

PsoNet Magazin

Das gemeinsame Magazin von Förderverein PsoNet in Deutschland e.V. und Deutscher Psoriasis Bund e.V.

1 | 2024

Forschung

**Wie kann KI die Psoriasis-
behandlung verbessern?**

Versorgung

**Mit Psoriasis die heißen Tage
genießen**

DPB / Selbsthilfe

Schön, dass es euch gibt

Nachgefragt

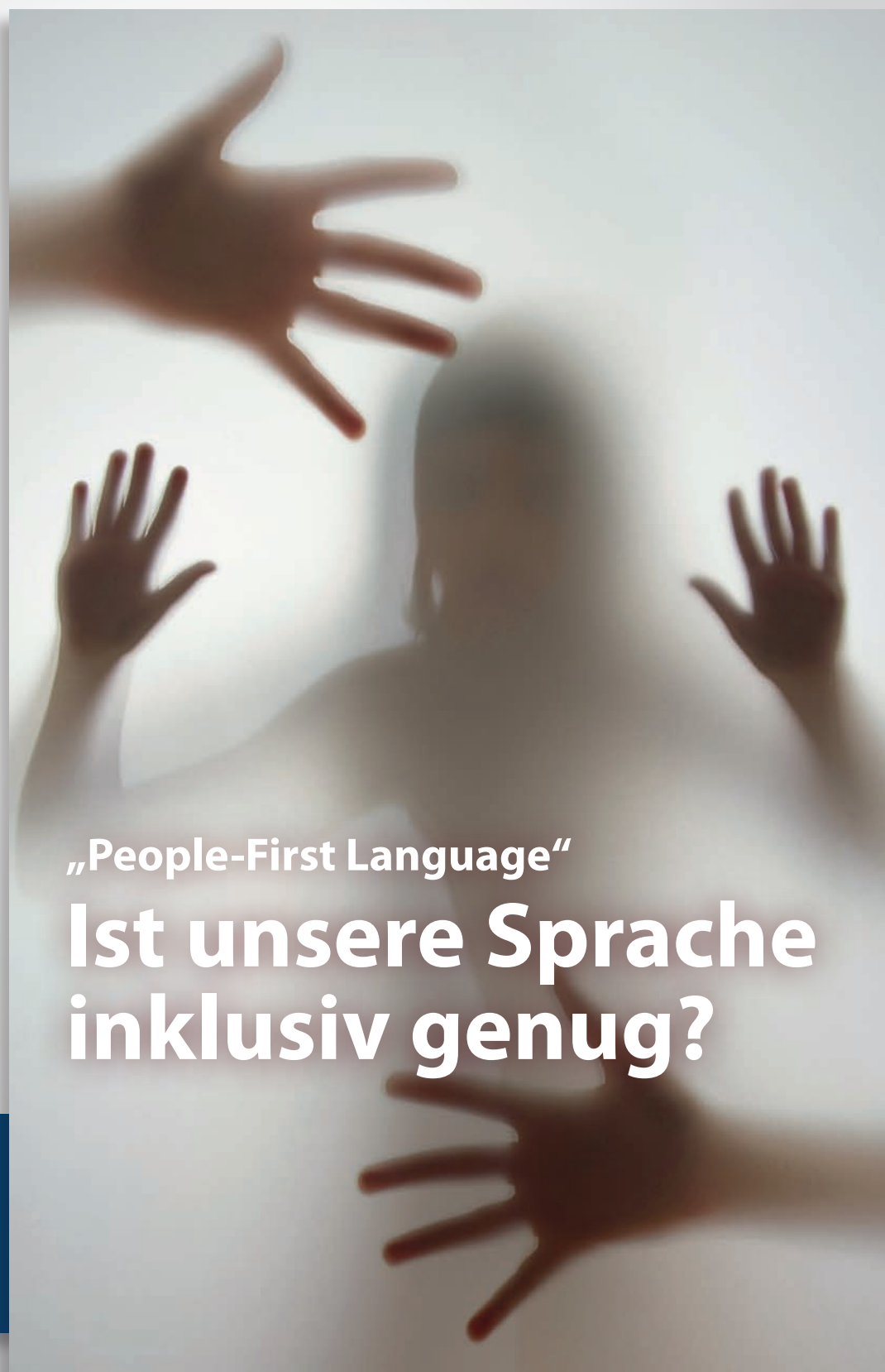
**Vielfalt im Gesundheits-
wesen – Was braucht es
für mehr Akzeptanz und
Toleranz?**

Biologika

**Wie lange bleiben innovative
Therapien sicher?**

Aktuelles

**Psoriasis beeinflusst
Fruchtbarkeit und
Schwangerschaftsverlauf**



„People-First Language“

Ist unsere Sprache inklusiv genug?

QUERVERNETZUNG



Berichte aus den Regionalen
Psoriasisnetzen in Deutschland



Anhaltendes Wohlbefinden erleben

First-Line Therapie mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis



Mit nur 1 Injektion pro Quartal* Therapiestabilität über Jahre**

*In der Erhaltungstherapie der Plaque-Psoriasis. **Ergebnisse der gepoolten Analyse der beiden pivotalen Phase-III-Studien reSURFACE 1 & 2 zu Wirksamkeit und Sicherheit von Tildrakizumab zur Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis über 5 Jahre (244 Wochen): Thaçi D, Piaserico S, Warren RB, et al. Five-year efficacy and safety of tildrakizumab in patients with moderate-to-severe psoriasis who respond at week 28: pooled analyses of two randomized phase III clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2). Br J Dermatol. 2021 Aug; 185(2): 323–334.

Ilumetri[®] 100 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze.
Ilumetri[®] 200 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze.
Ilumetri[®] 100 mg Injektionslösung im Fertigpen.

