigung finden.

Um anschließend weitere wichtige Probleme herauszuarbeiten, war es wichtig, die Erfahrungen und das Wissen von allen Teilnehmern mit einfließen zu lassen. Das sollte sich als überaus wichtig erweisen, denn jeder erlebt den Klinik- oder Praxisalltag anders. So fanden wichtige Punkte wie Demenz oder psychische Belastung Berücksichtigung in der Diskussion, die sonst auf der Strecke geblieben wären. Das Nischenwissen des Einzelnen ist hier unglaublich wertvoll. Ein weiterer Grund, der dafür spricht, sich einem Netzwerk anzuschließen, um seine Erfahrungen zu teilen.

Die mit den 25 Teilnehmern umfangreich diskutierten Problemfelder betreffen die Bereiche Struktur, Prozess und Ergebnis. Die Zusammenfassung hielt Augustin ganz klassisch auf einem Whiteboard fest: (siehe oben)

Eine weitere Hürde, die den Weg zu einer besseren Versorgung versperrt, ist die aktuelle politische Lage. Von Kiedrowski wies darauf hin, dass durch die Kontroversen in der Gesundheitspolitik die Politiker kaum oder gar nicht zu fassen und Gespräche nicht möglich seien. Es ist jedoch wichtig, auf politischer Ebene in Verhandlungen zu treten, um die ausgearbeiteten Ziele auch an den Mann (bzw. Arzt) bringen zu können. Hier ist zwangsläufig noch etwas Geduld geboten. Daher sollen erst mal die Kostenträger für die Behandlungen adressiert werden: die Krankenkassen. Über die prekäre Lage der Versorgung ist man sich also einig. Doch wo setzt man jetzt an?

Aller Anfang ist schwer

Genau das war gar nicht so klar und galt es erst mal herauszufinden. Schon bei der Frage, welcher Erkrankung man zu Beginn mehr Aufmerksamkeit schenken möchte, musste ein Konsens gefunden werden: Prurigo? Pruritus? Und welche Form davon? Oder alles gleichzeitig? Argumente gab es für jeden der Vorschläge. Prurigo ist in der Regel schwerwiegender für den Patienten, also dringlicher in der Behandlung. Aber was, wenn Pruritus Gefahr läuft, unter dem Radar zu verschwinden, weil man sich nur auf Prurigo fokussiert? Besser doch gleich beide Krankheiten zugleich thematisieren? Oder eben mit Pruritus be-

ginnen, weil er leichter zu behandeln und die Datengrundlage umfangreicher ist?

Schließlich einigte man sich darauf, erst einmal bei chronischem Prurigo anzusetzen, in der Hoffnung, damit auch den Weg für die Versorgung des Pruritus ebnen zu können.

Die ersten Ziele

Doch das sollte noch nicht die spannendste Diskussion an diesem Vormittag gewesen sein. Die drei Sprecher der Sektion Pruritus, Augustin, Ständer und von Kiedrowski wollten, dass man etwas Spruchreifes mit nach Hause nehmen konnte. Daher sollten die ersten (nicht finalen) Versorgungsziele für chronischen Prurigo (CPG) priorisiert und konsentiert werden. Dabei einigte man sich auf vier Hauptziele:

- 1. Patienten mit CPG werden frühzeitig erkannt und nach Leitlinie behandelt.**
- 2. Patienten mit CPG haben ein gutes Wohlbefinden. Das umfasst:**
 - a. Eine gute psychische Gesundheit**
 - b. Eine gute Lebensqualität**
 - c. Einen erholsamen Schlaf**
- 3. Patienten mit CPG haben eine gute Krankheitskontrolle.**
- 4. Eine Komorbidität bei Patienten mit CPG wird frühzeitig erkannt und behandelt.**

Über das Wording der einzelnen Ziele wurde dabei heiß debattiert. Soll der Schlaf nun gut sein oder erholsam? Soll es psychische Gesundheit oder Wohlbefinden heißen? So simpel und kurz formuliert diese Ziele sind, so gut durchdacht sind sie. Eine finale Abstimmung der Ziele soll es online geben, damit auch diejenigen daran teilnehmen können, die es nicht auf die Konferenz geschafft haben.

Im Mai 2025 möchte man sich erneut treffen und Schritte abstimmen. Bis dahin hat Augustin zumindest für die Herausforderung mit den überlasteten Praxen einen Lösungsansatz: die Software DocuDerm. Sie bietet im Praxisalltag ein zeitsparendes Tool, da sie detaillierte Informationen vom Patienten zu seiner Krankheit vorab erfasst. Diese liegen dem Arzt dann bereits einige Zeit vor dem Besuch des Patienten vor.

MERLE TWESTEN



Fotopause bei gutem Wetter auf der Nationalen Versorgungskonferenz Pruritus & Prurigo: Die Sektionssprecher Pruritus Dr. Ralph von Kiedrowski, Prof. Sonja Ständer und Prof. Matthias Augustin (v. l. n. r.).

© Merle Twesten

Startpunkt gesetzt – 1. Nationale Versorgungskonferenz Atopische Dermatitis

Vor fast genau 15 Jahren, am 4. und 5. Dezember 2009, fand die 1. Nationale Versorgungskonferenz Psoriasis statt. Rückblickend ein Meilenstein in der Dermatologie, denn seither hat sich sehr viel in der Versorgung von Patienten mit Psoriasis verändert. Zum Positiven. Und genau nach diesem Vorbild möchte man auch die Versorgung der atopischen Dermatitis (AD) angehen.



Die Teilnehmer der ersten Nationalen Versorgungskonferenz Atopische Dermatitis.
© Ralf Blumenthal

Eine zweite Premiere – neben der 1. Nationalen Versorgungskonferenz Pruritus & Prurigo (NVK P&P) in Münster – fand am 11. Oktober 2024 im Maritim Hotel in Düsseldorf statt: die 1. Nationale Versorgungskonferenz Atopische Dermatitis (NVK AD). Die Sprecher der Sektion Atopische Dermatitis des Hautnetz Deutschland, Prof. Matthias Augustin, Leiter des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Prof. Thomas Werfel, Direktor der Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie an der Medizinischen Hochschule Hannover, und Dr. Ralph von Kiedrowski, niedergelassener Dermatologe mit Spezialisierung auf chronisch-entzündliche Dermatosen, Hautkrebs und Allergologie/Berufsdermatologie in Selters und Präsident des Berufsverbands der Deutschen Dermatologen, wollten den Teilnehmern einen Einblick in die aktuelle Versorgungssituation der AD bieten. Und noch einen Schritt weitergehen: gemeinsam erste Ziele für die zukünftige Versorgung der atopischen Dermatitis ausformulieren.

Die NVK AD war mehr als dringlich, denn die AD gehört mit einer Häufigkeit von dreieinhalb Millionen zu den häufigsten Hautkrankheiten Deutschlands, sogar noch vor der Psoriasis mit einer Häufigkeit von zwei Millionen. Es besteht somit dringend Handlungsbedarf in der Versorgung, um diese Zahlen zu schmälern und den Betroffenen eine bessere Lebensqualität zu ermöglichen.

Zu Beginn hatte von Kiedrowski das Wort, der, wie schon auf der NVK PP, einen Grundsatzvortrag zu den Zielen, der Funktion und der Arbeitsweise des Hautnetz Deutschland hielt. Detaillierte Informationen rund um das Hautnetz Deutschland und Netzbildung finden Sie im Interviewbeitrag mit dem Dermatologen aus Selters auf den Seiten 36–38 in dieser Ausgabe. Auf der NVK AD verdeutlichte von Kiedrowski zusätzlich: Keine andere Berufsgruppe im medizinischen Bereich setzt sich so hohe Standards wie die Dermatologie. Das führt dazu, dass die Ziele, die man sich durch die leitliniengerechte Behandlung setzt, sehr ambitioniert sind und in Teilen nicht von allen Seiten nur gut aufgenommen werden (mehr Arbeitszeit pro Patient, höhere Kosten etc.). Doch am Ende profitieren die Patienten extrem stark von diesen hohen

Standards. Gerade den Kostenträgern ein Dorn im Auge: die hohen Therapiekosten mit neuen Medikamenten wie Biologika oder JAK-Inhibitoren. Denn nicht oder nicht ausreichend zu behandeln ist immer noch die kostengünstigere Variante. Da für die endgültige Verschreibung einer Therapie letztendlich der Dermatologe zuständig ist, ist es für den Patienten ratsam, einen der 1.600 Dermatologen aufzusuchen, die Mitglied in einem der 29 Hautnetze (inkl. Psoriasis Netze) sind. Denn diese behandeln garantiert nach Leitlinie und geben sich nicht mit oft wenig wirksamen systemischen Steroiden zufrieden. Das Hautnetz Deutschland kann daher als zentraler Anlaufpunkt dienen, sowohl für Patienten als auch Ärzte und Patientenorganisationen. Bei über 1.500 Diagnosen in der Dermatologie wird es somit sehr viel einfacher, den richtigen Facharzt zu finden. Deshalb ist auch die Unterteilung in Sektionen wie atopische Dermatitis, Pruritus und Prurigo oder Psoriasis sinnvoll.



Ein Blick in die Vergangenheit: Dr. Ralph von Kiedrowski über die Entstehung der Hautnetze.
© Merle Twesten

State of the Art

Um herauszufinden, wie man die Versorgungslage verbessern kann, sollte man sich zunächst fragen: Wo ist der größte Handlungsbedarf? Wo steht man überhaupt? Und was ist realistisch umsetzbar?

Mit der bereits erwähnten Ein-Jahres-Prävalenz von dreieinhalb Millionen besteht bei der AD unumstritten starker Handlungsbedarf. Auch die Tatsache, dass Menschen, die unter AD leiden, eine sehr schlechte Lebensqualität haben, war für die Vorstandsmitglieder des Hautnetz Deutschland ein Grund, dass zu dieser Erkrankung schnellstmöglich eine NVK einberufen wurde. „Die atopische Dermatitis ist, was die Einbußen der Lebensqualität angeht, das Schlimmste, was wir in diesem Fach kennen“, so Augustin. Der erste Schritt ist also getan. Zur Frage, wo wir aktuell stehen, wusste der Hamburger Dermatologe mehr zu erzählen und nannte verschiedenste Hürden und Herausforderungen in der Versorgung, angefangen bei den räumlichen Disparitäten. Denn Menschen in Mittel- und Ostdeutschland leiden besonders häufig an AD. Doch woran liegt das? Am falschen Arzt? An einer Fehldiagnose? An fehlenden oder falschen Therapien?

Bei der Frage nach dem richtigen Arzt kann man zwei Möglichkeiten erwägen: Entweder der Arzt ist kein ausgewiesener Facharzt (Dermatologe), sondern ein Mediziner mit unzureichender Fachkenntnis (was oft zu Fehldiagnosen und unzureichenden Therapien führt) oder es ist ein Facharzt, der in den letzten Jahren Weiterbildungen und Schulungen versäumt hat. Zweiteres ließe sich relativ einfach in Angriff nehmen, indem man zu mehr Engagement und Motivation aufruft, Fortbildungs- und Schulungsmöglichkeiten wahrzunehmen. Solche Schulungen könnten vom Hautnetz Deutschland verstärkt angeboten und koordiniert werden, wovon gerade Mitgliedsärzte profitieren würden. Schulungen für Patienten sind nicht weniger wichtig, daher sollten Ärzte ihre Patienten motivieren, solche zu besuchen.

Und wo stehen wir? Gerade einmal 41,6% aller Patienten mit AD erhalten eine Arzneimitteltherapie. Bei 88,6% der behandelten Patienten werden die oft unwirksamen, systemischen Steroide verschrieben. Von diesen Patienten wiederum erhalten 25% eine Langzeittherapie, die erwiesenermaßen auch nach drei Jahren keinen Nutzen hat – das zeigt neueste Forschung. Nicht nur, dass den Patienten nicht geholfen ist, durch die falsche Therapie entstehen irreversible Schäden wie Osteoporose, Diabetes mellitus oder Depression. Wichtig zu wissen: Eine unzureichende Therapie wurzelt nicht nur in Fehldiagnosen, sondern auch in der Vermeidung wirksamer Therapien durch die Kostenträger aufgrund der höheren Therapiekosten. Aber: Je früher die (richtige) Therapie beginnt, desto besser. Jeder Tag zählt.

Auch die Cumulative Life Course Impairment CLCI; (kumulative Lebenslaufbeeinträchtigung), also die Summe der Belastungen eines Individuums im Lebensverlauf aufgrund einer chronischen Erkrankung, ist bei Patienten mit AD hoch. Es ist nicht ‚nur‘ die juckende Haut, es ist nicht ‚nur‘ der schlechte Schlaf, es ist nicht ‚nur‘ psychische Belastung, es ist nicht ‚nur‘ die Depression. Es ist alles zusammen, was die Last dieser Krankheit so erdrückend macht. Und es scheint oft so, dass gerade diese Patienten, denen es besonders schlecht geht, nicht gerne behandelt werden, weil sie als ‚schwierig‘ gelten. Werfel wies diese Unterstellung entschlossen zurück: „Ein gut behandelter Patient ist kein schwieriger Patient.“ Und das

spiegeln auch Praxiserfahrungen wider: Gut behandelte Patienten, bei denen durch eine richtige Therapie Besserungen eintreten, sind unglaublich dankbar. Und eben alles andere als schwierig.

Das Fazit dieser Fehlversorgung: Gemessen an den Fragebögen SCORAD und DLQI gab es seit 2010 keine signifikante Verbesserung in der Versorgungsqualität bei AD in Deutschland. Es wird endlich Zeit für eine Systemtherapie nach Leitlinie, denn nichts spricht dagegen.

Schlussendlich stellte Augustin folgende Defizite in der AD-Versorgung vor:

1. Fehlender Zugang zur Versorgung
2. Regionale Disparität der Versorgung
3. Geringe Prävention und Edukation
4. Unzureichendes Management
5. Fehlende Zielorientierung der Versorgung
6. Ungenügende Versorgungsmotivation

Die ersten Ziele

Nachdem die Defizite herausgearbeitet wurden, konnten auch auf der NVK AD erste Ziele mit den 20 Teilnehmern diskutiert werden. Nach langem Abwägen möchte man sich künftig zuerst folgende Arbeitsziele differenzieren:

1. Patienten mit AD haben eine gute Lebensqualität und Wellbeing (auch langfristig).
2. Patienten mit AD und ihre Familien haben volle Teilhabe und Leistungsfähigkeit.
3. Patienten mit AD haben frühzeitigen Zugang zu Präventionsmaßnahmen inklusive Schulungen und zu einer leitliniengerechten Therapie.
4. Komorbidität (z. B. Alopecia areata, Rhinoconjunctivitis allergica) wird frühzeitig erkannt.
5. Die Rahmenbedingungen für die leitliniengerechte Versorgung der AD (GKV-System) sind medizinisch und wirtschaftlich ausreichend.

Wie schon die Ziele auf der NVK PP sind auch diese Ziele nicht in Stein gemeißelt. Eine Onlineabstimmung mit den Teilnehmern, die am 11. Oktober nicht in Düsseldorf sein konnten, wird in den nächsten Wochen folgen. So hat ein größerer Kreis an Experten die Möglichkeit, Erfahrungen und Wissen mit einfließen zu lassen. Lösungsorientiert warf Werfel zum Ende noch einen Denkanstoß in den Raum: Die Entwicklung von digitalen Tools müsse vorangetrieben und diese den Netzen zur Verfügung gestellt werden. So könne jeder Arzt pro Patient viel Zeit einsparen. Dieser Gedanke ähnelt auch dem ersten Lösungsansatz, der auf der NVK PP von Augustin vorgestellt wurde: die Software Docuderm.

Updates zu den Onlineabstimmungen und den weiteren Terminen der nationalen Versorgungskonferenzen finden Sie unter www.hautnetz-deutschland.de.

MERLE TWESTEN



Updates und Termine der Nationalen Versorgungskonferenzen



Auf eleganten Fluren im Maritim Hotel in Düsseldorf: Die Referenten der 1. Nationalen Versorgungskonferenz Atopische Dermatitis Dr. Ralph von Kiedrowski, Prof. Thomas Werfel und Prof. Matthias Augustin (v. l. n. r.).

© Merle Twesten



Dr. med. Ralph von Kiedrowski
© Ralph von Kiedrowski

Dr. med. Ralph von Kiedrowski

Jahrgang 1961, niedergelassener Dermatologe seit 1997 mit Spezialisierung auf chronisch-entzündliche Dermatosen, Hautkrebs und Allergologie/Berufsdermatologie, ärztlicher Direktor und Geschäftsführer der Company for Medical Study & Service Selters GmbH, Präsidiums- und Vorstandsmitglied der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG), Präsident des Berufsverbands der Deutschen Dermatologen (BVDD) seit 2021.



„Ich weiß, wo es für Sie weitergeht.“

Medikamente und Therapien für chronisch-entzündliche Hauterkrankungen gibt es mittlerweile viele. Aber nicht jede Therapie hilft bei jedem Patienten. Längst nicht alle sind für die Patienten zugänglich. Und manchmal wurde die richtige Ursache oder Diagnose noch nicht gefunden. Doch was ist dann zu tun? Wie kann ich meinen Patienten weiterhin unterstützen? In solchen Fällen ist es unerlässlich, dass – auch fachübergreifend – Kollegen hinzugezogen werden.