Verschreibungspflichtig. Zusammensetzung: Wirkstoff: 1 Fertigspritze enthält 100 mg Tildrakizumab in 1 ml Lösung. 1 Fertigspritze enthält 200 mg Tildrakizumab in 2 ml Lösung. 1 Fertigpen enthält 100 mg Tildrakizumab in 1 ml Lösung. Tildrakizumab ist ein humanisierter, monoklonaler IgG1/κ-Antikörper, hergestellt in Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO-Zellen) mittels rekombinanter DNA-Technologie. **Sonstige Bestandteile:** Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Polysorbat 80, Saccharose, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, klinisch relevante aktive Infektionen, z. B. aktive Tuberkulose. **Nebenwirkungen: Sehr häufig:** Infektionen der oberen Atemwege (einschließlich Nasopharyngitis). **Häufig:** Kopfschmerzen, Gastroenteritis, Diarrhö, Übelkeit, Rückenschmerzen, Schmerzen an der Injektionsstelle. **Stand der Information:** Juli 2023

Almirall, S.A., Ronda General Mitre, 151, 08022 Barcelona, Spanien; **Örtlicher Vertreter: Almirall Hermal GmbH**, Scholtzstraße 3, 21465 Reinbek, Deutschland, www.almirall.de

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

„die Jugend von heute taugt nix mehr.“ Ein Satz, den viele von uns sicherlich schon mal gesagt – oder zumindest gedacht – haben. Ein Blick auf die Jugend von heute scheint diese Ansicht zu bestätigen: Sie ist faul, respektlos, ungebildet, unverantwortlich und verweichlicht. Sie hat keine Werte, keine Ziele, keine Visionen. Sie ist abhängig von Technologie, Medien, Drogen und Konsum. Sie ist unpolitisch, unsozial, unglücklich. Die Jugend von heute ist eine verlorene Generation.

Das ist das Bild, das viele Erwachsene haben. Aber ist das wirklich so? Oder ist es nur eine Wiederholung der alten Klage, dass die Jugend von gestern besser war als die von heute? Es stellt sich heraus: „Heute“ ist in diesem Zusammenhang ein sehr dehnbarer Begriff, denn Zeit ist bekanntermaßen unendlich – schließt man mal kurz die Augen vor den Gesetzen der Thermodynamik. Die Geschichte zeigt, dass jede Generation ihre eigenen Herausforderungen, Fehler und Erfolge hat. Die Jugend von heute ist nicht die erste, die kritisiert, missverstanden und unterschätzt wird. Schon in der Antike beklagten sich Philosophen wie Sokrates und Platon über die Jugend ihrer Zeit. „Die Jugend von heute liebt den Luxus, hat schlechte Manieren, verachtet die Autorität, hat keinen Respekt vor den Älteren und schwatzt, wo sie arbeiten sollte“ – so soll Sokrates vor über 2.000 Jahren über seine Zeitgenossen geklagt haben. Er sah keine Hoffnung mehr für die Zivilisation.

Aber warum sehen wir die Jugend so kritisch, wo doch am Ende immer alles gut zu gehen scheint? Der Sozialwissenschaftler David Finkelhor hat bereits 2011 einen Begriff dafür geprägt: Juvenioia. Zusammengesetzt aus juvenil und Paranoia – das steht für die Furcht vor der Jugend und gleichzeitig auch die Furcht um die Jugend. Es geht um die überzogene Sorge vor dem Effekt, den soziale Veränderungen auf Kinder haben. Wir ziehen gerne den Schluss, dass es schlecht um unsere Kinder steht. Und dass dies wiederum unserer Gesellschaft schaden wird. Als Bewahrer bestimmter Werte oder Institutionen gehen wir dann davon aus, dass die jungen Leute diese Werte angreifen, abschaffen oder untergraben werden. Je schneller die Veränderung, desto abwehrender die Reaktion: Die Jugend ist schuld. Dabei passen sich die jungen Menschen lediglich an die Welt an, in der sie aufwachsen: Aus Kriegen folgen Friedensdemos, aus Ölkrisen Umweltbewusstsein, aus Massentierhaltung und Abholzung Nachhaltigkeitsgefühl, aus sozialer Unsicherheit Identitätskrisen und aus dem Internet die allgegenwärtigen Selfies. Auch. Aber eben noch viel mehr.

Eines sollten wir nicht vergessen: Die Jugend von gestern war zwar diejenige, die für Freiheit, Gerechtigkeit und Frieden kämpfte. Sie war diejenige, die Kunst, Literatur und Musik schuf, die neue Ideen und Erfindungen hervorbrachte. Sie war aber auch die Jugend, die einst scharf kritisiert wurde. Dabei hat diese Generation unter anderem in der Medizin Enormes erreicht: angefangen bei der Entwicklung von Analgetika über Antibiotika bis hin zu Biologika, die heute vielen Menschen ein besseres Leben ermöglichen. Die Jugend von heute ist nicht schlechter oder besser als die von gestern. Sie ist einfach anders. Sie lebt in einer anderen Zeit, mit anderen Bedingungen, mit anderen Möglichkeiten. Sicher wird auch sie uns überraschen – vielleicht mit Innovationen, an die wir heute noch nicht denken, oder Antworten auf **drängende Fragen** unserer Zeit. Nur durch die daraus entstehenden Veränderungen bleiben wir am Puls der Zeit. Das gilt ab Herbst 2024 auch für das PsoNet Magazin.

In diesem Sinne: Bleiben wir neugierig auf morgen.

Und offen und nett zu anderen.

Ihre
Redaktion

Neugierig auf die Zukunft
des PsoNet Magazin?
Mehr dazu finden Sie auf S. 44



Herausgegeben von



Der PsoNet Förderverein und das PsoNet Magazin schließen sich den Spendenaufrufen für die Menschen in der Ukraine von EADV, BVDD, DDG, DPB und vielen anderen an.

06 AKTUELLES

Das Potenzial der Biosimilars / Meilensteine in der Entwicklung von Biosimilars / Trockene Augen / Wie beeinflussen Biologika den Immunstatus? / Psoriasis beeinflusst Fruchtbarkeit / Wenn Biologika versagen / Zytokine machen depressiv / Der Spiegel der Seele / Umweltfreundlicher Sonnenschutz? / PRESTO – Risikoabschätzung bei Psoriasis-Arthritis / Leitlinien ordnen medizinisches Wissen

12 SELBSTHILFE / DPB

„Schön, dass es euch gibt!“

14 FORSCHUNG

Künstliche Intelligenz bei der Psoriasisbehandlung
sGKS bei Psoriasis – Friede, Freude, Eierkuchen
Dermregister als Schlüssel zur Versorgungsforschung

18 VERSORGUNG

Mit Psoriasis die heißen Tage genießen

20 ARSENAL

Digitale Gesundheitsanwendungen

24 VERSORGUNG – PSOBEST

Das Deutsche Psoriasis-Register PsoBest

28 NACHLESE

Gründung des Hautnetz Deutschland

32 BLICKFANG

Ein Blick in die Ferne

34 NACHLESE

Propaganda – ein Roman mit Aufklärungscharakter

36 VERSORGUNG

Menschen im Mittelpunkt: „People-First Language“

40 NACHGEFRAGT

Vielfalt im Gesundheitswesen

44 PSONET

PsoNet Magazin meets Hautnetz Deutschland

46 REGIONALE NETZE UND TERMINE

53 FÖRDERMITGLIEDER AKTUELL

62 ABOUT A MAGAZINE



Umweltfreundlicher Sonnenschutz – geht das überhaupt?