Am einfachsten gelingt ein solcher Austausch in einem gut ausgebauten Netzwerk von Ärzten. Wie sinnvoll solche Netzwerke genau sind, haben wir Dr. Ralph von Kiedrowski gefragt, der im Bereich der Netzwerkarbeit mehr als 20 Jahre Erfahrung mitbringt.



© Robert Kneschke/shutterstock.com

Lieber Herr Dr. von Kiedrowski, was war Ihre Motivation, sich in Ihrer beruflichen Laufbahn als renommierter Dermatologe so intensiv mit der Vernetzung in der Dermatologie zu befassen?

Tatsächlich war das ein Zufall, nämlich mit der Niederlassung 1997. Da kommt man ja in eine Region, in der schon Kollegen arbeiten und auch immer wieder neue Kollegen in diesem unbesetzten Niederlassungsbereich dazukommen. Irgendwann war dieser Bereich dann auch zulassungsgeschlossen. Und ich persönlich war es durch meine lange Zeit bei der Bundeswehr gewohnt, dass man Absprachen trifft. Dass man versucht, Gemeinsamkeiten und Unterschiede miteinander abzusprechen, denn dann arbeitet es sich leichter zusammen. Insofern war das ganz am Anfang gar keine echte Netzwerkbildung von gemeinsamen Interessen, sondern ein Treffen, das ich seinerzeit auch dann initiierte, wenn wir uns einfach mal aus der Region getroffen und kollegial ausgetauscht haben. Nach dem Motto: Was machst du, was machst du nicht? Gibt es also Dinge, die nur einer macht, bei denen man sich letztlich ergänzen kann. Mit meiner eigenen Spezialisierung auf Psoriasis kam es dann, dass wir uns abgesprochen haben, wer welche Patienten übernimmt und wir haben uns diese innerhalb der Region zugewiesen. So hat das angefangen, ist aber lange Zeit begrenzt auf die Region Koblenz/Neuwied geblieben.

Im Februar 2023 wurde der Verein Hautnetz Deutschland e. V. durch den BVDD und die DDG gegründet. Was ist der Hauptgedanke hinter der Gründung und wie trägt der Verein zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Hautkrankheiten bei?

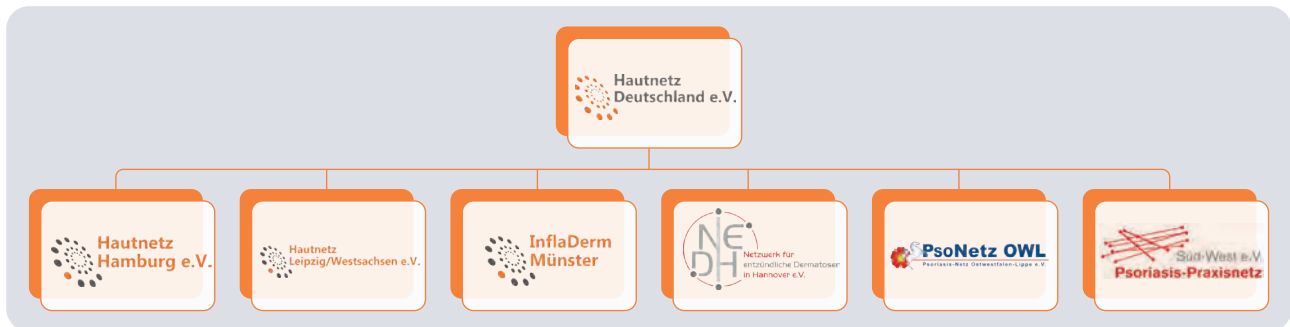
Die Gründung war notwendig geworden durch die Fortentwicklung des Fachs in den letzten zehn Jahren. Schon 2008 haben wir gesagt, wir brauchen ein Netzwerk für die Systemtherapien bei Psoriasis, weil sie nicht flächendeckend angeboten wurden und über Vernetzung letztlich Patienten trotzdem innerhalb einer Region – wie es heute so schön heißt – zum ‚richtigen‘ Facharzt kommen. Heutzutage müssen immunmodulierende Therapien in unserem Fach Standard sein und von jeder Hautarztpraxis angeboten werden. Die Versorgungsrealität sagt leider etwas anderes. Erst recht bei anderen Erkrankungen, sei es bei Hidradenitis suppurativa oder gar atopischer Dermatitis. Aber auch bei diesen Erkrankungen gibt es neue Medikamente und Behandlungsoptionen, die Patientenströme erzeugen, sodass wir wieder wie vor 20 Jahren vor der Frage stehen: Wer macht es denn, wo sollen die Patienten hin? Und so haben im Prinzip unabhängig von der bundesweiten Entwicklung verschiedene lokale Netze, die ursprünglich als reines Psoriasisnetz im Pso-Net Deutschland bundesweit organisiert waren, zusätzliche Sektionen eröffnet. Und deswegen haben wir auf der Bundesebene gesagt, es wäre günstig, wenn wir dieser Bestrebung, dass aus einem Psoriasisnetz plötzlich ein Hautnetz wird, auch eine sektional sortierte Dachstruktur bieten. Auch mit Kostenträgern in vertragliche Verhandlungen treten kann ich mit einer Dachstruktur, die deutschlandweit durch zwei große Verbände – BVDD und DDG – getragen wird, besser als würde es ein regionales Hautnetz Hamburg in der Sektion atopische Dermatitis versuchen.

„Die Gründung war notwendig geworden durch die Fortentwicklung des Fachs in den letzten zehn Jahren.“

Dr. med. Ralph von Kiedrowski

Sie haben mir gerade schon das nächste Stichwort in den Mund gelegt: Dachverband. Neben dem Hautnetz Deutschland als Dachverband gibt es die zahlreichen regionalen Hautnetze. Welche Rolle nehmen diese in Zusammenarbeit mit dem Dachverband ein und wie werden sie koordiniert?

Letztlich muss das die Region selbst entscheiden, denn das Netzwerk funktioniert nie, nur weil es den Dachverband gibt. Sondern Netzwerk bedeutet eigentlich die Struktur in der Region. Und da sehen wir ganz unterschiedliche Regionen: In manchen ist die Klinik im Lead und hat ein Zuweiserkontingent, in dem dann die Patienten ausgetauscht werden. In anderen gibt es keine klinischen Strukturen, da machen es die Netze, sprich die Hautarztpraxen, unter sich aus. Im Hautnetz sind die einzelnen Sektionen im Endeffekt nach Krankheiten sortiert. Ein regionales Hautnetz, zum Beispiel das Hautnetz Leipzig/Westsachsen, bietet verschiedene dieser Sektionen an und kann dann mit der jeweiligen Sektion auf die Nationale Versorgungskonferenz für atopische Dermatitis gehen, weil in der lokalen Struktur eben auch atopische Dermatitis als Erkrankung in der Region versorgt wird. Für jedes Netz, in dem atopische Dermatitis ein Thema ist, würde das Hautnetz Deutschland mit dieser Sektion bundesweite Ziele ausrufen können. ▶



Hautnetz Deutschland e. V. vertritt verschiedene dermatologische Netze auf Bundesebene (Netzauswahl beispielhaft, nicht alle Netze sind abgebildet).

Also zum Beispiel Versorgungsziele, nach denen sich das Hautnetz richten und regional Forderungen gegenüber Kostenträgern aufstellen kann. Es soll gar keine Überorganisation geben, aber jede Erkrankung braucht eine gesundheitspolitische Ebene übergeordnet für ganz Deutschland.

Warum sind solche Netze Ihrer Meinung nach denn überhaupt sinnvoll?

Im Endeffekt wissen wir ja – und da können wir die Psoriasis als Beispiel nehmen – dass es eben nicht nur eine Hautkrankheit ist. Es ist eine systemische Entzündung, die oft nicht gänzlich versorgt wird. Und das führt zu zwei Zielen in der Netzbildung. Erstens: Um diese Patienten ganzheitlich zu versorgen, braucht es weitere Fachdisziplinen. Diesen Patienten muss eine Vernetzung mit verschiedenen Fachgruppen ermöglicht werden. Die besten Kontakte bestehen da sicherlich zu den

„ Im Endeffekt wissen wir ja – und da können wir die Psoriasis als Beispiel nehmen – dass es eben nicht nur eine Hautkrankheit ist.

Dr. med. Ralph von Kiedrowski

Rheumatologen. Und es gibt auch Regionen, in denen ein Netz in der Region X auf Rheumatologen in derselben Region zurückgreifen kann, um für die Patienten die Wege kurz und gezielt zu machen.

Das ist aber nicht flächendeckend gegeben. Und zweitens: Moderne Medikamente sind auf dem Markt, eine Behandlung mit diesen sollte also kein Problem sein. Die Entwicklung bei Psoriasis hat aber über die letzten 20 Jahre gezeigt, dass wir da noch lange nicht bei 100 % sind. Und deswegen kann es andersrum aus Sicht des Patienten ein Netz brauchen, in dem man möglichst nicht durchfällt. Heißt, wenn ein Kollege sagt „Da kann ich Ihnen nichts anbieten, aber ich weiß, wo es für Sie weitergeht“, ist der Patient schon besser versorgt.

Patienten können also eindeutig von der Vernetzung profitieren. Gibt es diese Vorteile auch für die Dermatologen?

Bedingt ja, weil wir im Prinzip bei den Verhandlungen, die wir mit Kostenträgern führen, auch immer diskutieren können, gerade wenn es um bestimmte Erkrankungen geht: Was ist Leitlinie, was ist Behandlungspfad? Und was ist innerhalb der teilnehmenden Ärzte in einem solchen Vertrag State of the Art? Und das kann ich am ehesten für eine Krankenkasse sichtbar machen, wenn ich auf Netzstrukturen hinweisen kann. Da ist zwar zusätzlich auch noch die Verbandsmitgliedschaft ein Kriterium, aber trotzdem sind Netzwerkbildungen für Kostenträger eine interessante Sache, weil sie damit flächendeckend die Versorgung für Patienten sicherstellen können.

Das alles klingt nach einem großen Arbeits- und Zeitaufwand. Wie finanzieren sich denn die Netzwerke?

Bei PsoNet Deutschland haben wir einen echten Förderkreis, der über Jahre gewachsen ist. Dieser Förderkreis fördert die Netzwerkbestrebungen auf der Bundesebene und genauso gehen zahlreiche Unternehmen in regionale Netze und bieten im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen ebenfalls Weiterbildungen für Kollegen an. Beim Hautnetz ist es genauso geplant. Der BVDD und die DDG geben eine Anschubfinanzierung, damit die Strukturen aufgebaut werden können. Gleichzeitig gibt es für die verschiedenen Sektionen und das große verbindende Ganze darüber hinaus die pharmazeutische Industrie, die über den Förderkreis die administrativen Kosten auf Bundesebene übernehmen kann.

Welche zukünftigen Entwicklungen sind geplant, um die Ziele des Hautnetz Deutschland umzusetzen?

Im Moment sind wir noch in der Aufbauphase. Vieles drum herum, also die Website und auch Handouts und Flyer, muss erst noch erarbeitet werden, um damit auch die Sichtbarkeit zu erhöhen. Außerdem planen wir, dass in diesem und im nächsten Jahr nach dem Muster der Psoriasis nationale Versorgungskonferenzen für andere Erkrankungen einberufen werden, um für die Öffentlichkeit, die Politik und die Kostenträger Versorgungsziele zu erstellen. Das ist in der Psoriasis seit Jahren etabliert, fehlt aber bei den anderen Krankheitsbildern. Aber das braucht es, weil man sich Ziele setzen muss, um die Versorgung zu verbessern. Und weil es zum Beispiel bei hochpreisigen Medikamenten um viel Geld geht, müssen diese Ziele gut formuliert sein. Ohne Zielerreichung sind diese Kosten verschwendet.

Zum Schluss die für unsere Leser vielleicht wichtigste Frage: Wie kann ich Mitglied im Hautnetz Deutschland werden?

Letztlich wird es so sein, dass man im Hautnetz auch als Einzelarzt Mitglied werden kann. Auf der Homepage ist ein Mitgliedsantrag zu finden, über den man als Einzelarzt oder Klinikabteilung gegen einen relativ kleinen Obolus Mitglied werden kann. Der Beitrag soll auf keinen Fall überlasten, weil das nicht die Hauptfinanzierung ist. Aber man zeigt damit Flagge, ist Mitglied und kann damit auch über die Geschicke des Hautnetz Deutschland als eingetragener Verein mit abstimmen.

Lieber Herr von Kiedrowski, vielen Dank für das spannende Interview.

MERLE TWESTEN



Hier können Sie sich über eine Mitgliedschaft im Hautnetz Deutschland informieren

Farewell and Goodbye
PsoNet Magazin

Hello and a warm Welcome
Hautnetz Magazin



Hautnetz Magazin – And Here We Are

Mit dieser Ausgabe heißt es endgültig Abschied nehmen vom PsoNet Magazin, das uns über zehn Jahre begleitet und mit spannenden und wertvollen Beiträgen für Dermatologen zur Psoriasis versorgt hat.

Die Grundstrukturen des neuen Hautnetz Magazin sind denen des PsoNet Magazin sehr ähnlich, doch wie Sie festgestellt haben werden, behandeln wir in unseren Beiträgen nun auch weitere Indikationen wie zum Beispiel atopische Dermatitis, Acne inversa oder Pruritus. Ein wichtiger Bestandteil des Magazins sollen außerdem Berichte über die Nationalen Versorgungskonferenzen (NVKs) sein, die seit der Gründung des Hautnetz Deutschland Anfang 2023 für immer mehr Indikationen einberufen werden. Darin klären wir über den State of the Art, neue Entwicklungen und Herausforderungen sowie die weiteren Planungsschritte zu der jeweiligen Indikation auf. Erste Beispiele dazu in dieser Ausgabe sind die NVK Pruritus & Prurigo (20.09.2024 in Münster; Seite 32/33) und die NVK Atopische Dermatitis (11.10.2024 in Düsseldorf; Seite 34/35).

Wenn auch Sie Interesse haben, Teil dieser Entwicklung zu werden, dann laden wir Sie herzlich dazu ein, Mitglied im Hautnetz Deutschland zu werden. Je nach Standort findet sich auch in Ihrer Nähe eines der 29 regionalen Hautnetze, dem Sie sich anschließen können – je mehr Mitglieder, desto besser! Denn die vergangenen NVKs haben gezeigt, wie wertvoll der Input eines jeden Einzelnen ist, auch auf kleiner Bühne. Eine Listing der regionalen Netze finden Sie auf der Webseite des Hautnetz Deutschland (<https://hautnetz-deutschland.de/>) oder in diesem Heft (S. 41).

Und warum überhaupt Mitglied werden? Neben der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und hohem (interdisziplinären) Austausch profitiert der Einzelne vor allem vom Hautnetz Deutschland als Dachorganisation. Denn bei Verhandlungen mit Krankenkassen oder Pharmaunternehmen kann der Verein für Einzelpraxen eine Stütze sein und für diese eintreten.



Mitglied werden im
Hautnetz Deutschland

Altes Logo:



Neues Logo:



Zum Ende hin noch eine Bitte an die bestehenden Psoriasisnetze: Für eine bessere Sichtbarkeit und eindeutige Zuordnung möchten wir Sie bitten, das neue PsoNet-Logo auch für Ihr Netz zu übernehmen und auf bestehenden Webseiten einzubauen. Eine hoch aufgelöste Version dieses Logos können Sie über magazin@psonet.de anfragen.



Und last, but not least eine Information an die (Haut-)Netze, die schon einen Schritt weiter sind: Sollte sich Ihr Netz gerade in einer Umstrukturierung von einem Psoriasisnetz zu einem Hautnetz befinden, so können Sie gerne ein passendes Logo bei uns nach abgebildetem Musterbeispiel anfragen: info@hautnetz-deutschland.de.

Ihre Redaktion des Hautnetz Magazin

Berichte aus den Netzen

Fast jeder zweite Europäer leidet im Laufe seines Lebens an einer Hauterkrankung, die mal schlechter, mal besser behandelbar ist. Darunter fallen auch systemische Erkrankungen wie Psoriasis oder atopische Dermatitis. Sie können mit einer Vielzahl möglicher Begleiterkrankungen wie Rheumatoider Arthritis, metabolischen Veränderungen (Diabetesneigung, Adipositas, arterielle Hypertonie), einem erhöhten Risiko kardiovaskulärer Folgeerkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall) und auch einem hohem psychischen Leidensdruck einhergehen. Solche Erkrankungen können viele Aspekte des Patientenalltags beeinträchtigen, sodass immer mehr Menschen eine fachärztliche Betreuung benötigen.



PSoNET

Regionale Psoriasisnetze in Deutschland



**Hautnetz
Deutschland e.V.**

Häufig sind die Grenzen zwischen den medizinischen Fachbereichen in den Arztpraxen fließend: Umso wichtiger ist, dass Spezialisten mit unterschiedlichen Schwerpunkten zugunsten ihrer Patienten optimal zusammenarbeiten und sich gemeinsam für das Wohl der Patienten engagieren.

in einem bestimmten Umkreis gesucht werden. Ein Klick auf die gefundenen Ergebnisse genügt und es erscheinen weitere Informationen wie Anschrift und Kontaktmöglichkeiten der Praxis.