Sonnenschutz im Sommer ist ein Muss! In manchen Sonnenschutzmitteln sind jedoch chemische oder physikalische UV-Filter enthalten, die die Ökosysteme der Gewässer in Schieflage bringen können. Einige Länder haben bereits reagiert und die Verwendung von Produkten mit umweltschädlichen UV-Filtern verboten. Und die EU?

Seite 10



KI bei der Behandlung von Patienten mit Psoriasis

Welche Chancen bietet das maschinelle Lernen, eine Form der künstlichen Intelligenz, bei der Diagnose, Forschung und Behandlung von Hautkrankheiten? Dieser Frage gingen Forschende an der Technischen Universität München nach, indem sie einen Algorithmus darauf trainiert haben, Körperteile automatisch zu erkennen.

Seite 14



Digitale Gesundheitsanwendungen – was gibt's, wie geht's, wer bekommt's?

Digitale Gesundheitsanwendungen und digitale Therapeutika rücken bei der Gesundheitsversorgung immer stärker in den Fokus. Sie zeigen vielversprechende Potenziale zur Verbesserung der Versorgung und Überwachung von Krankheiten. Lesen Sie, was diese Technologien bieten und warum die Entwicklung und ihr Einsatz kritisch beobachtet und reguliert werden sollten.

Seite 20



Gründung des Hautnetz Deutschland: Qualität durch Vernetzung

Im vergangenen Jahr wurde das Hautnetz Deutschland als Dachverband der dermatologischen Netzwerke gegründet. Ziel ist es, durch die breitere Vernetzung die Versorgungseffizienz in der Dermatologie zu verbessern. Hier erfahren Sie, was am 27.10.2023 bei der 1. Nationale Versorgungskonferenz-Haut besprochen und beschlossen wurde. Im Mittelpunkt standen dabei unter anderem die Nutzung bestehender Strukturen, beispielsweise der PsoNetze Deutschland, und die Koordination der Netzwerke.

Seite 28

Menschen im Mittelpunkt: „People-First Language“

Es geht um eine respektvolle Ausdrucksweise, die die Würde und Individualität jedes Einzelnen anerkennt und niemanden aufgrund seiner Vorlieben, Abneigungen oder Äußerlichkeiten diskriminiert. Die People-First Language stellt die Persönlichkeit eines Menschen in den Vordergrund, nicht seine Beeinträchtigungen oder sein Anderssein. Welche positiven Auswirkungen diese Sprache auf das Miteinander mit Patienten und Kollegen hat, erfahren Sie in unserem Beitrag.

Seite 36



Vielfalt im Gesundheitswesen – Was braucht es für mehr Akzeptanz und Toleranz?

Die Sozialwissenschaftlerin Beryl Onditi beschäftigt sich seit vielen Jahren mit dem Thema Diversität im Gesundheitswesen. Wir haben sie gefragt, warum Gleichberechtigung und Gerechtigkeit zwei verschiedene Dinge sind und wie sich dies im Gesundheitssektor widerspiegelt. Frau Onditi erklärt, welche Herausforderungen bei der Arbeit in einem vielfältigen Umfeld bestehen und zeigt, wie in Gesundheitseinrichtungen eine integrative Atmosphäre gefördert werden kann.

Seite 40



Impressum

ISSN 2364-3013

Förderverein PsoNet in Deutschland

Postalische Anschrift

Förderverein PsoNet in Deutschland e.V.
Geschäftsstelle
IVDP, Gebäude W 38
Martinistraße 52
20246 Hamburg

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 •
Dr. Klaus Strömer • Prof. Dr. Diamant Thaçi

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.)

Redaktionelle Mitarbeit

Dorothee Hintz, Frenz Ohm

Medizinisches Lektorat

Dr. Brigitte Stephan

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 PsoNet 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 32/33)

„Über die Jugend von heute“, Merle Twesten
„Ein Blick in die Ferne“, Merle Twesten

© Fotografien/Illustrationen

Titel: CYCLONPROJEKT/fotolia.com •
Kuttelvaserova Stuchelova/shutterstock.com
Alle weiteren Copyright-Hinweise finden sich direkt bei den
Fotografien / Grafiken.

Mit Leeve ♥ maakt in Hamburg.

Das Potenzial der Biosimilars



© Mahmudul-Hassan/shutterstock.com

Oft neigen wir beim Vergleich zweier sich ähnelnder Produkte dazu, das teurere als qualitativ hochwertiger einzustufen. Denn Qualität hat ihren Preis. Wenn es um hochwertige Materialien geht, trifft das oft zu und ist gerechtfertigt. Doch klar ist auch: Wir zahlen oft für den (Marken-)Namen des Produktes einen nicht unerheblichen Preisaufschlag – bei sonst gleicher Qualität. Medizinische Produkte wie Biologika sind da keine Ausnahme, wie eine Studie von Phan et al. zeigte.

Bei der Studie handelt es sich um ein systematisches Review, das die Wirksamkeit und Sicherheit von Biosimilars im Vergleich zum Originator bei der Behandlung von Psoriasis untersuchte. Das Review umfasste 14 randomisierte klinische Studien und drei Kohortenstudien, die Biosimilars von Adalimumab, Etanercept, Infliximab und Ustekinumab bewerteten. Zwölf Studien verglichen Biosimilars mit Originalpräparaten bei Patienten, die keine Originalpräparate einnahmen (Starter), und elf Studien verglichen die Umstellung von Originalpräparaten auf Biosimilars (Switcher) mit der kontinuierlichen Behandlung mit Originalpräparaten. Als primärer Endpunkt wurde das Erreichen einer 75-prozentigen Verbesserung des Psoriasis Area and Severity Index (PASI) und das Risiko unerwünschter Ereignisse in Woche 16 und Woche 52 festgelegt. Die wichtigste Erkenntnis der Studie: Es gab keinen klinisch oder statistisch signifikanten

Unterschied in der Wirksamkeit und Sicherheit zwischen Biosimilars und Originatoren. Allerdings deuteten die Ergebnisse aus zwei der randomisierten klinischen Studien darauf hin, dass der Wechsel vom Adalimumab-Originator zu den Biosimilars BCD-057 und GP2017 die Behandlungseffektivität reduziert. Eine Kohortenstudie deutete darauf hin, dass der Wechsel zu GP2017 und SB5 mit mehr Nebenwirkungen verbunden ist. Die Unterschiede waren jedoch nicht klinisch signifikant, wobei die Studie nicht zur Sicherheit gepowert wurde.

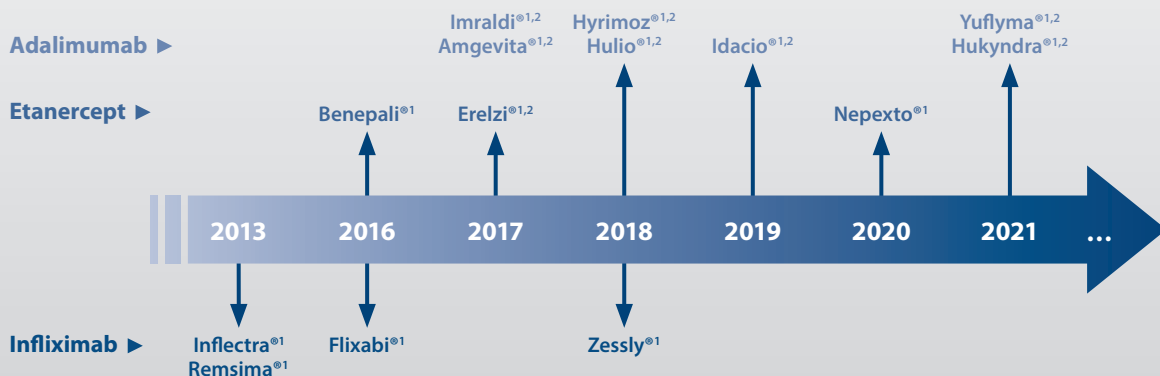
Diese Ergebnisse unterstützen den Einsatz von Biosimilars als kosteneffektive Alternative zu Originalpräparaten, wobei weitere Forschung zur Bestätigung der langfristigen Effektivität und Sicherheit notwendig ist. (red)



Meilensteine in der Entwicklung von Biosimilars

Seit der Zulassung des ersten Biologikums zur Behandlung der Psoriasis vor gut 20 Jahren sind viele weitere gefolgt. Mit dem Ablauf des Patentschutzes für die ersten Medikamente sind Nachahmerpräparate, die sogenannten Biosimilars, in

großer Anzahl hinzugekommen. Nicht zuletzt, weil sie weit aus kostengünstiger sind als die Originalpräparate. Seit Markteinführung stehen 14 Biosimilars für die Behandlung von Psoriasis und Psoriasis-Arthritis zur Verfügung. (red)



¹ Anwendung bei Psoriasis · ² Anwendung bei Psoriasis-Arthritis · Alle Angaben ohne Gewähr. Stand: 23.11.2023 · Illustration: red



Augenmanifestationen der Psoriasis verlaufen meist mild und unspezifisch und werden daher leicht übersehen und vernachlässigt. Wie hoch ist die Prävalenz tatsächlich und welche Symptomatik an den Augen tritt bei Psoriasis am häufigsten auf? Dieser Frage ging eine iranische Querschnittsstudie nach.

Im Blick behalten: Trockene Augen bei Psoriasis

In die Studie zur Prävalenz von Augenmanifestationen bei Psoriasis wurden 40 Patienten mit Psoriasis und ebenso viele gesunde Kontrollpersonen aufgenommen. Der Anteil an Männern und Frauen sowie das Durchschnittsalter war in beiden Gruppen vergleichbar. Bei allen Studienteilnehmern wurden umfangreiche Untersuchungen beider Augen durchgeführt, unter anderem zu Entzündungen der Bindehaut (Konjunktivitis) und des Lidrands (Blepharitis), zur Kontrolle der Funktion der Meibom-Drüsen, des Zustands von Linsen und Netzhaut, der Höhe des Tränenfilms (Tränenminiskus) und des Augeninnendrucks (intraokulärer Druck). Die Auswertung der Daten zeigt: Lediglich eine Fehlfunktion der Meibom-Drüsen – die Hauptursache für trockene Augen – trat in der Patientengruppe signifikant häufiger auf als in der Kontrollgruppe. Eine Subgruppenanalyse innerhalb der

Patientengruppe wies eine stark positive Korrelation zwischen der Schwere der Erkrankung, ermittelt mit dem Psoriasis Area and Severity Index (PASI), und der Höhe des Tränenminiskus sowie eine Korrelation zwischen Meibom-Drüsen-Dysfunktion und Dauer der Psoriasis nach.

Trockene Augen (Dry Eye Disease) können zu Beeinträchtigungen von Sehvermögen und Lebensqualität sowie Schäden an der Augenoberfläche führen. Dermatologen und Allgemeinmediziner sollten daher bei der Behandlung von Psoriasispatienten – insbesondere bei hohen PASI-Werten und langandauernder Erkrankung – auch die Augen der Patienten im Blick haben und bei Bedarf eine augenärztliche Untersuchung veranlassen. (red)

© Africa Studio/shutterstock.com



Aryanian Z et al.
J Gen Fam Med 2022

Das PsoNet Magazin informiert

Wie beeinflussen Biologika den Immunstatus?

Aufgrund des immunmodulierenden Charakters von Biologika sind Patienten einem potenziell erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt. Obligatorische serologische Tests und eine Optimierung des Impfstatus vor Beginn einer Biologikatherapie sind nicht üblich, so dass einige Patienten möglicherweise einer durch Impfung vermeidbaren Krankheit ausgesetzt sind. In einem Real-World-Setting wollten Forscher aus Australien daher herausfinden, ob der Einsatz von Biologika bei Patienten mit Hidradenitis suppurativa (HS) und Psoriasis zu einem beschleunigten Verlust der Immunität gegen Krankheiten führt, gegen die üblicherweise geimpft wird.