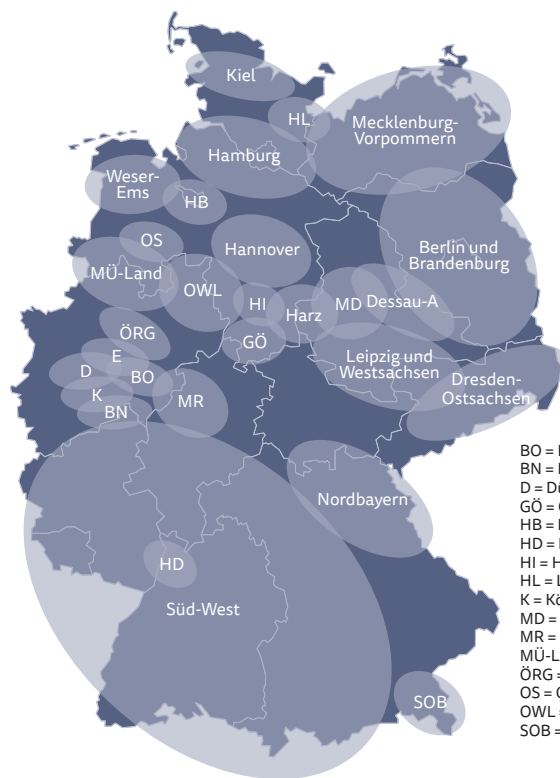
Spezialisten im Verbund

Ausgangspunkt der Netzarbeit ist die Verbesserung von ärztlicher Kooperation und Versorgungsqualität. Bundesweit haben sich hierfür rund 700 Praxen und Kliniken zusammengeschlossen. Die Patienten profitieren vom Spezialwissen hochqualifizierter Versorger, von erstklassigen Kontakten zu allen kompetenten Fachzentren und von der individuellen Beratung.

Gesicherte Qualität

Teilnehmende Praxen und Kliniken müssen eine hohe Versorgungsqualität gewährleisten. Hierfür haben die Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG) und der Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD) einheitliche Standards beschlossen, zu denen sich sämtliche Netzwerkmitglieder bekennen. Zentrale Prämisse ist die Durchführung von Therapien auf dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis, wie in zahlreichen Leitlinien definiert. Die Qualitätsziele werden auf bundesweiter, regionaler und Praxisebene weiter ausformuliert.

Die nächste Facharztpraxis ist auf der Internetseite von PsoNet schnell zu finden: Mithilfe der komfortablen Kartensuche kann durch die Eingabe von Postleitzahl oder Wohnort nach Praxen



- BO = Bochum-Witten
- BN = Bonn-Rhein-Sieg
- D = Düsseldorf
- GÖ = Göttingen
- HB = Bremen
- HD = Heidelberg
- HI = Hildesheim
- HL = Lübeck
- K = Köln
- MD = Magdeburg
- MR = Marburg
- MÜ-Land = Münsterland
- ÖRG = Östl. Ruhrgebiet
- OS = Osnabrück
- OWL = Ostwestfalen-Lippe
- SOB = Südbayern

Regionale Psoriasis- und Hautnetze © PsoNet

Wie kann ich mich als Arzt einem Netz in meiner Region anschließen oder ein neues Netzwerk gründen?

Unter www.hautnetz-deutschland.de können interessierte Ärzte einsehen, ob es bereits ein Netzwerk in ihrer Region gibt. Hier steht auch entsprechendes Informationsmaterial zum Download zur Verfügung. Weitere Fragen rund um den Beitritt oder die Neugründung können Sie an info@hautnetz-deutschland.de richten.



Hautnetz Deutschland
Website

Netzwerksprecher der Regionalen Psoriasisnetze (PsoNet) und Hautnetze

Netz	Sprecher	Praxis / Klinik	Adresse	Mailadressen
Berlin und Brandenburg	 Prof. Dr. Wiebke Ludwig-Peitsch Dr. Sandra Philipp	Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Klinik für Dermatologie und Phlebologie Charité – Universitätsmedizin Berlin, Psoriasis Forschungs- und Behandlungs-Centrum	Landsberger Allee 49 10249 Berlin Luisenstr. 2, Ebene 5, R42 10117 Berlin	wiebke.ludwig-peitsch@vivantes.de sandra.philipp@charite.de
Bochum-Witten	 Dr. Matthias Hoffmann Dr. Michael Ardabili	Hautarztpraxis Hautarztpraxis	Annenstr.151 58453 Witten Wittener Str. 244 44803 Bochum	drho@hautarzt-dr-hoffmann.de m.ardabili@derma.de
Bonn/Rhein-Sieg	 Dr. Dagmar Wilsmann-Theis Dr. Jörg Weckbecker	Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Dermatologie und Allergologie Hautarztpraxis	Sigmund-Freud-Str. 25 53127 Bonn A.-v.-Humboldt-Str. 8 53604 Bad Honnef	dagmar.wilsmann-theis@ukb.uni-bonn.de praxis@dr-weckbecker.de
Bremen	 Dr. Uwe Schwichtenberg Prof. Dr. Jörn Elsne	Hautarztpraxis MVZ Hautarzt- und Laserzentrum Bremen	Kaffeestr. 2 28779 Bremen Wachmannstraße 7 28209 Bremen	info@dr-schwichtenberg.de elsner@hautarzt-elsner.de
Dessau-Anhalt	 Dr. Andreas Altenburg	Städtisches Klinikum Dessau, Hochschulambulanz für Dermatologie, Venerologie und Allergologie	Auenweg 38 06847 Dessau-Roßlau	andreas.altenburg@klinikum-dessau.de
Dresden/Ostsachsen Hautnetz Dresden-Ostsachsen	 Prof. Dr. Stefan Beisert Dr. Susanne Abraham	Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Dermatologie	Fetscherstr. 74 01307 Dresden	dermatologie@uniklinikum-dresden.de
Düsseldorf	 Dr. Stephan Meller	Universitätsklinik Düsseldorf, Hautklinik	Moorenstr. 5 40225 Düsseldorf	stephan.meller@med.uni-duesseldorf.de
Göttingen	 Prof. Dr. Michael P. Schön Prof. Dr. Rotraut Mößner	Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie	Robert-Koch-Str. 40 37075 Göttingen	michael.schoen@med.uni-goettingen.de rmoessn@gwdg.de
Hamburg Hautnetz Hamburg	 Prof. Dr. Matthias Augustin Dr. Michael Reusch Prof. Dr. Kristian Reich	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, CVderm, IVDP und PsoNet	Gebäude W 38 Martinistr. 52 20246 Hamburg	m.augustin@uke.de dr.reusch@derm.de k.reich@uke.de
Hannover Netzwerk für entzündliche Dermatosen	 Dr. Florian Schenck Dr. Tim Schäfer	Hautarztpraxis Hautarztpraxis	Osterstr. 24 30159 Hannover Hannoversche Str. 1 30926 Seelze	schenck@hautaerzte-zentrum.de hautarzt.seelze@gmail.com
Harz	 Christiane Schreck	Klinikum D. Ch. Erxleben, Hautkrebszentrum	Ditfurter Weg 24 06484 Quedlinburg	christiane.schreck@harzlinikum.com
Heidelberg	 Prof. Dr. Alexander Enk	Universitätsklinik Heidelberg, Abt. für Dermatologie	Im Neuenheimer Feld 440 69120 Heidelberg	alexander.enk@med.uni-heidelberg.de
Kiel	 Prof. Dr. Ulrich Mrowietz Prof. Dr. Sascha Gerdes	Psoriasis-Zentrum, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel	Schittenhelmstr. 7 24105 Kiel	umrowietz@dermatology.uni-kiel.de sgerdes@dermatology.uni-kiel.de
Köln	 Holger Krickeberg	Hautarztpraxis	Olpener Str. 886 51109 Köln	info@hautarzt-krickeberg.de
Leipzig und Westsachsen Hautnetz Leipzig/Westsachsen	 Prof. Dr. Jan-Christoph Simon	Universitätsklinikum Leipzig, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie	Philipp-Rosenthal-Str. 23 04103 Leipzig	jan.simon@medizin.uni-leipzig.de
Lübeck	 Prof. Dr. Diamant Thaçi	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck	Haus V50 Ratzeburger Allee 160 23538 Lübeck	diamant.thaci@uksh.de
Magdeburg	 Prof. Dr. Bernd Bonnekoh	Universitätsklinikum Magdeburg, Abt. Dermatologie	Leipziger Str. 44 39120 Magdeburg	bernd.bonnekoh@med.ovgu.de
Marburg	 Prof. Dr. Michael Hertl	Philipps-Universität Marburg, Klinik für Dermatologie	Deuschhausstr. 9 35037 Marburg	michael.hertl@med.uni-marburg.de
Mecklenburg-Vorpommern Dermanetz Mecklenburg-Vorpommern	 Dr. Anke Herrmann Dr. Andreas Timmel	Hautarztpraxis Hautarztpraxis	Wolgaster Str. 4 17489 Greifswald Markt 26 18528 Bergen auf Rügen	post@hautzentrum-greifswald.de praxis@hautzentrum-ruegen.de
Münsterland InflaDerm Münsterland	 Dr. Nina Magnolo PD Dr. Athanasios Tsianakas	Universitätsklinikum Münster, Zentrale Studienkoordination für innovative Dermatologie (ZID) Fachklinik Bad Bentheim Abteilung für Dermatologie	Von-Esmarch-Str. 58 48149 Münster Am Bade 1 48455 Bad Bentheim	nina.magnolo@ukmuenster.de a.tsianakas@fk-bentheim.de
Nordbayern	 Prof. Dr. Michael Sticherling	Universitätsklinikum Erlangen, Hautklinik	Ulmenweg 18 91054 Erlangen	michael.sticherling@uk-erlangen.de
Östliches Ruhrgebiet	 Dr. Ulrike Beiteke Dr. Fritz Lax	Klinikum Dortmund, Hautklinik Hautarztpraxis	Beurhausstr. 40 44137 Dortmund Am dicken Turm 23 58636 Iserlohn	ulrike.beiteke@klinikumdo.de fritz.lax@t-online.de
Osnabrück	PD Dr. Thomas Rosenbach Dr. Ansgar Weyergraf	Hautarztpraxis Hautarztpraxis	Lotter Str. 58-61 49078 Osnabrück Hasestr. 17 59565 Bramsche	info@ihrehautaerzte.de ansgar@weyergraf.de
Ostwestfalen-Lippe	Dr. Katharina Kreutzer Dr. Henrik Mohme	Klinikum Bielefeld, Hautklinik Hautarztpraxis	An der Rosenhöhe 27 33647 Bielefeld Hauptstr. 31 32457 Porta Westfalica	katharina.kreutzer@klinikumbielefeld.de backoffice@psonetz-owl.de
Ruhr	Prof. Dr. Andreas Körber PD Dr. Wiebke Sondermann	Universitätsklinikum Essen, Klinik und Poliklinik für Dermatologie	Hufelandstr. 55 45122 Essen	andreas.koerber@uk-essen.de wiebke.sondermann@uk-essen.de
Süd-niedersachsen	PD Dr. Holger Petering	Hautarztpraxis	Andreas-Passage 1 31134 Hildesheim	hautarzt-hildesheim@web.de
Südostbayern	Dr. Oliver Hirschsteiner	Salus Gesundheitszentrum, Klinik für Dermatologie	Rinckstr. 7-9 83435 Bad Reichenhall	info@salus-gesundheitszentrum.de
Südwest Psoriasis-Praxisnetz Süd-West	Dr. Dirk Maaßen Prof. Dr. Christian Termeer	Hautarztpraxis Hautarztpraxis	Am Großmarkt 2 67133 Maxdorf Rennstraße 2 70499 Stuttgart	dirkmaassen@icloud.com info@hautarzt-termeer.de
Weser-Ems	Dr. Martin Schlaeger	Hautarztpraxis	Gottorpstr. 12 26122 Oldenburg	schlaeger.derm@t-online.de

PsoNet Berlin und Brandenburg

Viel Spaß beim Entdecken – Social Media in der dermatologischen Praxis



Hautärzte als Influencer auf Facebook, Instagram, LinkedIn, Tiktok oder X? Dr. Felix King vermittelte in einem Crashkurs von Kollege zu Kollege Grundlagen, wie Ärzte ihre dermatologischen Leistungen darstellen können.

Schon während seiner Facharztausbildung in der Münchener Hautklinik am Biederstein hat der junge Dermatologe aus Berlin als App-Entwickler erste Erfahrungen gesammelt. Später wirkte er an diversen dermatologischen Online-Projekten mit und hat ein Unternehmen gegründet. Der eigene Auftritt in den sozialen Netzwerken ist für die meisten im Zuhörerkreis Neuland. Nur wenige sind bereits in den sozialen Netzwerken vertreten. Doch das könnte sich nun bald ändern. Wichtig sei zunächst einmal, die eigene Zielsetzung zu bestimmen, um den passenden Kommunikationskanal zu wählen, so King. Konkret: Steht die Vermarktung von Waren und Dienstleistungen im Vordergrund? Sollen neue Patienten oder Personal gewonnen werden? Soll der Bekanntheitsgrad in der Öffentlichkeit und in kollegialen Fachkreisen gesteigert werden? Oder geht es darum, die eigenen Positionen in einem öffentlichen Forum mit anderen zu teilen?

Kings persönlicher Favorit für die Darstellung innovativer dermatologischer Behandlungsmöglichkeiten ist Instagram, wie er bei der Quartalsfortbildung des Psoriasisnetzes Berlin und Brandenburg verdeutlichte. Mit rund 31 Millionen Nutzern in Deutschland, davon 51% weiblich, und mit einem großen Anteil junger Leute bietet dieser Online-Kanal nach Einschätzung des Dermatologen einen attraktiven Zugang zu einem an Neuerungen interessierten Publikum. „Instagram-Nutzer sind neugierig“, so King. Die Plattform bietet vielfältige Möglichkeiten, sich mitzuteilen und einen eigenen Nutzerkreis aufzubauen. Texte, Bilder und Videos können in herkömmlicher Weise

gepostet werden. Aufwändiger sind tagesaktuelle Stories – Ankündigungen, Neuigkeiten, interaktive Gewinnspiele – und sogenannte Reels, die als Hintergrundinformation über einen frei wählbaren längeren Zeitraum verfügbar bleiben.

Die Seitenaufrufe – sogenannte Impressions – werden statistisch erfasst und geben einen ersten Hinweis darauf, wie die eigenen Botschaften beim Instagram-Publikum ankommen. Die Beliebtheit eines Instagram-Auftritts lässt sich an der Zahl der Downloads und der Follower ablesen, die ein Informationsangebot abonnieren. Für mehr Aufmerksamkeit sorgt die Möglichkeit, Beiträge zu kommentieren. Anhand von Zahlenbeispielen dämpfte King zugleich allzu hochfliegende Erwartungen. Der Aufbau einer eigenen Follower-Gemeinde erfordert viel Zeit und Geduld. Und nur ein Bruchteil von ihnen findet als Neupatient den Weg in die eigene Hautarztpraxis.

Nützliche Tipps, Hinweise und Empfehlungen schaffen einen Mehrwert, der die Attraktivität von Social-Media-Inhalten steigert. Nützliche Hinweise gab der Referent auch seinen Zuhörern mit auf den Weg. Die Sprache sollte allgemeinverständlich sein und möglichst ohne Fachjargon auskommen. Texte sollten kurz gefasst werden und auf den Punkt kommen. Auch in den Social-Media-Kanälen sei auf ein ansprechendes Äußeres zu achten. „Schlechtes Design und Chaos schrecken ab“, so King. Und in der Ansprache empfehle sich „ein freundschaftlicher Ton“. Mit einem solchen freundschaftlichen „Viel Spaß beim Experimentieren“ ermunterte King schließlich seine Kollegen, den eigenen Social-Media-Auftritt in Angriff zu nehmen. (blu)

PsoNet Berlin und Brandenburg

Neue sichere Therapien für Kinder und Jugendliche

Für Kleinkinder, Kinder und Jugendliche mit Neurodermitis, Psoriasis und anderen chronisch-entzündlichen Hauterkrankungen gab es lange nur sehr wenige zugelassene Therapien, insbesondere bei schwereren Verläufen. Doch diese Zeiten sind vorbei, wie Prof. Regina Treudler vom Institut für Allergieforschung der Charité Universitätsmedizin Berlin den Mitgliedern des Psoriasisnetzes Berlin und Brandenburg deutlich machte.