In einem Artikel, veröffentlicht im Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, untersuchten Stone et al. den Immunstatus von Patienten mit HS und Psoriasis, die Biologika erhielten, und verglichen diesen mit dem Immunstatus vor der Therapie. Die Autoren prüften die Immunität gegenüber einigen Krankheiten, gegen die üblicherweise geimpft wird, zum Beispiel Hepatitis A und B, Masern, Mumps, Tetanus und Varizellen. Getestet wurden 77 Patienten, die mindestens ein Jahr lang Biologika erhalten haben, indem die Antikörpertiter gegenüber den verschiedenen Krankheiten vor und nach der Therapie gemessen wurden. Das Ergebnis: Die Biologikatherapie führte zu einem signifikanten Rückgang der Antikörpertiter gegenüber Hepatitis A und B, Masern, Mumps, Röteln und Varizellen. Der Anteil der Patienten, die gegen Hepatitis B

immun waren, sank von 95 % auf 51 % (vor und nach der Therapie). Der Anteil der Patienten, die gegen Tetanus immun waren, sank von 99 % auf 63 % und der Anteil der Patienten, die gegen Varizellen immun waren, sank von 100 % auf 90 %. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass die Biologikatherapie keinen Einfluss auf die Antikörpertiter gegenüber Diphtherie und Tetanus hatte.

Die Autoren folgern, dass die Biologikatherapie zu einer beschleunigten Verminderung der Immunität gegenüber bestimmten Erregern führen kann. Daher wird empfohlen, dass Patienten mit HS und Psoriasis, die ein Biologikum erhalten, regelmäßig auf ihren Immunstatus getestet werden und gegebenenfalls zusätzliche Impfungen erhalten. (red)



© Mueller/shutterstock.com



Stone C et al.
JEADV Clin Pract 2023

Das PsoNet Magazin informiert

Psoriasis beeinflusst Fruchtbarkeit und Schwangerschaftsverlauf



© fizkes/shutterstock.com

Hat Psoriasis Einfluss auf die Fruchtbarkeit von Patientinnen und das Risiko für Komplikationen während der Schwangerschaft? Dies war die zentrale Frage einer Kohortenstudie in Großbritannien. Der Vergleich von Fertilitätsraten und Schwangerschaftsverläufen bei Frauen mit und ohne Psoriasis gibt differenzierte Antworten.

Basis der bevölkerungsbasierten Kohortenstudie waren Daten aus Primärversorgungspraxen der Jahre 1998 bis 2019, die zur Erstellung der britischen Clinical Practice Research Data-link GOLD-Datenbank beigetragen hatten. Für ihre Studie beschränkten sich die Wissenschaftler auf Daten von Patientinnen im gebärfähigen Alter (15 bis 44 Jahre). Aus diesem Datenpool identifizierten sie Patientinnen mit Psoriasis und ordneten diesen, passend zum Lebensalter, jeweils fünf Patientinnen ohne Psoriasis aus der gleichen Primärversorgungspraxis zu. Insgesamt wurden so in die Analyse 63.681 Frauen mit Psoriasis und 318.405 Frauen ohne Psoriasis einbezogen, die im Mittel 4,1 Jahre beobachtet wurden. Die Ergebnisse: Stratifiziert nach der Schwere der Psoriasis, wiesen Patientinnen mit mittelschwerer bis schwerer Psoriasis signifikant niedrigere Fertilitätsraten auf als Patientinnen ohne Psoriasis aus der Vergleichsgruppe. Die

Psoriasis wurde als mittelschwer bis schwer eingestuft, wenn zur Behandlung systemische Therapien, Fototherapie oder Biologika verordnet worden waren. Was Komplikationen während der Schwangerschaft betraf, so hatten Patientinnen mit Psoriasis ein höheres Risiko für Fehlgeburten als Frauen in der Vergleichsgruppe. Keine Unterschiede gab es hinsichtlich des Risikos für vorgeburtliche Blutungen, Präeklampsie oder Schwangerschaftsdiabetes.

Nun seien weitere Studien notwendig, um die Ursachen des erhöhten Fehlgeburtsrisikos bei Patientinnen mit Psoriasis zu verstehen, so die Autoren. Dabei gelte es auch zu erforschen, inwieweit eine bessere Behandlung der Psoriasis und eine engmaschige Überwachung während der Schwangerschaft das Risiko senken kann. (red)



Chen TC et al.
JAMA Dermatol 2023
Das PsoNet Magazin informiert

Hochpotent und doch wirkungslos – wenn Biologika versagen

Zur Behandlung von Psoriasis stehen zahlreiche Therapien zur Verfügung. Für die rund 20 bis 30 % der Patienten, die an einer mittelschweren bis schweren Form leiden, ist dabei der Einsatz von systemischen Therapien, einschließlich Biologika, oft die einzige Hoffnung auf Besserung. Leider versagen auch diese potenten Arzneimittel manchmal. Doch was können Merkmale für ein solches Nichtansprechen sein? Mit dieser Frage hat sich eine Registerstudie aus San Francisco beschäftigt.

Die prospektive Kohortenstudie untersuchte soziodemografische und klinische Merkmale, die mit mehrfachem Biologika-Versagen (MBV) im Vergleich zu einer guten klinischen Reaktion (GKR) bei Patienten mit Psoriasis assoziiert sind. Untersucht wurden Patienten aus dem CorEvitas Psoriasis-Register, die zwischen 2015 und 2022 ihre erste Biologikatherapie begannen und mindestens 24 Monate lang beobachtet wurden. Anschließend wurden soziodemografische, klinische und patientenberichtete Merkmale für das unterschiedliche Therapieansprechen identifiziert. Als MBV wurde definiert, dass die Behandlung mit mindestens zwei Biologika, die über 90 Tage angewendet wurden, wegen mangelnder Wirksamkeit abgebrochen wurde. Als GKR wurde die fortgesetzte Verwendung des ersten Biologi-

kums für mindestens zwei Jahre gewertet. Von den 1.039 analysierten Patienten hatten 65 (6,3 %) ein MBV und 490 (47,2 %) eine GKR. Zu den Merkmalen, die signifikant mit MBV assoziiert waren, gehörten: weibliches Geschlecht, kürzere Krankheitsdauer, frühe Biologika-Initiierung, vorherige Nutzung nicht-biologischer systemischer Therapien, Hyperlipidämie in der Anamnese und Zugehörigkeit zu Medicaid*. Die am häufigsten beobachtete Abfolge von Biologika bei MBV war der Wechsel von einem TNF-alpha-Inhibitor zu einem IL-17-Inhibitor. Die Eingrenzung solcher Merkmale kann dabei helfen, Menschen mit Psoriasis zu identifizieren, die ein höheres Risiko bei einem Wechsel des Biologikums oder für ein Therapieversagen haben. Somit ist eine gezieltere Patientenbetreuung möglich. (red)

*Medicaid: staatliches Gesundheitsfürsorgeprogramm in den USA; sichert hauptsächlich die Gesundheitsversorgung von Kindern und Personen mit geringem Einkommen ab.



Jin JQ et al.
J Am Acad Dermatol 2023
Das PsoNet Magazin informiert



Zytokine machen depressiv

Seit langem ist bekannt, dass Psoriasis mit einer Reihe von Erkrankungen einhergeht, darunter auch Depression. Bis zu ein Fünftel der Patienten mit Psoriasis leidet daran. Bislang wurde dies vor allem auf die psychische Belastung durch die Erkrankung und die oft erlebte Stigmatisierung zurückgeführt. Doch die Psyche ist es nicht allein. Prof. Dr. Mrowietz und Kollegen vom Psoriasis-Zentrum des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein in Kiel fassen in ihrer Übersichtsarbeit zusammen, was aktuell über die Rolle von Zytokinen bei der Entwicklung einer Depression bekannt ist.

Das Entzündungsmuster bei Psoriasis ist seit längerem gut charakterisiert. Verantwortlich sind unter anderem dendritische Zellen und aktivierte T-Zellen, die Interleukin (IL)-23 bzw. IL-17 produzieren, sowie – abhängig vom Ort des Entzündungsgeschehens – Zytokine wie Tumornekrosefaktor (TNF), IL-6, IL-36 und Interferon γ . Dass eine Depression ebenfalls als Entzündungszustand betrachtet werden kann, ist eine relativ neue Erkenntnis, die auf verschiedenen Studien basiert. Wie die Übersichtsarbeit zeigt, gibt die Studienlage dazu einige weitere interessante Zusammenhänge preis: Die Neuroinflammation, die zu Depressionen, depressivem Verhalten und/oder Angstzuständen führen kann, weist auffallende Ähnlichkeit mit dem



© Marys Poly/shutterstock.com

Entzündungsmuster bei Psoriasis auf. Die hierbei bestimmenden Entzündungsmediatoren sind Zytokine wie IL-23, der IL-17-Familie, TNF, IL-6 und IL-8. Auch der Blick auf Risikofaktoren der Psoriasis-Erkrankung wie zum Beispiel Adipositas und Rauchen weist in Richtung Entzündungsgeschehen. Adipositas geht mit einer systemischen Entzündungsreaktion einher und gilt als ein wichtiger Risikofaktor für Depression und Angstzustände. Dieses Wissen kann für die Behandlung relevant sein: Neben Psychotherapie und Antidepressiva kann eine gezielte anti-entzündliche Therapie die mit der Psoriasis einhergehende Depression verbessern, so die Autoren. (red)



Mrowietz U et al.
J Eur Acad Dermatol Venereol 2023
Das PsoNet Magazin informiert

Der Spiegel der Seele

Erröten bei Scham, Blässe bei Angst oder Gänsehaut bei Furcht: Die Haut reagiert auf emotionale Zustände. Nach einer Publikation von Dr. Sondermann und Team können sich Stress und psychische Störungen direkt auf das Hautbild auswirken und umgekehrt können Hauterkrankungen die psychische Gesundheit beeinträchtigen. Hauterkrankungen können somit als psychosomatische Dermatosen betrachtet werden. Besonders stark ausgeprägt ist diese Wechselwirkung bei inflammatorischen Hauterkrankungen: Zytokine, die durch psychischen Stress freigesetzt werden, können entzündliche Prozesse in der Haut verursachen und verstärken. Die Behandlung von Erkrankungen wie Psoriasis erfordert daher oft einen ganzheitlichen Ansatz, der sowohl somatische als auch psychische Aspekte berücksichtigt. (red)



Sondermann et al.
Dermatologie 2023
Das PsoNet Magazin informiert

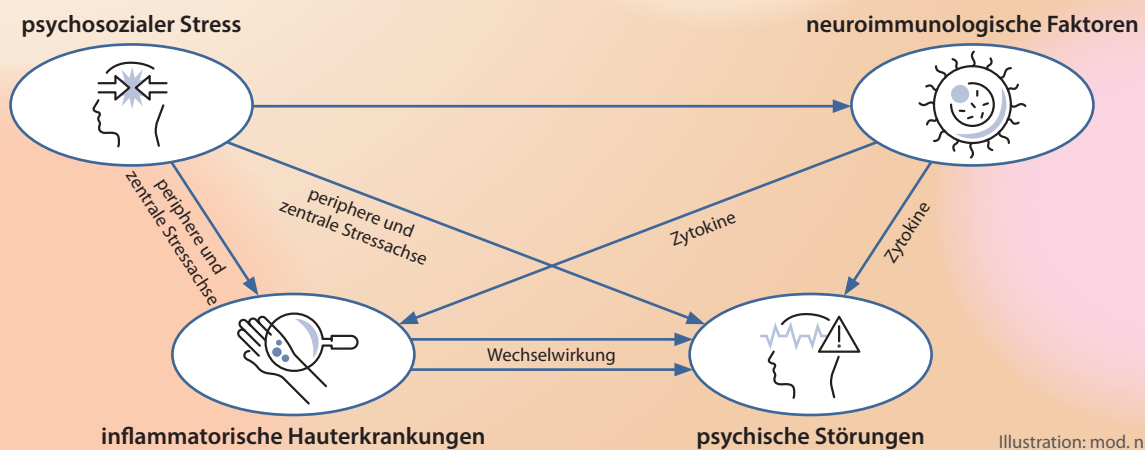


Illustration: mod. nach Sondermann et al. 2023

Umweltfreundlicher Sonnenschutz – geht das überhaupt?



© New Africa/shutterstock.com

Übermäßige Sonnenstrahlung schädigt die Haut, egal ob gesunde oder erkrankte. Daher sollte immer ein Sonnenschutz verwendet werden. Oft wird allerdings auf Sonnencremes zurückgegriffen, die chemische oder physikalische UV-Filter enthalten – mit verheerenden Folgen für die Ökosysteme in Gewässern.