Die Neurodermitis zählt mit einem Anteil von zehn bis 15% Betroffenen zu den häufigsten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Die Psoriasis gilt gleichfalls als weit verbreitete Volkskrankheit, allerdings ist ein Erkrankungsbeginn im Kindes- und Jugendalter seltener. In Deutschland sind weniger als ein Prozent der Kinder und Jugendlichen von Psoriasis betroffen. Eine chronisch spontane Urtikaria – umgangssprachlich Nesselsucht – wird in jungen Jahren noch seltener festgestellt. Für die Behandlung dieser entzündlichen Hauterkrankungen stehen eine ganze Reihe neuer Medikamente zur Verfügung, die hochwirksam sind und auch bei Kindern sicher angewendet werden können. Biologika ersetzen heute vielfach herkömmliche Arzneimittel, die im Kindes- und Jugendalter nur ausnahmsweise – und meist außerhalb der Zulassung – eingesetzt werden durften und schweren Fällen vorbehalten waren.

Zur Therapie des atopischen Ekzems verwies Treudler auf den Interleukin-4-Rezeptor-Antikörper Dupilumab, den Interleukin-13-Antikörper Tralokinumab und die JAK-Inhibitoren Abrocitinib und Upadacitinib. Weitere Medikamente befinden sich in der fortgeschrittenen klinischen Erprobung. Zur Behandlung der mittelschweren bis schweren Psoriasis stehen für das Kindes- und Jugendalter derzeit fünf Biologika zur Verfügung.

Die Diagnosestellung ist nicht immer trivial

Großen Wert legte Treudler in ihrem Fortbildungsbeitrag auf eine sorgfältige Krankheitsanamnese und Diagnostik. Ihre tabellarische Übersicht der unterschiedlichen klinischen Erscheinungsformen einer Psoriasis und der möglichen Differenzialdiagnosen, die im Kindes- und Jugendalter manchmal zum Verwechseln ähnlich aussehen, zeigt die Herausforderung, vor der Hautärzte bei der Diagnosestellung stehen können. Bei einigen Fällen erweise sich schon die Unterscheidung eines atopischen Ekzems von einer Psoriasis als schwierig, so die Referentin. Manchmal gebe ein Blick in die Familienanamnese den entscheidenden Hinweis: Für beide Erkrankungen besteht eine genetische Disposition.

Die Ausprägung und die Lokalisation der Psoriasis – plaqueförmig, pustulös, mit Nagelbefall, im Gesicht, an den Händen, in der Windel- und Genitalregion – sind bei der Auswahl des geeigneten Medikaments ebenso zu berücksichtigen wie die bereits im Kindesalter mögliche Komorbidität: Adipositas, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, Psoriasis-Arthritis oder auch psychische und psychiatrische Erkrankungen wie Depression und Angststörungen kommen bereits bei jungen Patienten mit Psoriasis häufig vor, wie Treudler betonte. Ein unzureichendes Ansprechen der üblicherweise wirksamen Therapien kann ein Warnhinweis sein, der auf andere Hauterkrankungen hindeutet. Ein ausgedehntes, atypisch verlaufendes und therapieresistentes Ekzem kann beispielsweise Erstsymptom von genetischen Syndromen, die mit einem Immundefekt einhergehen, sein. Hierzu zählen zum Beispiel



das Wiskott-Aldrich-Syndrom, das Omenn-Syndrom und das Hyper-IgE-Syndrom. Bei diesen seltenen Erkrankungen komme es auf eine möglichst frühzeitige Diagnose und Behandlung an. Bei jungen Säuglingen mit unzureichendem Ansprechen auf die Therapie eines vermeintlichen atopischen Ekzems sollte daher pädiatrische Fachexpertise hinzugezogen werden, so der Rat der erfahrenen Atopie-Spezialistin. Andererseits bedarf nicht jede entzündliche Hautveränderung im Kindes- und Jugendalter einer sofortigen und massiven Intervention. Bei einer heftig in Erscheinung tretenden Urtikaria beispielsweise bleibt es oft bei einem einmaligen Ereignis, das so unvermittelt wieder verschwindet, wie es aufgetreten ist, ohne dass sich ein Auslöser bestimmen lässt.

Orientierungshilfe bei der Auswahl der passenden Behandlung geben fachärztliche Leitlinien. Für die Psoriasis im Kindes- und Jugendalter gibt es eine eigene S2k-Leitlinie, an der Mitglieder des PsoNet Berlin und Brandenburg maßgeblich mitgearbeitet haben. Auch die S3-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie des atopischen Ekzems und der chronisch spontanen Urtikaria enthalten Empfehlungen zur Behandlung dieser Krankheitsbilder im Kindes- und Jugendalter mit Biologika und anderen modernen Medikamenten. Treudler erinnerte daran, dass am Institut für Allergieforschung der Charité Berlin klinische Studien zum möglichen Einsatz neuer Medikamente auch bei Kindern für die Krankheitsbilder chronische spontane Urtikaria und (mittel-)schweres atopisches Ekzem angeboten werden. (blu)



Übersicht der klinischen Studien



S3-Leitlinie Atopische Dermatitis



S2k-Leitlinie Psoriasis



S3-Leitlinie Urtikaria

Nordbayern

Psoriasisnetzwerk Nordbayern mit eigener Online-Visitenkarte



Premiere – Knapp 14 Jahre nach der Gründung hat das Regionale Psoriasisnetzwerk Nordbayern jetzt erstmals eine eigene Webvisitenkarte in einem responsiven Design, das sich dem Format des Endgeräts anpasst. Die Bildmotive der nordbayerischen Städte – Bamberg, Erlangen, Nürnberg, Bayreuth, Weiden – und Landschaften im Kopf der Webvisitenkarte stellen einen regionalen Bezug her.

Mit seinem Internetauftritt will das Netzwerk stärker in der Öffentlichkeit sichtbar werden und sich vor allem Patienten und ihrem sozialen Umfeld präsentieren. Zugleich erhalten die Mitglieder rund um die Uhr an sieben Tagen die Woche eine leicht erreichbare Informationsmöglichkeit, die auch potenzielle neue Mitglieder ansprechen und gewinnen soll.

Die Nutzer finden unter www.psonet-nordbayern.net eine kurz gefasste Darstellung der Netzwerkstruktur und der Netzwerkziele, außerdem aktuelle Nachrichten, Berichte,

Termine, Veranstaltungshinweise und Serviceleistungen für Mitglieder. In einem weiteren Schritt soll die Website um eine regionale Netzartsuche erweitert werden und exklusiv für Fachkreise ein Zugang zu einem geschlossenen Bereich (Intranet) erhalten. (blu)

Und hier geht's zur neuen Website:
www.psonet-nordbayern.net



Website
PsoNet Nordbayern

Nordbayern

Das Psoriasisnetzwerk Nordbayern wird „Entzündungsnetz“

Das regionale Psoriasis-Netzwerk Nordbayern will wachsen und neue Mitglieder gewinnen. Das hat der Vorsitzende, Prof. Michael Sticherling, stellvertretende Leiter der Erlanger Universitätshautklinik, bei der Mitgliederversammlung in Erlangen angekündigt.

Potenzial ist vorhanden: Mehr als sieben Dutzend Dermatologen sind mit unterschiedlichen Schwerpunkten im Umkreis von 50 Kilometern um Nürnberg/Fürth und Erlangen in einer Klinik oder einer Hautarztpraxis tätig. Zweiundzwanzig Hautärzte haben sich bereits seit der Gründung im Jahr 2008 dem Psoriasisnetzwerk angeschlossen.

Hand in Hand mit der neu geplanten Werbeaktion geht die Umbenennung zum „Entzündungsnetzwerk“. Damit setzt das regionale Netz ein Signal, den Fokus nicht länger allein auf die Psoriasis zu richten, sondern diesen auf neue Behandlungsmöglichkeiten anderer entzündlicher Hauterkrankungen auszuweiten.

Eine solche Neuausrichtung der Netzwerkarbeit liegt voll im Trend, wie Sticherling in seinem Bericht von der Jahrestagung der American Academy of Dermatology (AAD) in San Diego verdeutlichte. Bei der mit 19.000 Teilnehmern international größten dermatologischen Fortbildung stand im Februar 2024 nicht mehr in erster Linie die Psoriasis im Mittelpunkt, sondern innovative Therapien mit Biologika und Januskinase-Inhibitoren bei Neurodermitis, Hidradenitis suppurativa und anderen, selteneren entzündlichen Hauterkrankungen.

Kritik an Regulation

Neue Behandlungsmöglichkeiten waren ebenso Thema der abendlichen Fortbildung des regionalen Netzwerks. Dabei wurde deutliche Kritik an den regulativen Einschränkungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland laut. Die Bewertung der verfügbaren Medikamente zur Behandlung der autoimmunbedingten Alopecia areata als Lifestyle-Medizin sei auch angesichts der hohen Krankheitslast der Alopecia areata medizinisch nicht zu vertreten. Den behandelnden Hautärzten seien die Hände gebunden. Gesetzlich Krankenversicherte müssten infolgedessen die erforderlichen Medikamente aus der eigenen Tasche bezahlen, so die Kritik aus dem Teilnehmerkreis.

Die bundesweite Dachorganisation der regionalen Netzwerke, das Hautnetz Deutschland, hatte bereits im vergangenen Herbst die Petition einer betroffenen Patientin beim Deutschen Bundestag öffentlichkeitswirksam unterstützt – bislang ohne durchschlagenden Erfolg.

Im Rahmen der Fortbildung berichtete eine Teilnehmerin darüber hinaus von zwei eigenen Patienten mit schwerer Psoriasis beziehungsweise Psoriasis-Arthritis. In beiden Fällen muss nach einer Tumorerkrankung mit anschließender

Chemotherapie die laufende Entzündungstherapie überprüft und unter Umständen auch umgestellt werden. Ebenso wurde die Einstellung eines Jugendlichen mit Spritzenphobie bei ausgeprägter Psoriasis und familiärer Belastung diskutiert. Gemeinsam erarbeitete der Teilnehmerkreis Lösungsvorschläge. Weitere Unterstützung können die Netzwerk-Haut-

ärztin und ihre beiden Patienten inzwischen auch von einem Entzündungsboard des Deutschen Zentrums für Immuntherapie an der Universitätsklinik Erlangen anfordern, das kritische Fälle interdisziplinär gemeinsam mit den behandelnden Kollegen berät. (blu)

Nordbayern

Neu gewählter Vorstand mit vielen neuen Plänen

Bei den turnusgemäß fälligen Neuwahlen hat die Mitgliederversammlung des Regionalen Psoriasis Netzwerks Nordbayern Prof. Michael Sticherling, stellvertretender Klinikdirektor der Hautklinik Erlangen, als Vorsitzenden sowie Dr. Konstantin Ertner, Dermatologe aus Nürnberg, als zweiten Vorsitzenden und Dr. Ayhan Alpagut, ebenfalls Dermatologe aus Nürnberg, als Schatzmeister in ihren Ämtern bestätigt. Neuer Schriftführer ist Dr. Lukas Sollfrank, Weiterbildungsassistent an der Hautklinik Erlangen. Er übernimmt diese Aufgabe von Dr. Klaus-Peter Peters, der sich nach drei Amtszeiten aus der Vorstandsarbeit zurückzieht.

Für die neue Amtszeit haben sich die im Netzwerk Aktiven viel vorgenommen. Der Nutzen für die Mitglieder solle erhöht, der Mitgliederservice mit professioneller Unterstützung ausgebaut werden, kündigte Sticherling an.

Ein regelmäßig erscheinender Rundbrief soll die Mitglieder auf dem Laufenden halten und eine Webseite das regionale Netz auch öffentlich sichtbar machen.

Besorgt zeigte sich die Mitgliederversammlung allerdings über wachsende Probleme, mit dem anhaltend hohen und noch steigenden Behandlungsbedarf Hautkranker in der Region Schritt halten und zeitnah Termine anbieten zu können. Demografiebedingt wird der Fachärztemangel bei den Dermatologen immer stärker spürbar. Eine Reihe von Hautarztpraxen nimmt bereits keine neuen Patienten mehr an. Werbung für das Leistungsspektrum und die Qualität dermatologischer Versorgung wecke möglicherweise falsche Erwartungen, so die Befürchtung. (blu)

Hautnetz Leipzig/Westsachsen

Neue Gesichter im Vorstand und Welt-Psoriasis-Tag 2023

Das Hautnetz Leipzig/Westsachsen unterstützte auch im vergangenen Jahr zahlreiche Veranstaltungen. Zudem gab es Anfang des Jahres 2024 Änderungen im Vorstand des Hautnetzes.

Neu an die Spitze des Hautnetz Leipzig/Westsachsen wurde im Januar 2024 Dr. Susann Forkel, Universitätsklinikum Leipzig für den Bereich Allergologie und atopische Dermatitis gewählt. Sie ist die Nachfolgerin von Frau Prof. Regina Treudler, ebenfalls vom Universitätsklinikum Leipzig. Als Nachfolger von Prof. Joachim Barth, ehemaliger Ordinarius für Dermatologie an der Technischen Universität Dresden, wurde sein Sohn Dr. Dietrich Barth, Dermatologische Praxis Leipzig, als Sprecher und Schatzmeister gewählt. Der neue Vorstand dankt Regina Treudler und Joachim Barth sehr herzlich für die langjährige Arbeit im Vorstand des Hautnetzes. Insbesondere durch die Tätigkeit von Joachim Barth ist das Netzwerk eines der aktivsten Hautnetze in Deutschland und seine Leistung hierbei nicht hoch genug einzuschätzen. Die neu Gewählten werden sich — neben ihren weiteren Aufgaben — sicherlich ebenso gut in die bisherigen Veranstaltungen des Netzes einbringen können. Besonders erwähnenswert sei hier die Veranstaltung zum Welt-Psoriasis-Tag am 15. November 2023 für Betroffene und Angehörige von Patienten, die mit 120 Teilnehmern vor Ort und virtuell etwa 40 Teilnehmern ein sehr gutes Echo fand. Referenten waren neben Joachim Barth als Sprecher des Hautnetzes auch Dr. Paula Kage, Hautarztpraxis Freiberg, die über Allergien berichtete, Dr. Anna-Theresa Seitz, Oberärztin am Universitätsklinikum Leipzig AöR, die über Schuppenflechte und Ernährung informierte sowie das neue Vorstandsmitglied Dietrich Barth, der zur atopischen Dermatitis sprach.

Darüber hinaus fanden in den vergangenen Monaten immer wieder Veranstaltungen des Leipziger Qualitätszirkels der Dermatologen statt. Hier wurden ebenfalls zahlreiche Veranstaltungen unter Federführung von Dr. Ulrike Wiemers, Hautärztin aus Leipzig, unterstützt.

Am 16. März 2024 wurde unter dem Vorsitz von Prof. Jan Christoph Simon von der Uni-Hautklinik Leipzig das Frühjahrs-symposium der Hautklinik erfolgreich mit etwa 200 Teilnehmern durchgeführt.

Zudem gab es am 08. Juni die interdisziplinäre Veranstaltung „Haut und ... Diabetes“, die im Gartenhaus des Leipziger Mendelssohn Hauses mit 60 Zuhörern stattfand.



Vorstandsmitglieder des Hautnetz Leipzig/Westsachsen

PsoNet Ostwestfalen-Lippe

Interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltung

Das Psoriasisnetz Ostwestfalen-Lippe stellt sich neu auf: Jenseits der Psoriasis beschäftigt es sich auch mit anderen aktuellen dermatologischen Themen und hat in diesem Zuge seinem Namen angepasst. Es heißt nun Psoriasis-Netz OWL – innovative Therapien in der Dermatologie e. V.

Die neue Ausrichtung zeigte sich auch gleich in der letzten Fortbildungsveranstaltung: Sie war nicht nur einer weiteren Diagnose, der atopischen Dermatitis, gewidmet, sondern es konnte auch zur Anregung des interdisziplinären Austauschs ein pädiatrischer Kollege als Referent gewonnen werden. Prof. Eckard Hamelmann, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Evangelischen Klinikum Bethel (EvKB), berichtete über die atopische Dermatitis seiner jungen Patienten und deren altersabhängige Charakteristika.

In seiner Klinik hat er viel Erfahrung mit dem Einsatz von Dupilumab, wobei er betonte, welchen Stellenwert die konsequente und ausführliche Dokumentation des klinischen Befunds und des objektiven und subjektiven Schweregrads der Erkrankung hat. Entsprechende Checklisten und Scores in der Pädiatrie stellte er vor.

Für die ganz jungen Patienten bis zum Alter von zwei Jahren erfolgt die Therapie jedoch weiterhin hauptsächlich lokal. Neben Dupilumab sind auch die JAK-Inhibitoren Barticitinib und Upadacitinib für den Einsatz bei Kindern und Jugendlichen zugelassen. Allerdings zeigte sich, dass hier außerhalb von Studien der Einsatz auch in der Kinderklinik noch nicht wirklich begonnen hat.

Erfreulicherweise konnte dafür eine dermatologische Kollegin über den erfolgreichen Einsatz von Januskinase(JAK)-Inhibitoren bei Kindern in ihrer Praxis berichten. Die genannten JAK-Inhibitoren haben den Vorteil der oralen Applikation. Vor allem junge Patienten scheuen oft die regelmäßigen Injektionen der subkutanen Verabreichung und bevorzugen die orale Einnahme eines Medikaments.

Durch die Zulassung weiterer Medikamente hat sowohl die Pädiatrie als auch die Dermatologie die Möglichkeit, nicht nur nach objektivem Krankheitsgeschehen Therapieentscheidungen zu treffen, sondern auch die individuelle Situation und Vorliebe der Patienten in die Entscheidung einfließen zu lassen.