Sowohl chemische als auch physikalische UV-Filter können dazu führen, dass ganze Ökosysteme in Schieflage geraten. Wassertiere wie Korallen oder Wimpertierchen nehmen chemische UV-Filter wie Octocrylen aus der Sonnencreme auf und reichern sie an. Dadurch wird ihr Stoffwechsel so stark beeinträchtigt, dass sie kaum mehr Nährstoffe aufnehmen können. Sterben sie schließlich ab, fallen sie als Nahrungsgrundlage für weitere Meerestiere weg. Auch physikalische Sonnenschutzfilter wie Zinkoxid können, wenn sie in Form von Nanopartikeln vorliegen, von (Kleinst-)Lebewesen im Meer aufgenommen werden. Aufgrund der schädlichen Auswirkungen vertreiben Kosmetikerhersteller zunehmend riff- oder korallenfreundliche Sonnencremes. Einige Staaten wie zum Beispiel Hawaii oder Thailand haben mittlerweile sogar den Verkauf oder die Verwendung von Sonnencremes mit umweltschädlichen UV-Filtern verboten und drohen mit Geldstrafen bei Missachtung. In der Europäischen Union (EU) ist seit Ende des Jahres 2023 der chemische Filter

Benzophenon verboten, allerdings wegen seiner krebserregenden Wirkung, nicht etwa wegen umweltschädlicher Effekte. Und genau hier zeigt sich die Problematik in der EU: Für die Zulassung muss lediglich geprüft werden, ob das Produkt, topisch appliziert, für Menschen unbedenklich ist. Auswirkungen auf Ökosysteme müssen nicht getestet werden.

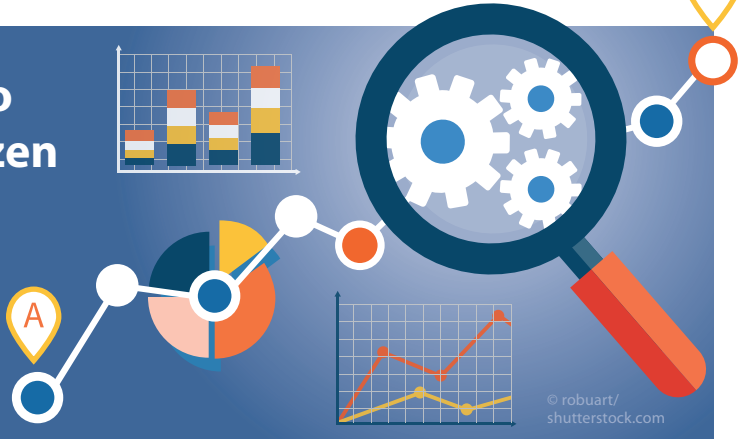
Wer die Gewässer schützen möchte, sollte auf UV-Schutzkleidung zurückgreifen – am besten mit dem UV Standard 801, der den UV-Schutz für nasse und gedehnte Kleidung garantiert. Gerade bei empfindlicher Haut ist das eine gute Alternative. Wer weiterhin Sonnencreme nutzt, sollte erst zu Hause duschen, damit die UV-Filter nicht unmittelbar in die Gewässer gelangen. Der umweltfreundlichste Sonnenschutz – insbesondere für Menschen mit Psoriasis – bleibt jedoch, direkte Sonne zu meiden und sich vorwiegend im Schatten aufzuhalten. (DH)



PRESTO – neues Tool soll Risiko für Psoriasis-Arthritis abschätzen

Das Risiko für die Entwicklung einer Psoriasis-Arthritis (PsA) einschätzen, um frühestmöglich intervenieren zu können – das ist das Ziel von PRESTO. PRESTO steht für Psoriatic Arthritis Risk Estimation Tool. Das Risikovorhersagemodell wurde von einem Team kanadischer und US-amerikanischer Wissenschaftler entwickelt, validiert und in einer Studie vorgestellt.

In der prospektiven Kohortenstudie analysierten die Wissenschaftler die Daten von 635 Patienten mit Psoriasis, die zu Beginn der Studie keine Merkmale einer Psoriasis-Arthritis (PsA) aufwiesen. Auf Basis ihrer demografischen Daten, Psoriasis-symptome, Begleiterkrankungen, Medikation und muskuloskeletalen Symptome wurde ein mathematisches Modell zur Schätzung ihres PsA-Risikos entwickelt. Während des ersten Jahres erkrankten 51, während der folgenden fünf Jahre 71 Patienten an einer PsA. Risikofaktoren für die Erkrankung innerhalb des ersten Jahres waren ein jüngeres Lebensalter, männliches Geschlecht, Psoriasis in der Familie, Rückensteifigkeit, Tüpfelnägel, Gelenksteifigkeit, Einnahme von Biologika, schlechter allgemeiner Gesundheitszustand und Schmerzen. Das Risiko, innerhalb von fünf Jahren eine PsA zu entwickeln, war mit Morgensteifig-



keit, psoriatischen Nagelläsionen, dem Schweregrad der Psoriasis, Müdigkeit, Schmerzen und der Einnahme von systemischen, nicht biologischen Medikamenten oder Fototherapie assoziiert. Die Modellkalibrierung zeigte für die 1-Jahres-Daten eine hohe, für die Folgejahre eine angemessene Übereinstimmung zwischen den beobachteten und den vorhergesagten Fällen und damit insgesamt eine gute Vorhersageleistung des Modells. Die Risikoabschätzung mithilfe von Prognoseinstrumenten spielt eine wichtige Rolle bei der Gestaltung von Behandlungsplänen. Die Studienautoren sehen daher für PRESTO ein hohes Potenzial bei der Versorgung von Patienten mit Psoriasis, allerdings sei die Validierung mit weiteren Patientengruppen erforderlich. (red)





Versionscheck

Leitlinie	Evidenz	AWMF-Nr.	Gültig bis	Link AWMF	
Analer Pruritus	S1	013-063	31.03.2025	https://t1p.de/LL-AnalerPruritus	
Psoriasis, Kinder/Jugendliche	S2k	013-094	31.12.2026	https://t1p.de/LL-Psoriasis-Kind	
Teledermatologie	S2k	013-097	31.12.2024	https://t1p.de/LL-Telederma	
Angemeldete Leitlinienvorhaben und Updates					
Chronischer Pruritus	S2k	013-048	05.07.2026	https://t1p.de/LL-ChronischerPruritus	Update / geplante Fertigstellung: 30.06.2024
Generalisierte pustulöse Psoriasis (GPP)	S1	013-107		https://t1p.de/LL-GPP	Neu / geplante Fertigstellung: 30.06.2024
Long/Post-COVID	S1	020-027	04.03.2024	https://t1p.de/LL-Long-Post-Covid	Update / geplante Fertigstellung: 05.03.2024
Psoriasis	S3	013-001	30.06.2024	https://t1p.de/LL-Psoriasis	Update / geplante Fertigstellung: 30.06.2024
Psoriasis-Arthritis	S3	060-013		https://t1p.de/LL-PsA	Neu / geplante Fertigstellung: 31.03.2024
Psychodermatologie	S1	013-024	30.03.2023	https://t1p.de/LL-Psychoderma	Update / geplante Fertigstellung: 30.04.2026 / Angemeldete Klasse: S3
UV-Fototherapie	S1	013-029	30.08.2020	https://t1p.de/LL-UV-Photo	Update / geplante Fertigstellung: 30.06.2024