Auch über das theoretische Nebenwirkungsprofil, die Kriterien für das Monitoring und den Einsatz gemäß der Leitlinie wurde diskutiert.

Eine sehr lehrreiche Veranstaltung, bei der sich wieder einmal gezeigt hat, wie wichtig der interdisziplinäre Austausch mit Kollegen anderer Fachrichtungen ist.



Prof. Eckard Hamelmann informiert die Teilnehmer der interdisziplinären Fortbildungsveranstaltung über atopische Dermatitis bei jungen Patienten.

© Jan Schmale

DermaNetz Mecklenburg-Vorpommern

DermaNet-Treffen unter der Burg

Am 12. Juni 2024 fand wie seit 27 Jahren wieder das DermaNet an der Burg Klempenow statt. Dermatologen aus ganz Mecklenburg-Vorpommern und einige Allgemeinmediziner aus der Region besuchten das Treffen.

Das Programm verbindet stets Neuigkeiten in der Therapie entzündlicher Hauterkrankungen, aktuelle Aspekte der Rheumatologie und Allgemeinwissen. So machte Prof. Hans-Christof Schober, Internist und Osteologe aus Rostock, deutlich, welche Bedeutung

die Muskeln im Laufe des Lebens einnehmen und was jeder selbst machen kann, um gesund zu bleiben. Auch die aktuelle Post-COVID-Syndrom-Therapie war hochinteressant. Darüber hinaus brachte Dr. Alexander Thiem als Oberarzt der Universitätsklinik Rostock spannende Fälle zu den neuesten Entwicklungen in der Dermatologie mit. Anknüpfend referierte Dr. Jacqueline Detert als Rheumatologin aus Templin zu weiteren interessanten Erkenntnissen aus dem Bereich Dermatologie und ging auch auf Anwendungen der KI in der Praxis ein. Abgerundet wurde das Treffen wie immer durch ein leckeres Essen unterhalb der Burg, das bei Sonnenschein eine optimale Möglichkeit zum interkollegialen Austausch bot. Das nächste Treffen ist am 11. Juni 2025 geplant.



Uriges Zusammensitzen zu spannenden Vorträgen in der Burg ... mit anschließendem Essen im Freien.

© Anke Herrmann

PsoNet Kiel

Simply the BEST!

Das Bessere ist der Feind des Guten (Voltaire) und natürlich ist das Beste besser als das Bessere. Was hat das mit der Dermatologie zu tun? Voltaire, der große Philosoph, könnte sagen „Nichts und ganz viel“ aber zu seiner Zeit gab es die Dermatologie noch gar nicht. Wenn es nichts mit der Dermatologie zu tun hätte, würden diese Zeilen nicht existieren, also kann es nur „ganz viel“ sein.

Gerade in Hamburg gibt es einen großen BESTand an BEST. Besonders in der Gegend um das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf herum. Vor allem im virtuellen Raum findet sich PsoBEST, AtopiBEST, HSBEST, PPBEST bis hin zu UrtiBEST. Sogar ein HAIRBEST findet sich dort. Was aber wollen uns diese schönen Namen sagen? Vielleicht kommt die Erleuchtung beim Genuss einer Tüte Colorado von Haribo, die schnell noch an der ARAL-Tankstelle erworben wurde und nicht an der BP-Tanke gegenüber. Auch wenn in den leckeren Sachen ein wenig Chemie von der BASF steckt, bleiben wir fokussiert.

Begonnen hat alles mit PsoBEST und dieser Name ist mithilfe der GOBSAT-Methode entstanden, erfunden durch den Geniestreich eines Einzelnen, der sich nicht vom Autor dieser Zeilen unterscheidet. Wir bewegen uns im Bereich der Akronyme, aus den Anfangsbuchstaben mehrerer Wörter gebildete Kurzwörter. Die Colorado-Mischung vor uns stammt von Hans Riegel aus Bonn und gekauft haben wir sie bei Aromate-Aliphate

und nicht nebenan bei British Petroleum. Die Badischen Anilin und Soda Fabriken haben bestimmt die Zutaten geliefert. Die „good old buddies sit together at a table“ haben sich die Köpfe zerbrochen, bis einer der Buddies „BEST“ gerufen hat. Da es sich um das erste Register für die innerliche (systemische) Therapie der Psoriasis handelte, steht BEST für die „Behandlung mit systemischen Therapeutika“. So wurde PsoBEST die Mutter und der Vater der BESTen Familie der deutschen Register in der Dermatologie.

Der Siegeszug der BESTen ist nicht mehr aufzuhalten, weder in der Zahl noch in der Vielfalt. Daten über Daten, Erkenntnisse und Weisheiten, das sind die BESTechlichen Vorteile dieser Familie. Wir alle sollten uns aufgefordert, ja verpflichtet fühlen, die BESTen-Listen zu füllen und zu melden, als gäbe es kein Morgen. Denn tun wir das nicht, könnte es eines fernen Tages zu einer BESTattung kommen.

Bis dahin gilt hier und über die Grenzen hinaus: Wir haben sie, die BESTen! (mro)

PsoNet Dessau-Anhalt

Selbsthilfegruppen-Treffen in Dessau-Roßlau: Starke Vernetzung für Hautpatienten

Betroffene, Angehörige, Ärzte, Vertreter von Krankenkassen und aus der Politik nutzen das Selbsthilfegruppen-Treffen in Dessau zum regen Austausch.

Am 2. März 2024 fand am Städtischen Klinikum Dessau das 14. jährliche Treffen der Selbsthilfegruppen Sachsen-Anhalts statt, das größte seiner Art im Bundesland. Bei dieser Veranstaltung kamen Betroffene, Angehörige, Ärzte, Krankenkassenvertreter und Politiker zusammen, um sich auszutauschen. Die Selbsthilfegruppe „HAUT“ Dessau-Roßlau, die wertvolle Unterstützung für Patienten mit Psoriasis, atopischer Dermatitis und Hautkrebs bietet, hatte dabei die Gelegenheit, sich mit Staatssekretär Wolfgang Beck auszutauschen. Beck würdigte in Vertretung des langjährigen Schirmherrn der Veranstaltung Ministerpräsident Dr. Reiner Haseloff das Engagement der Teilnehmer.

Die Hochschulklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie sowie Annette Byhahn koordinierten dieses jährliche Treffen, das mehr als 40 regionale Selbsthilfegruppen vereint. Byhahn, Mitglied der Selbsthilfegruppe Neurofibromatose und Koordinatorin der Treffen zum Tag der seltenen Erkrankungen, wurde für ihr herausragendes ehrenamtliches Engagement mit dem Bundesverdienstkreuz und der Ehrennadel Sachsen-Anhalts ausgezeichnet.

Das Treffen war ein bedeutender Schritt zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Menschen mit Psoriasis und atopischer Dermatitis sowie seltenen Erkrankungen wie Neurofibromatose, Sarkoidose, Lichen sclerosus und Morbus Adamantiades-Beçet.



Selbsthilfegruppen und Politik im Dialog: Staatssekretär Wolfgang Beck (l.) und Landtagsabgeordnete Dr. Anja Schneider (2. v. l.) mit Mitgliedern der Selbsthilfegruppe „HAUT“ Dessau-Roßlau.
© Städtischen Klinikum Dessau

Mitglieder der Selbsthilfegruppe Neurofibromatose, Regionalgruppe Sachsen-Anhalt, und Bundestagsabgeordneter Sepp Müller (r.), Staatssekretär Wolfgang Beck (2. v. r.).
© Städtischen Klinikum Dessau



PsoNet Hamburg

Zwischen Brot, Bier und Derma-Updates

Auch in diesem Jahr war die gern besuchte Tandem-Veranstaltung zum 7. Eppendorfer Dermatologie Symposium und 12. Haut-Update im Erika-Haus des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) mit 150 Teilnehmern und 14 Sponsoren ausverkauft.



Prof. Margitta Worm (l.) und Prof. Matthias Augustin (r.) auf der Tandemveranstaltung am 5. Juni. © Christian Wisniewski

kamen durch die Vorträge von Augustin und Dr. Michael Reusch von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg nicht zu kurz. Bevor die Diskussionsrunde startete, erhielten die Teilnehmer von Prof. Gebhardt und Dr. Lina Hildebrandt, Oberärztin der Hautklinik am UKE, Einblicke in die neuesten Entwicklungen der Dermatookologie.

Nach dem offiziellen Teil fand um 19:00 Uhr das traditionelle Grillfest im Garten des Erika-Hauses statt. Es bot den Teilnehmern die Möglichkeit, sich in einer gelassenen Atmosphäre weiter zu auszutauschen. Bei kalten Getränken redet es sich im Sommer ohnehin viel angenehmer. Einmal mehr hat sich auf der Veranstaltung am 5. Juni 2024 gezeigt, wie wichtig das Networking und der Austausch mit ehemaligen Kommilitonen und Kollegen sind.

Das ist auch kein Wunder, denn die unterhaltsame Moderation – Startschuss 16:00 Uhr – von Prof. Matthias Augustin, Direktor des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), und Prof. Christoffer Gebhardt, stellvertretender Klinikdirektor, Leiter des Hauttumorzentrums und der experimentellen Dermatologie des UKE, wechselte sich mit interessanten Vorträgen ab: Zuerst berichtete Dr. Julia Maerker-Stroemer, Dermatologische Praxis Hamburg-Langenhorn, über spannende klinische Fälle. Weitergereicht wurde der Staffelstab an Prof. Margitta Worm, Leiterin der Allergologie und Immunologie an der Charité, die im Hauptvortrag die neuesten Erkenntnisse und Therapiestrategien bei Allergien und atopischen Erkrankungen vorstellte. Auch Updates aus der Versorgungsforschung



Bei spannenden Vorträgen fällt Aufmerksamkeit schenken leicht – bis zum Schluss. © Christian Wisniewski



Gelassene Stimmung ab 19:00 Uhr: Die Teilnehmer im entspannten Austausch vor dem Erika-Haus des UKE.

© Christian Wisniewski

Fortbildungen | Symposien 2024 / 2025

Datum	Ort	Indikation	Veranstaltung & Informationen
11.10.2024	Düsseldorf	atopische Dermatitis	Nationale Versorgungskonferenz Atopische Dermatitis Hautnetz Deutschland info@hautnetz-deutschland.de
17.10.2024	online	Psoriasis	Informationsveranstaltung Scoring-Methoden Teil 1: entzündliche Erkrankungen PsoNet Dessau-Anhalt sekretariat-hautklinik@klinikum-dessau.de
23.10.2024	Dresden	divers	Fortbildungsveranstaltung für Ärzte Hautnetz Dresden-Ostsachsen Andrea Schumacher; dermatologie@ukdd.de
24.10.2024	online	Psoriasis	Informationsveranstaltung für Patienten Welt-Psoriasis-Tag 2024 Hautnetz Hamburg, UKE, PsoNet, DPB info@hautnetz-hamburg.de
24.10.2024	online	atopische Dermatitis	Informationsveranstaltung Update atopische Dermatitis einschließlich der S3-Leitlinie PsoNet Dessau-Anhalt sekretariat-hautklinik@klinikum-dessau.de
26.10.2024	Osnabrück und hybrid	Psoriasis	Informationsveranstaltung für Patienten, Angehörige und Ärzte Deutscher Psoriasis Tag PsoNet Osnabrück, DPB info@psoriasis-bund.de
07.11.2024	online	Ekzem	Informationsveranstaltung S2k-Leitlinie „Diagnostik, Prävention und Therapie des Handekzems“ PsoNet Dessau-Anhalt sekretariat-hautklinik@klinikum-dessau.de
13.11.2024	Dresden	divers	Informationsveranstaltung für Patienten Hautnetz Dresden-Ostsachsen Andrea Schumacher; dermatologie@ukdd.de
13.11.2024	Berlin	Psoriasis	Fortbildungs- und Informationsveranstaltung PsoNet Berlin-Brandenburg info@psonet-bb.de
13.11.2024	Leipzig	divers	Informationsveranstaltung für Patienten Hautnetz Leipzig/Westsachsen info@hautnetz-leipzig.de
14.11.2024	online	divers	Informationsveranstaltung Scoring-Methoden Teil 2: allergische und atopische Erkrankungen PsoNet Dessau-Anhalt sekretariat-hautklinik@klinikum-dessau.de
15. - 16.11.2024	Hamburg	atopische Dermatitis	DDA-Zertifizierungskurs AD Hautnetz Hamburg d.singson@docmeetingderm.de
16.11.2024	Quedlinburg	Psoriasis	Patiententag „Leben mit Psoriasis“ PsoNet Harz christiane.schreck@harzlinikum.com
20.11.2024	Münster	divers	Veranstaltung für niedergelassene Ärzte PsoNet/InflaDerm Münsterland akademie@ukmuenster.de
22.11.2024	Berlin	Psoriasis	14. Nationale Versorgungskonferenz Psoriasis und 2. Nationale Versorgungskonferenz Haut PsoNet, DDG, BVDD, Hautnetz Deutschland info@hautnetz-deutschland.de
04.12.2024	Bad Oeyenhausen	Psoriasis	Fortbildungsveranstaltung PsoNet Ostwestfalen-Lippe backoffice@psonetz-owl.de
04.12.2024	online	divers	13. Haut-Update Hautnetz Hamburg info@hautnetz-hamburg.de
19.12.2024	online	Psoriasis	Informationsveranstaltung Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen PsoNet Dessau-Anhalt sekretariat-hautklinik@klinikum-dessau.de
05.02.2025	nn	Psoriasis	Fortbildungsveranstaltung PsoNet Ostwestfalen-Lippe backoffice@psonetz-owl.de
19.02.2025	Berlin	Psoriasis	Fortbildungs- und Informationsveranstaltung PsoNet Berlin-Brandenburg info@psonet-bb.de
21.03.2025	Frankenthal	Akne inversa	1. Nationale Versorgungskonferenz Akne inversa PsoNet, DDG, BVDD, Hautnetz Deutschland info@hautnetz-deutschland.de
05.04.2025	Leipzig	divers	Leipziger Frühjahressymposium der Dermatologie Hautnetz Leipzig/Westsachsen info@hautnetz-leipzig.de
17.05.2025	Leipzig	divers	Interdisziplinäre Veranstaltung Hautnetz Leipzig/Westsachsen info@hautnetz-leipzig.de

Fort- und Weiterbildungen des Hautnetz Hamburg und des PsoNet Hamburg sowie Informationen zu Kursen und Anbietern finden Sie immer aktuell auf der Internetseite unter www.hautnetz-deutschland.de. Wenn Sie Ihre eigenen Veranstaltungen hier hervorheben möchten, kontaktieren Sie bitte die Redaktion unter magazin@psonet.de.

Moderne Therapie der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis:

Langfristige Krankheitskontrolle durch frühe und wirksame Intervention mit Risankizumab

Auf der 29. Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologie (FOBI) präsentierte Dr. Nina Magnolo, Universitätsklinikum Münster, die Ergebnisse mehrerer Head-to-Head-Studien, in denen eine Therapie mit Risankizumab im Vergleich zu einer Therapie mit Adalimumab, Ustekinumab, Secukinumab, Fumarsäureester bzw. Apremilast jeweils zu einem höheren Anteil an Patienten führte, die eine vollständig erscheinungsfreie Haut, also eine 100%-ige Verbesserung des Psoriasis Area Severity Index (PASI 100), erreichen konnten.¹⁻⁵

In der Head-to-Head-Studie gegen Apremilast konnten zusätzlich mehr Patienten unter Risankizumab einen Wert von 0 oder 1 beim Dermatology Life Quality Index (DLQI) erreichen.³ Positive Auswirkungen auf die Lebensqualität durch eine Behandlung mit Risankizumab wurde auch im Praxisalltag durch Real-World-Daten aus der VALUE-Studie gezeigt.⁶

Ein weiterer Vorteil von Risankizumab für die Therapie der Plaque-Psoriasis liegt in seiner langfristigen Wirksamkeit: In der LIMMitless-Studie konnten 52 % der Patienten einen PASI 100 erreichen und über eine Laufzeit von fast sechs Jahren beibehalten.⁷ Diese langanhaltende Wirksamkeit der Therapie zeigte sich unabhängig von den Ausgangscharakteristika der Patienten.⁸ Sowohl in der Langzeitstudie LIMMitless als auch in mehreren anderen Studien konnte für die Behandlung mit Risankizumab ein konsistentes und langfristiges Sicherheitsprofil demonstriert werden.^{7,9} Real-World-Evidenz zeigte zusätzlich eine höhere Drug-Survival-Rate über vier Jahre von Risankizumab gegenüber anderen Biologika. Ein weiterer Vorteil ist die einfache Anwendung: Der Wirkstoff wird in der Erhaltungphase nur einmal im Quartal injiziert.¹⁰

Wirksame und frühe Intervention als Grundlage für Verbesserungen

Die Beeinträchtigungen der Lebensqualität kumulieren sich über die Lebensdauer der Betroffenen.¹¹ Magnolo betonte daher die Bedeutung einer wirksamen und frühzeitigen Intervention bei Psoriasis, die langfristig sicher ist und Hauterscheinungen reduzieren kann. Real-World-Evidenz verschiedener Studien zeigen die Wirksamkeit von Risankizumab bei einem frühzeitigen Einsatz: In der VALUE-Studie profitierten Biologika-naive Patienten mehr von einer Behandlung mit Risankizumab als Patienten, die bereits Biologika erhalten hatten.¹²

Des Weiteren war die Drug-Survival-Rate bei Patienten aus einem italienischen Register für Biologika-naive Patienten höher als für Biologika-erfahrene.¹³ Im Hinblick auf Drug-Survival konnte zusätzlich gezeigt werden, dass eine Behandlung mit Risankizumab im Vergleich zu anderen Biologika die geringste Wahrscheinlichkeit für einen Abbruch hat.¹⁴

Ebenfalls basierend auf dem italienischen Register wurde gezeigt, dass die Behandlungsergebnisse je nach Krankheitsdauer variieren: Mehr Patienten mit einer Krankheitsdauer von weniger als zwei Jahren konnten einen PASI 100 erreichen als Patienten mit einer längeren Krankheitsdauer.¹⁵

Die Ergebnisse demonstrieren, dass eine Therapie mit Risankizumab zu hoher Erscheinungsfreiheit führt und wirksam ist, wenn direkt und früh mit der Behandlung begonnen wird, um einer Progression der Erkrankung sowie einer Beeinträchtigung der Lebensqualität entgegenzuwirken.

Magnolo betonte, dass bei Plaque-Psoriasis frühzeitig mit langfristig wirksamen Medikamenten behandelt werden sollte, um einer Chronifizierung der Erkrankung, der Ausbildung bzw. Verschlechterung von Komorbiditäten und einer kumulativen Beeinträchtigung der Lebensqualität (Cumulative life course impairment, CLCI) entgegenzuwirken. Letzteres ist vor allem durch die silbrig-schuppigen, geröteten und verdickten Hautveränderungen (Plaques) sowie durch die mit der chronisch-inflammatorischen Hauerkrankung assoziierten Komorbiditäten, wie Psoriasis-Arthritis, bedingt.^{11,16,17} Folglich ist bei der Plaque-Psoriasis ein ganzheitliches, interdisziplinäres und langfristiges Krankheitsmanagement nötig.

red.

Quellen:

- Gordon KB et al. The Lancet 2018; 392 (10148): 650-661
- Reich K et al. The Lancet 2019; 394 (10198): 576-586
- Stein Gold LF et al. British Journal of Dermatology 2023; 189 (5): 540-552
- Thaçi D et al. British Journal of Dermatology 2022; 186 (1): 30-39
- Warren RB et al. British Journal of Dermatology 2021; 184 (1): 50-59
- Staubach P et al. EADV 2023; Poster P2349
- Papp KA et al. AAD 2024; Poster P53833
- Strober B et al. AAD 2024; Poster P54001
- Gordon KB et al. British Journal of Dermatology 2022; 186 (3): 466-475

- Fachinformation Skyrizi®; Stand: Juli 2024
- Augustin M et al. Psoriasisreport 2021
- Stavermann T et al. DDG 2023; Poster P068
- Gargiulo L et al. Front Immunol 2024; 14: 1341708
- Pinter A et al. Dermatol Ther (Heidelb) 2024; 14 (6): 1575-1585
- Gargiulo L et al. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 2023; 38 (1): 113-116
- Michalek IM et al. WHO: Global Report on Psoriasis 2016.
- Mease PJ et al. J Am Acad Dermatol 2013; 69 (5): 729-735.

Psoriasis ist Familiensache – eine wirksame Therapie ebenfalls

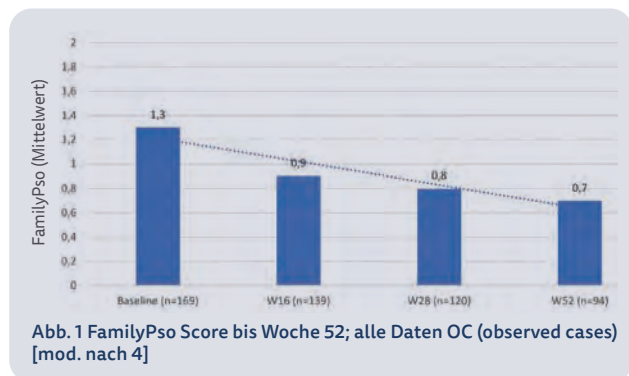
Psoriasis als chronisch-entzündliche Hauterkrankung beeinflusst nicht nur das Leben der Erkrankten selbst, sondern hat auch beträchtliche Auswirkungen auf das soziale Umfeld und insbesondere auf die Familie der Betroffenen.¹ Bislang fehlten aussagekräftige Studiendaten, die die Auswirkungen der Psoriasis-erkrankung und den Einfluss moderner Biologikatherapien auf die Angehörigen untersucht. Mit der POSITIVE-Studie wird nun diese Lücke geschlossen.

Die von Almirall initiierte POSITIVE-Studie ist die erste dermatologische Studie mit dem Ziel, das Wohlbefinden von Patienten mit Psoriasis und ihren Angehörigen unter der Behandlung mit Tildrakizumab, einem Interleukin(IL)-23p19-Inhibitor, zu ermitteln. Tildrakizumab wirkt nachgewiesen effektiv und sicher in der Langzeitanwendung bei mittelschwerer bis schwerer Plaques-Psoriasis.²

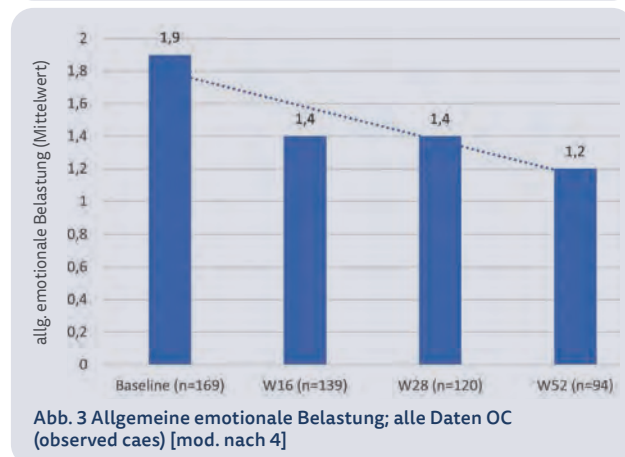
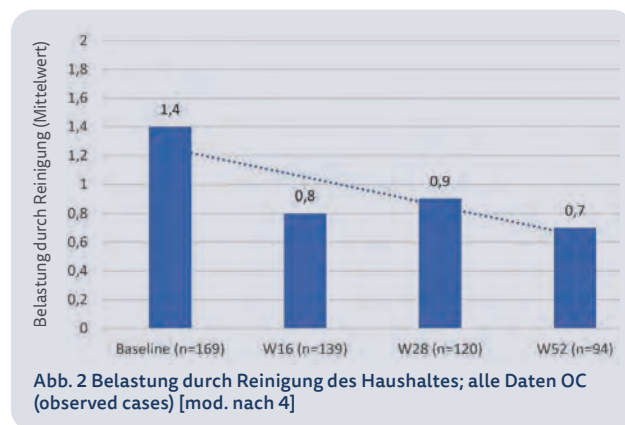
In der nicht interventionellen Beobachtungsstudie POSITIVE wird das Wohlbefinden der Angehörigen mit dem FamilyPso ermittelt. Dieser Score besteht aus 15 Fragen, die sich mit den Belastungen befassen, die die Psoriasis-erkrankung des Partners mit sich bringen. Die Antworten werden auf einer 5-stufigen Likert-Skala erfasst. Die einzelnen Fragen lassen sich in fünf Gruppen zusammenfassen, die sich beispielsweise mit den Einschränkungen im sozialen Leben, den Belastungen durch die tägliche Reinigung des Haushaltes oder durch soziale Reaktionen auf die Psoriasis des Partners befassen. Der Score kann Werte zwischen 0 und 4 annehmen; ein Wert unterhalb von 1,27 bedeutet eine normale bis moderate Belastung.³

In der aktuellen Zwischenauswertung der Studie zu Woche 52 standen Daten von 400 Patienten zur Verfügung, von denen 62 % (n = 248) verheiratet sind oder in einer Partnerschaft leben.⁴

Der Mittelwert des FamilyPso lag zu Beginn der Studie bei 1,3 (n = 169, observed case (OC)) und sinkt im Verlauf der Therapie auf 0,7 (n = 94, OC) in Woche 52 (Abb. 1).



Die größten Veränderungen sieht man in den Gruppen „Reinigung des Haushaltes“ und „allgemeine emotionale Belastung“: Hier liegen die Baseline-Werte bei 1,4 (n = 169, OC) bzw. 1,9 (n = 171, OC) und gehen zu Woche 52 auf 0,7 (n = 94, OC) bzw. 1,2 (n = 94, OC) zurück (Abb. 2 und 3).



Schlussfolgerung:

Diese in dieser Form bisher einzigartigen Daten zum Wohlbefinden zeigen, welchen Einfluss die Psoriasis auf die Angehörigen hat und dass es auch in dieser Hinsicht einen unerfüllten Bedarf für eine wirksame Therapie gibt.

Tildrakizumab verbessert nicht nur das Wohlbefinden der Patienten, sondern auch das der Angehörigen und Partner.

Quellen:

- 1 Armstrong AW et al. PLoS ONE 2012; 7(12): e52935
- 2 Thaci Det al. Br J Dermatol. 2021; 185(2): 323-334

- 3 Mrowietz U et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017; 31(1): 127-134
- 4 Mrowietz, U et al. IFA Conference 2024; Poster P-053

Neues Ustekinumab-Biosimilar (CT-P43) für die Dermatologie

Ustekinumab wird zur Behandlung von chronisch-entzündlichen Erkrankungen wie Plaque-Psoriasis, Psoriasis-Arthritis, Morbus Crohn und Colitis ulcerosa eingesetzt. Der monoklonale Antikörper richtet sich gegen die Zytokine Interleukin-12(IL-12) und IL-23 und wirkt so dem Entzündungsprozess entgegen. Die Phase-III-Zulassungsstudie des Ustekinumab-Biosimilars SteQeyma® wurde in der sensitivsten Indikation bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis durchgeführt und bestätigt die Äquivalenz sowie die therapeutische Gleichwertigkeit von CT-P43 zum Referenzprodukt im Hinblick auf Pharmakokinetik, Wirksamkeit, Immunogenität und Sicherheit.^{1,2}

Bei der Zulassung von Biosimilars ist die Übertragbarkeit von Wirksamkeitsdaten aus einer Indikation auf eine andere durch Extrapolation etabliert, daher kann das neue Biosimilar CT-P43 durch den entsprechenden Nachweis der Äquivalenz sowohl bei Plaque-Psoriasis als auch in den Indikationsbereichen Psoriasis-Arthritis und Morbus Crohn verordnet werden. Ustekinumab-Biosimilars eröffnen aufgrund niedrigerer Preise die Möglichkeit, das Biologikum einer größeren Anzahl von Patienten zugänglich zu machen.

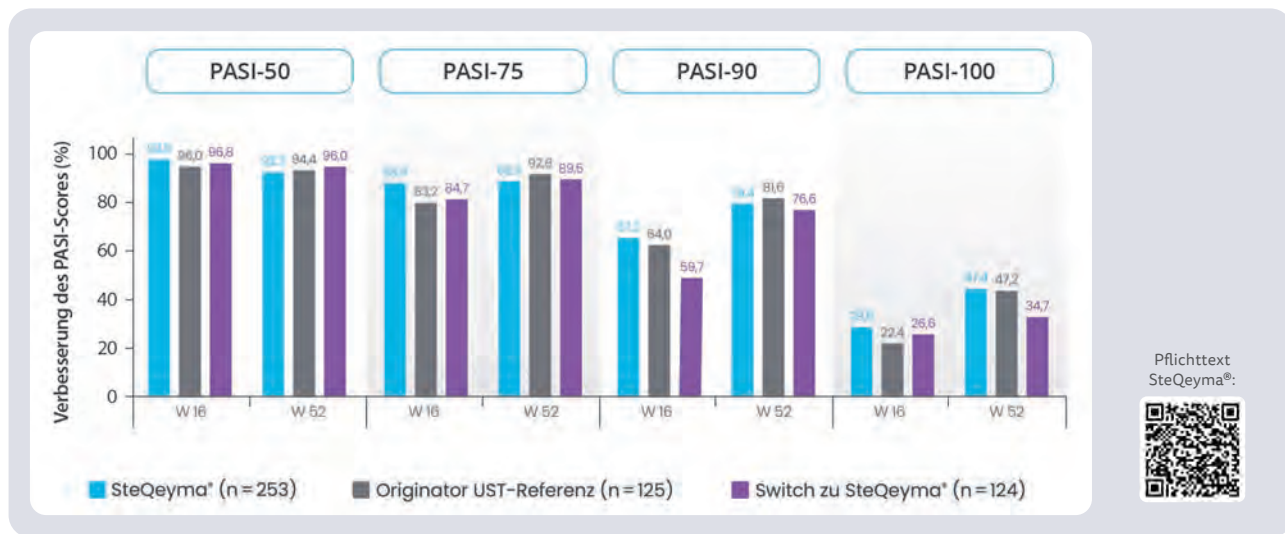
Neueinstellung und Umstellung auf SteQeyma® ist wirksam und sicher

In der doppelblinden Phase-III-Studie wurden 509 Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis im Verhältnis 1:1 randomisiert, um in Woche 0 und Woche 4 entweder das Ustekinumab-Biosimilar CT-P43 oder den Originator zu erhalten (45/90 mg subkutan für Patienten mit einem Ausgangskörpergewicht bis 100 kg/über 100 kg). Vor der Verabreichung in Woche 16 wurden Patienten, die das Referenzprodukt erhielten, erneut im Verhältnis 1:1 randomisiert, um entweder dieses weiterhin zu erhalten oder auf das neue Ustekinumab-Biosimilar CT-P43 umzusteigen. Patienten, die ursprünglich auf das Biosimilar randomisiert wurden, bekamen dieses auch weiterhin (Intervall q12w) bis zum Ende der Behandlungsphase

in Woche 52. Der primäre Endpunkt der Studie war die mittlere prozentuale Verbesserung des Psoriasis Area Severity Index (PASI) in Woche 12 gegenüber dem Ausgangswert. Die mittlere prozentuale Verbesserung des PASI-Scores war bis Woche 52 in jeder der drei Behandlungsgruppen (SteQeyma®-Erhaltung, Originator-Erhaltung, Wechsel auf Biosimilar CT-P43) vergleichbar: mit Werten von 90,6%, 88,0% und 88,2% in Woche 16 und 93,8%, 93,4% und 91,6% in Woche 52.² Weitere Endpunkte zur Wirksamkeit wie PASI-50/-75/-90/-100 (s. Abbildung), Pharmakokinetik, Sicherheit und Immunogenität wurden bis Woche 52 untersucht und sind mit dem Originator vergleichbar.²

Immunogenität im Vergleich zum Originator

Die Studiendaten belegen, dass unter dem Ustekinumab-Biosimilar CT-P43 im Vergleich zum Originator weniger Anti-Drug-Antikörper (ADA) sowie weniger neutralisierende ADA detektiert wurden.¹ Die Auswertung der Einjahresdaten zur Anzahl der Patienten mit mindestens einem ADA-positiven Ergebnis bis zur Woche 52 zeigten in der Ustekinumab-Biosimilar-Erhaltungsgruppe niedrigere Werte als in der Originator-Erhaltungsgruppe (33% vs. 43%).² Dieser Aspekt der geringeren Bildung von ADA könnte sich vorteilhaft auf die Behandlung mit dem Ustekinumab-Biosimilar auswirken.



Pflichttext SteQeyma®:



PASI-50- / -75- / -90- / -100-Ansprechraten (%) zu Woche 16 und Woche 52

Quellen:

1 Papp KA et al. BioDrugs 2024; 38: 121-131

2 Papp KA et al. EADV Congress 2023; Abstract 4035

3 Fachinformation SteQeyma®, Stand August 2024

Erkenntnisse zu Guselkumab bei Plaque-Psoriasis: Aktuelle Biomarker-Daten der GUIDE-Studie

Der Interleukin(IL)-23-Inhibitor Guselkumab (Tremfya®) stellt eine gute Therapiemöglichkeit für Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis dar, die für eine systemische Therapie infrage kommen. Die Ergebnisse einer GUIDE-Substudie deuten darauf hin, dass die Zahl proinflammatorischer Gedächtniszellen in der Haut unter Guselkumab-Therapie reduziert werden kann.¹

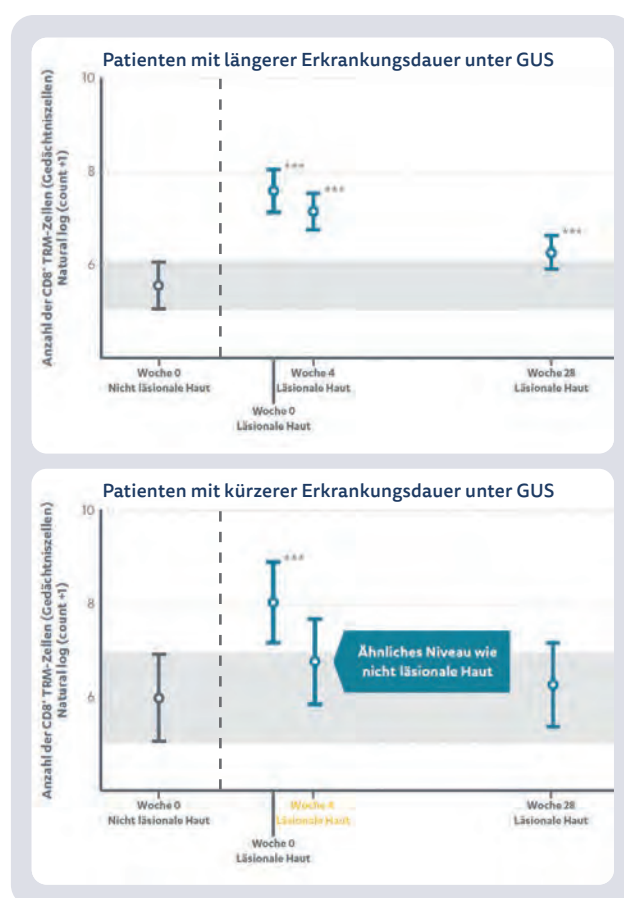
Klinische Beobachtungen von Menschen mit Plaque-Psoriasis zeigen häufig ein Wiederauftreten von Plaques an vorher abgeheilten Hautarealen, wenn eine Therapie abgesetzt wird oder ein Wirkverlust eintritt.^{2,3} Es wird angenommen, dass das Wiederkehren der Psoriasis auf geweberesidente Gedächtniszellen (Tissue Resident Memory Cells [TRM]) zurückzuführen ist, die eine Subpopulation der T-Gedächtniszellen darstellen. Eine anhaltende Krankheitskontrolle würde daher eine Suppression dieser Zellpopulation erforderlich machen.³

Einfluss von Guselkumab auf proinflammatorische Gedächtniszellen

In der Behandlung von Plaque-Psoriasis wird dem IL-23 eine Schlüsselrolle zugeschrieben, denn durch die IL-23-Regulierung wird früh in die Entzündungskaskade eingegriffen. Das Regulator-Zytokin scheint zusätzlich einen Einfluss auf das Überleben und die Differenzierung pathogener TRMs zu haben.² Die GUIDE-Studie⁴ befasst sich unter anderem mit der Fragestellung, inwieweit eine Blockade von IL-23 die Produktion von TRM-Zellen beeinflussen kann.⁴

Anhand von Biopsien[†] aus nicht läsionaler und läsionaler Haut von insgesamt 63 Menschen mit Plaque-Psoriasis mit kurzer (bis zwei Jahre; short disease duration [SDD]) und langer (mehr als zwei Jahre; long disease duration [LDD]) Erkrankungsdauer wurden im Rahmen einer GUIDE-Substudie immunologische Unterschiede untersucht[‡]. Die Substudie ergab, dass in den Biopsien, die bis Woche 28 entnommen wurden, ein kontinuierlicher Rückgang der TRM-Zellen in beiden Patientenkollektiven zu vermerken war. Dabei glich sich bei Kurzzeiterkrankten das Niveau der Gedächtniszellen in Biopsien aus läsionaler Haut bereits nach vier Wochen der Anzahl aus Biopsien nicht läsionaler Haut an. Die 28-Wochendaten weisen bei frühem

Einsatz von Guselkumab auf den Vorteil eines schnelleren Rückgangs der proinflammatorischen Gedächtniszellen und damit auf das Erreichen einer erscheinungsfreien Haut hin.¹



Anzahl der CD8+ TRM-Zellen in Subgruppen mit längerer (über zwei Jahre, oben) und kürzerer Erkrankungsdauer (bis zu zwei Jahre, unten)[§] jeweils nach Guselkumab-Gabe (q8w) (mod. nach [1]).

* GUIDE ist eine randomisierte, doppelblinde, parallele, multizentrische Phase-IIIb-Studie an Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis in Frankreich und Deutschland, welche die Behandlungseffekte von Guselkumab bei Patienten mit kurzer (≤ 2 Jahre) oder längerer (> 2 Jahre) Erkrankungsdauer vergleicht. Primärer Endpunkt war der Anteil an Superrespondern mit PASI < 3 in Woche 68.⁵

[†] Untersuchte Zellen in den Biopsien umfassten u. a. T-Zellen: IL-10+, IL-17A+, CD4+, CD8+ IL-17A+, CD4+ IL-17A+, CD3+; Treg: (CD4+ CD25+ FoxP3+); TRM: CD8+, CD8+ IL317A+.

[‡] Es handelt sich um eine explorative Analyse und nicht um einen wesentlichen sekundären Endpunkt.

^{***} vs. Woche 0 ohne Läsionen, $p < 0,001$; nicht auf multiple Vergleiche adjustiert.

[§] Daten einer mechanistischen Substudie, die auf Hautbiopsien von 63 in der GUIDE-Studie eingeschlossenen Patienten basieren (explorative Analyse, kein wesentlicher sekundärer Endpunkt).

Quellen:

1 Angsana J et al. ISID 2023; Poster #587

2 Eyerich K et al. BMJ Open 2021; 11: e0409822

3 Matos TR et al. J Clin Invest 2017; 127: 4031-4041

4 Schäkel K et al., J Eur Acad Dermatol Venereol 2023; 37(10):2016-2027

Ixekizumab überzeugt bei Plaque-Psoriasis auch unter Real-World-Bedingungen – und mit neuen wirtschaftlichen Verordnungsvorteilen

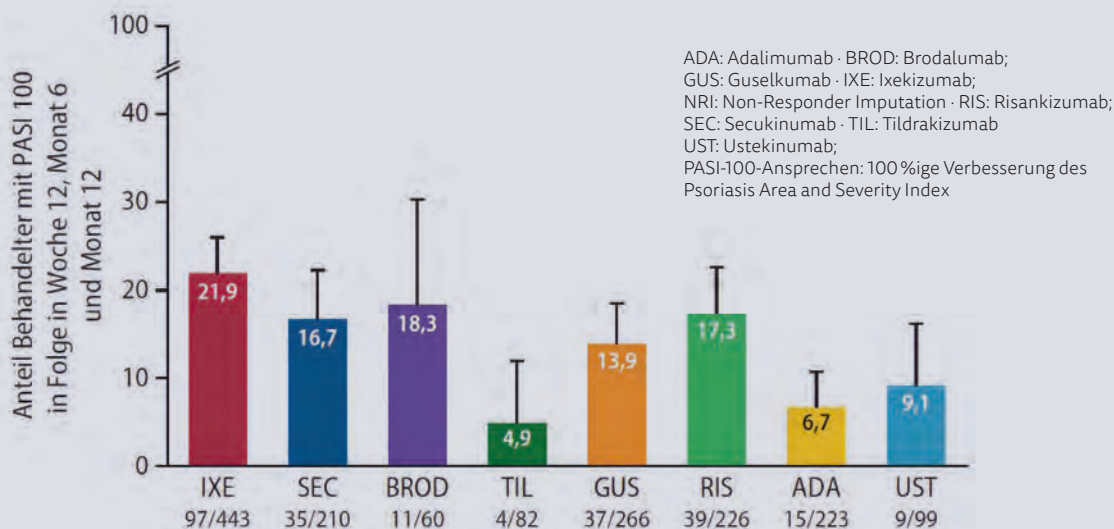
Im Rahmen der 28. Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologie (FOBI) diskutierten Experten ihre Langzeiterfahrungen mit dem Interleukin(IL)-17A-Inhibitor Ixekizumab (Taltz®)^{a,1} sowie die aktuellen Daten der Real-World-Evidence-Studie PSoHO (Psoriasis Study of Health Outcomes)^b. Diese untermauern das schnelle und konsistent starke Ansprechen des gesamten Hautbilds auf Ixekizumab.^{b,2,3}

Eine aktuelle Auswertung der PSoHO-Daten bestätigt das starke Ansprechen der IL-17A-Inhibitoren unter realen Versorgungsbedingungen über inzwischen ein Jahr.³ Besonders Ixekizumab überzeugte mit hohen Ansprechraten:

- 41,5% der Patienten hatten mit Ixekizumab auch nach einem Jahr ein vollständig erscheinungsfreies Hautbild (Psoriasis Area and Severity Index [PASI] 100).
- Rund 22% der Patienten wiesen mit Ixekizumab an drei Untersuchungszeitpunkten in Folge (Woche 12, Monat 6 und Monat 12) eine beständig erscheinungsfreie Haut (PASI 100) auf.³

„Mit der PSoHO-Studie leistet Lilly einen wichtigen Beitrag zur Beurteilung verschiedener Wirkstoffklassen und Therapieoptionen unter realen Versorgungsbedingungen, da Therapieentscheidungen der täglichen Praxis berücksichtigt werden. Die daraus gewonnenen Daten ergänzen die Erkenntnisse aus den klinischen Studien“, so PD Dr. med. Andreas Pinter, Universitätsklinikum Frankfurt am Main, über die Bedeutung der Studie.

Abb. 1: PSoHO-Studie: Dauerhafte Wirksamkeit für vollständige Erscheinungsfreiheit in Folge in Woche 12, Monat 6 und Monat 12. [mod. nach 3]



Taltz®: Attraktivere wirtschaftliche Verordnung dank neuer Rabattverträge

Seit dem 1. Juli 2024 ist die wirtschaftliche Verordnung von Ixekizumab für Dermatologen noch einfacher und attraktiver geworden. Dank Inkrafttreten von sechs neuen Rabattverträgen in der Plaque-Psoriasis^a und Psoriasis-Arthritis^c ist der Wirkstoff bei den beteiligten Krankenkassen in der DermaOne-Ampel als grünes beziehungsweise hellgrünes Arzneimittel gekennzeichnet.^{d,4}

^a Ixekizumab ist zugelassen für Erwachsene und Kinder (ab 6 Jahren, Körpergewicht ≥ 25 kg) mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen.

^b Keine direkte Vergleichsstudie, nicht adjustierte Ansprechraten der in-label dosierten Population; Non-Responder Imputation; nicht adjustierte Konfidenzintervalle berechnet unter Anwendung der Normal-Approximation; Evidenz limitiert u. a. paarweiser Vergleich der Wirksamkeit nur vs. Ixekizumab.

^c Ixekizumab, allein oder in Kombination mit Methotrexat, wird angewendet für die Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die unzureichend auf eine oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARD) angesprochen oder diese nicht vertragen haben.

^d Taltz® ist bei den an DermaOne beteiligten Krankenkassen TK, hkk, HEK, DAK und IKK classic als grünes Arzneimittel gekennzeichnet; für die BARMER liegt eine hellgrüne Kennzeichnung vor.⁴

Quellen:

- 1 Aktuelle Fachinformation Taltz®
- 2 Pinter A et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2022; 36: 2087-2100
- 3 Pinter A et al. Dermatol Ther 2024; 14: 1479-1493
- 4 Vertragssteckbrief DermaOne: Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V in den Indikationen Psoriasis und Neurodermitis. https://www.bvdd.de/fileadmin/BVDD/BVDD-Download/Mitmachen/Vertragssteckbrief_Psoriasis_20231101.pdf (Stand: 01.11.2023, in Verbindung mit der Arzneimittelampel des DermaOne-Vertrages)

Secukinumab erweitert Therapieoptionen für mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa

Der Interleukin(IL)-17A-Inhibitor Secukinumab ist seit 2015 als Erstlinientherapie für Patienten ab sechs Jahren mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis zugelassen.¹ In klinischen Studien und im Behandlungsalltag konnten die Wirksamkeit und Sicherheit des Biologikums bereits gezeigt werden.^{2,3} Seit 2023 ist Secukinumab für eine weitere chronisch-entzündliche Hauterkrankung zugelassen, welche die Lebensqualität der Betroffenen ebenfalls stark einschränken kann: Hidradenitis suppurativa (HS).¹ Der IL-17A-Inhibitor ist eine Option für Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer aktiver HS, wenn diese auf eine konventionelle systemische HS-Therapie unzureichend angesprochen haben.

HS ist eine Systemerkrankung, welche sich z. B. durch Abszesse und Fisteln manifestiert. Abszesse können aufbrechen und zur Eitersekretion sowie unangenehmem Geruch führen und psychische Probleme und einen hohen Leidensdruck verursachen.⁴⁻⁶ Eine rechtzeitige Diagnose und adäquate Therapie können helfen, ein irreversibles Voranschreiten der Erkrankung zu verhindern.⁷ Für die Therapie können, je nach Schweregrad der HS, Antibiotika eingesetzt werden, welche nicht länger als zwölf Wochen angewendet werden sollten.⁸ Irreversible Gewebsveränderungen können operativ entfernt werden.⁹ Biologika wie Secukinumab greifen in die der Erkrankung zugrunde liegenden Entzündungsprozesse ein und bieten Patienten eine weitere Option, wenn sie auf eine konventionelle Therapie nicht ausreichend angesprochen haben und von einer mittelschweren bis schweren entzündlich aktiven Form der HS betroffen sind.^{1,10}

Die Zulassung von Secukinumab für HS beruht auf den doppelblinden, randomisierten, placebokontrollierten Phase-III-Studien SUNRISE und SUNSHINE: 543 beziehungsweise 541 erwachsene Patienten mit moderater bis schwerer HS aus insgesamt 219 Zentren in 40 Ländern wurden in die Studien eingeschlossen. Die Studienteilnehmer wurden mit 300 mg Secukinumab alle zwei Wochen, alle vier Wochen oder mit Placebo behandelt.¹⁰ Beide Studien erreichten die primä-

ren Endpunkte bei zweiwöchentlicher Verabreichung: Im Vergleich zu Placebo lag nach 16 Wochen bei anteilig mehr Patienten eine Abnahme der Abszesse und entzündlichen Knoten um mindestens 50% unter ausbleibender Zunahme der Abszesse oder drainierenden Fisteln vor. In SUNRISE konnte dies auch für die Patientengruppe, welche alle vier Wochen behandelt wurde, erreicht werden.¹⁰ Außerdem wurden in SUNSHINE bei zweiwöchentlicher Verabreichung von Secukinumab signifikant weniger Krankheitsschübe ($p = 0,0010$) als im Kontrollarm beobachtet und der Anteil der Patienten mit einer mindestens 30%igen Schmerzreduktion war bei zweiwöchentlicher Verabreichung ebenfalls signifikant höher ($p = 0,0031$) als unter Placebo.¹⁰ In beiden Studien sowie Behandlungsgruppen bestätigte sich die Wirksamkeit von Secukinumab bis in Woche 52.¹⁰

Bereits in der Vergangenheit wurden die Wirksamkeit und Sicherheit von Secukinumab für Plaque-Psoriasis belegt.² Die Zulassungsstudien SUNRISE und SUNSHINE zeigten dies ebenfalls für die Behandlung von mittelschwerer bis schwerer HS mit Secukinumab.¹⁰ Der Wirkstoff bietet somit eine Therapieoption für Menschen mit mittelschwerer bis schwerer entzündlich aktiver HS, indem er die Krankheitsaktivität reduziert und so zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen kann.^{1,10}



Achselhöhle eines HS-Patienten.

Art der Läsion:

Hautrötung als Zeichen aktiver Inflammation (blauer Pfeil), entzündlicher Knoten (weiße Kreise), strangförmige Narbe (weiße Pfeile), Pseudokomedon (gelbe Pfeile) und eitriger Ausfluss (Sternchen)

© Science Source

Die Pflichtangaben von Cosentyx® finden Sie über den QR-Code oder hier: www.novartis.com/de-de/cosentyx



Quellen:

- 1 Fachinformation Cosentyx®
- 2 Langley RG et al. N Engl J Med. 2014;371(4): 326-338
- 3 Thaęi D et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020; 34(2): 310-318
- 4 Meixner D et al. JDDG J Dtsch Dermatol Ges. 2008; 6(3): 189-196
- 5 Thorlacius L et al. J Invest Dermatol. 2018; 138(1): 52-57
- 6 Kurzen H et al. Hautarzt. 2021; 72(8): 706-714
- 7 Kokolakis G et al. Dermatology. 2020; 236(5): 421-430
- 8 Zouboulis CC et al. Aktuelle Dermatol. 2024; 50: 30-83
- 9 Cramer P et al. Hautarzt. 2021; 72(8): 692-699
- 10 Kimball AB et al. Lancet Lond Engl. 2023; 401(10378): 747-761

Tofacitinib bei Psoriasis-Arthritis: positive Daten zum Sicherheitsprofil im Behandlungsalltag

Eine auf dem Kongress der EULAR* im Juni 2024 präsentierte Analyse zur Therapie der Psoriasis-Arthritis (PsA) und axialen Spondyloarthritis (axSpA) im Real-World-Setting bietet interessante Daten zum oralen Januskinase-Inhibitor (JAKi) Tofacitinib (Xeljanz®).¹ Durch die Beleuchtung verschiedener Sicherheitsaspekte unter JAKi-Therapie stellen die Ergebnisse wertvolle Informationen für die Routineversorgung dar.²

Als erster Vertreter der Wirkstoffklasse erhielt Tofacitinib im Juni 2018 die Zulassung zur Therapie der aktiven PsA bei erwachsenen Patienten. Seit November 2021 kann der JAKi ebenfalls bei der Ankylosierenden Spondylitis, auch röntgenologische axSpA, angewendet werden.¹ Für behandelnde Rheumatologen stellen Ergebnisse aus Real-World-Studien (RWD) durch Einblicke in die praktische Anwendung von Arzneimitteln und aufgrund der Informationen zur langfristigen Wirksamkeit und zum Sicherheitsprofil eine hilfreiche Ergänzung zu den bekannten klinischen Daten dar.

JAKi bei PsA: umfassende RWD zeigten kein erhöhtes kardiovaskuläres und onkologisches Risiko

In der Analyse zeigte sich, dass das Risiko für bestimmte Sicherheitsereignisse bei Patienten mit PsA unter JAKi-Therapie im Allgemeinen mit den Daten zu Tumornekrosefaktor-α-Inhibitoren (TNFi) und Interleukin-17-Inhibitoren (IL-17i) übereinstimmte. Gegenübergestellt wurden die Risiken für kardiovaskuläre Erkrankungen (CVD), venöse Thromboembolien (VTE) und Malignome. Der große Datenpool umfasste dabei Patienten, die eine Therapie mit einem Arzneimittel aus den drei folgenden Expositionsgruppen begonnen hatten: JAKi (Tofacitinib/Upadacitinib), beliebiger TNFi oder IL-17i (Secukinumab/Ixekizumab).²

Die Analyse basierte auf Daten des TriNetX Global Collaborative Network zu erwachsenen Patienten mit Spondylarthritiden, definiert anhand mindestens eines ICD-10-Codes für PsA oder axSpA. Patienten mit Codes für rheumatoide Arthritis oder juvenile idiopathische Arthritis wurden ausgeschlossen. Vorrangig bestand die analysierte Population aus Patienten mit PsA.²

Im ersten Behandlungsjahr konnte in Bezug auf die untersuchten Sicherheitssignale kein Unterschied zwischen JAKi und TNFi festgestellt werden. Bei den (nach Propensity Score [PS] Matching) jeweils 2.844 Patienten pro Expositionsgruppe belief sich die Risikobewertung auf²:

- CVD: Hazard Ratio/HR 0,779; 95%-Konfidenzintervall (KI) 0,547-1,108
- VTE: HR 0,827; 95%-KI 0,480-1,425
- Malignome: HR 0,820; 95%-KI 0,546-1,231

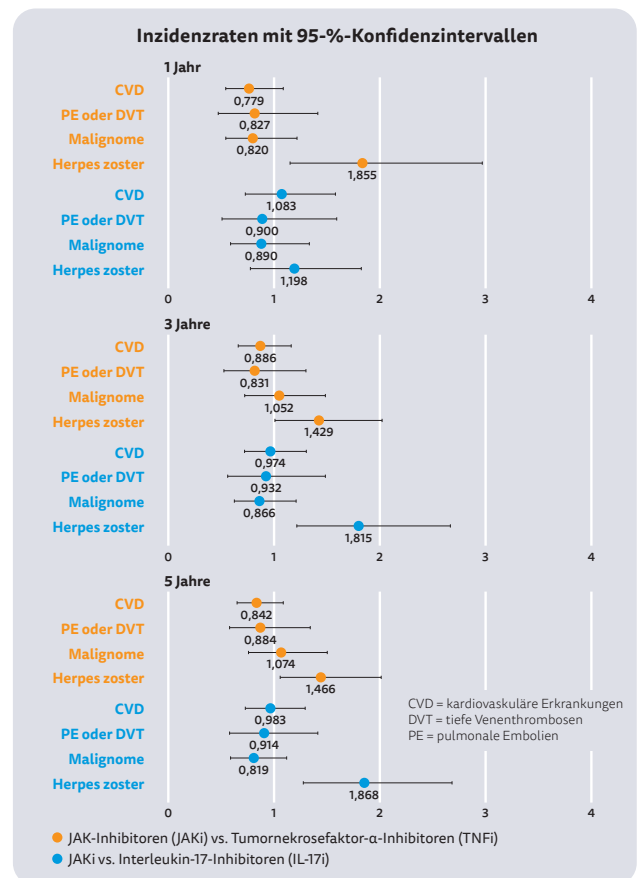
Für Herpes zoster (HZ) ergab die Analyse ein erhöhtes Risiko unter JAKi vs. TNFi (HR 1,855; 95%-KI 1,151-2,991).²

Eine ähnliche Risikoeinstufung ergab ebenfalls der Vergleich von JAKi und IL-17i nach einem Jahr. Hier umfasste die Analyse jeweils 2.792 Patienten nach PS-Matching²:

- CVD: HR 1,083; 95%-KI 0,732-1,603
- VTE: HR 0,900; 95%-KI 0,504-1,607
- Malignome: HR 0,890; 95%-KI 0,588-1,348

Auch nach drei und fünf Jahren Therapiedauer wurden ähnliche Outcomes berichtet (Abb.).²

Die Studienautoren kommen zu dem Schluss, dass JAKi bei Patienten mit Spondylarthritiden das Risiko für CVD, VTE und Malignome im Vergleich zu TNFi und IL-17i im Behandlungsalltag nicht erhöhen.²



Inzidenzen von CVD, PE oder DVT, Malignomen und Herpes zoster nach 1, 3 und 5 Jahren unter JAKi-Therapie im Vergleich zu TNFi bzw. IL-17i [mod. n. 2].

* EULAR - European Alliance of Associations for Rheumatology, 12.-15. Juni 2024, Wien

Quellen:

1 Fachinformation Xeljanz®, Stand: Oktober 2023

2 Zhao SS et al. EULAR 2024; Abstract POS0231

Dualer Interleukin-Inhibitor zugelassen bei Hidradenitis suppurativa

Hidradenitis suppurativa (HS, Acne inversa) ist eine schmerzhafte, chronisch-entzündliche Hauterkrankung. Charakteristisch sind schmerzhaft entzündete Knoten, Abszesse, drainierende Tunnel und Narben – überwiegend in den Achseln, Leisten, im Genital- und Afterbereich sowie bei Frauen auch unter der Brust. Diese können die körperliche Aktivität und die Lebensqualität der Patienten erheblich einschränken.¹

Neue Therapieoption bei HS

Mit der Indikationserweiterung des dual-selektiven Interleukin(IL)-17A- und -17F-Inhibitors Bimekizumab (Bimzelx®[▼]) steht eine weitere Therapie zur Verfügung, die unter anderem eine schnelle Schmerzlinderung ermöglicht.^{2,3} Bimekizumab ist zugelassen zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit einer aktiven mittelschweren bis schweren HS, die auf eine konventionelle systemische HS-Therapie unzureichend angesprochen haben.³

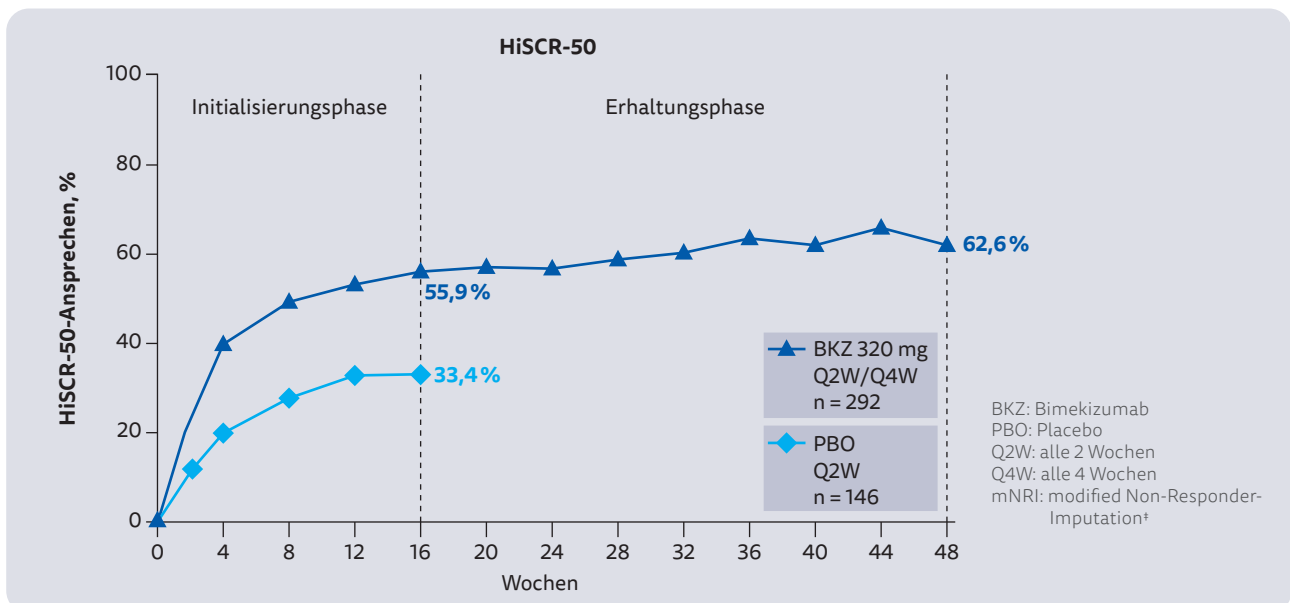
Grundlage für die Indikationserweiterung von Bimekizumab waren die Ergebnisse der multizentrischen, doppelblinden, randomisierten, placebokontrollierten Phase-3-Studien BE HEARD I und II (n = 1.014), die in ihrem Studiendesign identisch waren.² Primärer Endpunkt war ein HiSCR-50 (Hidradenitis Suppurativa Clinical Response von 50) in Woche 16.² In BE HEARD I (320 mg alle zwei Wochen [Q2W]) erreichten nach 16 Wochen 48 % (n = 138/289) der mit Bimekizumab behandelten Patienten einen HiSCR-50 (alle Antibiotika [mNRI

ALL-ABX#]) vs. 29 % unter Placebo (n = 21/72, p = 0,006). In BE HEARD II waren es 52 % (320 mg Q2W, n = 151/291) vs. 32 % (n = 24/74, p = 0,0032).² Die Ansprechraten stiegen bis Woche 48 weiter an (Abb.).⁴ Das Verträglichkeitsprofil stimmte dabei mit dem aus Studien zu anderen Indikationen überein.² Die häufigsten berichteten Nebenwirkungen waren Infektionen der oberen Atemwege (8,8%) und orale Candidosen (5,6%).³

320-mg-Devices

Fertigpen und Fertigspritze stehen jetzt zusätzlich mit 320 mg Bimekizumab zur Verfügung, sodass bei der Therapie der HS die benötigte Dosis auch mit einer Injektion appliziert werden kann. Damit wird die Therapie mit Bimekizumab bei HS einfacher.³

Die empfohlene Dosis von Bimekizumab für Erwachsene beträgt 320 mg (verabreicht als zwei subkutane Injektionen zu jeweils 160 mg oder als eine Injektion von 320 mg) alle zwei Wochen (Q2W) bis Woche 16 und danach alle vier Wochen (Q4W).³



HiSCR-50-Ansprechen; gepoolte Daten aus BE HEARD I und II von HS-Patienten über 48 Wochen BKZ-Behandlung; (mod. n. 4)

[#] Patienten, die aus irgendeinem Grund systemische Antibiotika einnahmen oder die Behandlung wegen unerwünschter Ereignisse oder mangelnder Wirksamkeit abbrachen, wurden bei allen nachfolgenden Besuchen für Responder-Variablen als Non-Responder behandelt (oder unterliegen bei kontinuierlichen Variablen einer Mehrfach-Imputation). Andere fehlende Daten wurden durch mehrfache Imputation ersetzt.

[†] Patienten, die die Behandlung wegen mangelnder Wirksamkeit/unerwünschter Ereignisse abbrachen oder systemische Antibiotika erhielten, die vom Studienleiter als Notfall-medikation für HS identifiziert wurden, wurden als Non-Responder betrachtet; für alle anderen fehlenden Daten wurde eine multiple Imputation verwendet.

[▼] Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Bitte melden Sie jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel: www.pei.de

Quellen:

1 Vinkel C et al. J Clin Aesthet Dermatol 2018; 11: 17–23
2 Kimball AB et al. Lancet 2024; 403: 2504–2519

3 Fachinformation Bimzelx®, Stand: August 2024
4 Zouboulis CC et al. EADV 2023; ; Poster #3262

Wissen entsteht aus korrekten Informationen. Aber die Masse an Informationen wird immer beliebiger, ihr Wahrheitsgehalt immer schwieriger zu überprüfen. Die Konsequenz: Wir alle wissen nichts mehr richtig. Damit Sie wissen, wie Sie uns und unsere Beiträge einordnen können, erfahren Sie auf dieser Seite mehr über die Arbeitsweise und die Grundsätze der Redaktion des Hautnetz Magazin.

Über uns

Das Hautnetz Magazin bietet seinen Lesern unabhängige und leicht verständliche Informationen rund um alle Aspekte der Versorgung von Hautkrankheiten in Deutschland. Damit jeder Leser etwas für sich Passendes findet, bereiten wir alle Informationen in verschiedenen Formen auf – als reine Texte, News, Infografiken, Reportagen, Berichte oder Interviews. Kern jeden Heftes sind dabei die Berichte aus den 29 regionalen Hautnetzen.

Alle Beiträge sind kein Ersatz für medizinische Fortbildungen. Sie sollen aber über neue Erkenntnisse informieren und Anreize für eine bestmögliche Behandlung von Menschen mit Hauterkrankungen schaffen.

Unser Ziel

Uns ist wichtig, das Hautnetz Magazin zu einer Informationsquelle mit hoher medizinischer und wissenschaftlicher Qualität zu machen. Oberstes Ziel: Eine unabhängige und neutrale Berichterstattung – das haben wir bei jedem Artikel vor Augen. Denn wir wollen Ihnen helfen, sich ein eigenes Bild von verschiedenen Hauterkrankungen und ihren Begleitaspekten zu machen. Nur das hilft, die Barrieren zwischen Forschern, Ärzten und Patienten abzubauen. Gerade die fundierte und sorgfältige Arbeit der Redaktion macht den Unterschied zu ungeprüften Inhalten, beispielsweise im Internet, und unterscheidet das Hautnetz Magazin ganz erheblich von anderen Quellen.

Unser Qualitätsanspruch: aktuell, neutral, verständlich

Wir stellen höchste Qualitätsansprüche an unsere Inhalte und bieten ausschließlich Informationen an, die auf aktuellen und wissenschaftlich abgesicherten Erkenntnissen beruhen. Die Qualität unserer redaktionellen Artikel bemisst sich nicht nur an den inhaltlichen Qualitätsstandards, auch Verständlichkeit, Vielfalt und Relevanz von Themen und Perspektiven sind uns wichtig. Das heißt auch: Fakten statt Behauptungen, Argumente statt Diffamierungen, reflektieren und differenzieren

statt verallgemeinern. Auch Authentizität, Humor, Kritik, Klarheit, Originalität und Kreativität sind ausdrücklich erwünscht. Werbung ist im Hautnetz Magazin deutlich als solche erkennbar. Darüber hinaus können die Fördermitglieder des PsoNet Fördervereins und des Hautnetz Deutschland einen eigenverantwortlichen Beitrag in der Rubrik „Fördermitglieder Aktuell“ unterbringen. Auch diese Rubrik ist deutlich vom Rest des Heftes zu unterscheiden. Weder Anzeigenkunden noch Pharmaunternehmen haben Einfluss auf die redaktionellen Inhalte des Hautnetz Magazin. Das Heft finanziert sich hauptsächlich aus Eigenmitteln des PsoNet Fördervereins und des Hautnetz Deutschland und nur im geringen Maß aus Einnahmen über Anzeigen.

Unsere Quellen

Alle unsere Inhalte basieren auf aktuell gültigen Leitlinien, zeitgemäßer Fachliteratur, medizinischen Nachschlagewerken sowie jüngsten Studien. Kritisch hinterfragte Angaben und Empfehlungen offizieller, wissenschaftlicher und unabhängiger Institutionen und Fachgesellschaften bilden eine verlässliche Grundlage für unseren hohen Qualitätsanspruch. Die entsprechenden wissenschaftlichen Quellen finden Sie am Ende eines jeden Textes oder können Sie gerne bei uns erfragen.

Unser Team

Um Ihnen die besten Inhalte zu bieten, werden alle unsere redaktionellen Beiträge ausschließlich von hochmotivierten Experten in unserer Redaktion erstellt: Ärzte, Psychologen, Wissenschaftler unterschiedlicher akademischer Disziplinen und Fachjournalisten. Jedes Redaktionsmitglied vertritt immer nur seine eigene Meinung. Unterstützt werden wir dabei von Grafikern und Vertriebsexperten. Alle redaktionellen Texte werden vor ihrer Veröffentlichung durch mindestens zwei Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats geprüft (Peer Review). Die Gutachter sind dabei frei und unabhängig in ihrer Beurteilung.