Stand: 22.02.2024

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, deren Empfehlungsgrundlagen immer nur wenig verlässlich sind. Stand 2020 listet die AWMF über 700 Leitlinien, davon in etwa 37 % in die Kategorie S1, weitere 37 % in S2 und lediglich 26 % 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“). Am Ende müssen alle Beteiligten ihre potenziellen Interessenskonflikte offenlegen. Die umfangreiche Entwicklung einer S3-Leitlinie kann mehrere Jahre dauern. Entsprechend schwierig gestaltet sich das Unterfangen, denn die Entwicklungen in der Medizin schreiten rasant voran. Die Versorgungslandschaft der Psoriasis ist dafür mittlerweile ein gutes Beispiel.

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

Schön, dass es euch gibt!

Eine Diagnose ist da, eine Therapie ist angefangen. Aber das ist nicht das Ende der vielen Fragen, die Patienten rund um eine chronisch entzündliche Hauterkrankung haben. Gerade, wenn es sich um schwer therapierbare und sehr belastende Formen wie palmoplantare Psoriasis und palmoplantare Pustulose (PPP) handelt, wird der Alltag häufig sehr herausfordernd und kann sehr quälend sein. Da helfen Tipps und Erfahrungen von anderen Betroffenen.

Wie breit gefächert die Themen sein können, zeigte sich einmal mehr beim ersten Treffen der neu gegründeten Hand-und-Fuß-Gruppe des Deutschen Psoriasis Bundes e.V. (DPB). Die Teilnehmenden können sich nur Online austauschen. Denn die Anzahl der Erkrankten hält sich doch in Grenzen, so dass nicht genügend Personen aus einer Region in Präsenz zusammenkommen würden.

Für alle Teilnehmenden der Online-Runde war es denn auch das erste Mal, dass sie überhaupt andere Betroffene mit palmoplantarer Psoriasis und palmoplantarer Pustulose kennengelernt haben.

Die Betroffenen teilen gemeinsam ähnliche Erfahrungen: „Den ganzen Sommer hatte ich die Füße und Hände in Verbänden.“ · „Das kenne ich. Das ist schlimm.“ · „Bei euch fühle ich mich das erste Mal in meinem Leben so richtig verstanden.“

Sie kennen die unterschiedlichsten Gefühle, die so eine Erkrankung mit sich bringen kann: „Ich habe so ein schlechtes Gewissen, immer krank zu sein.“ · „Du kannst nichts dafür. Wir können alle nichts dafür.“

Sie haben viel Erfahrung mit allen Therapien, die bei palmoplantarer Psoriasis und palmoplantarer Pustulose infrage kommen: „Hat einer von euch schon mal das Medikament XY bekommen? Ich soll es jetzt nehmen und habe ein bisschen Angst davor.“ · „Mir helfen die Spritzen mega!“ · „Mein Dermatologe rät mir, jetzt mit innerlichen Medikamenten zu beginnen. Ich finde die Entscheidung sehr schwierig. Was meint ihr?“

Und sie kennen jede Menge frei verkäufliche Pflegeprodukte, naturheilkundliche Verfahren und vermeintliche Wundermittel, die sie im Laufe ihrer Krankheitsgeschichte ausprobiert haben. Sie können sehr gut einschätzen, welche Artikel bloße Geldscheiderei waren und welche wirklich helfen konnten. Die geschulte ehrenamtliche Gruppenleitung kann ebenfalls ihre Einschätzung geben: „Was nehmt ihr gegen das Jucken?“ · „Habt ihr einen Tipp für die Pflege von Rissen?“ · „Bei mir verschlimmert Stress die Haut. Was tut ihr dagegen?“ · „Lohnt es sich, die Ernährung umzustellen?“



© BRO.vector/shutterstock.com

Auch in gesundheitsrechtlichen Fragen gibt es viel Wissen: „Ich kenne mich aus mit der Einstufung beim Grad der Behinderung. Wenn ihr Interesse habt, kann ich beim nächsten Treffen davon berichten.“ · „Weiß jemand, ob ein Podologe im Fall von Psoriasis an den Füßen automatisch von der Krankenkasse bezahlt wird?“

Und dann ist da natürlich auch noch der Austausch über „gute“ Dermatologen: „Ich habe einen superguten Dermatologen in Essen. Den kann ich echt weiterempfehlen.“ · „Meine Reha war ein Sonnenaufgang!“

Die Menschen in der PPP-Online-Gruppe haben zusammen viele hundert Jahre Erfahrung im Umgang mit ihrer Erkrankung und mit den unterschiedlichsten Therapien. Ihr Wissen ist ein Schatz, den sie gerne weitergeben. Und ihre unterschiedlichen Persönlichkeiten sind eine Bereicherung der Gemeinschaft, in der der Austausch stattfindet.

Am Ende des ersten Treffens fasst es eine Teilnehmerin folgendermaßen zusammen: „Schön, dass es euch gibt!“

Online-Gruppen gibt es im Deutschen Psoriasis Bund e.V. zurzeit zu den Themen Hände und Füße, generalisierte pustulöse Psoriasis (GPP) und Eltern von Kindern mit Psoriasis. Es werden in diesem Jahr noch weitere Gruppen gegründet. Die nächsten Online-Schulungen haben die Themen:

- **Psoriasis und Komorbidität – Begleiterkrankungen erkennen und behandeln**, Prof. Ulrich Mrowietz, Kiel, 11.03.2024, 18:00 – 19:30 Uhr
- **Rehabilitation bei Psoriasis – vom Antrag bis zum Aufenthalt**, PD Dr. Athanasios Tsianakas, Bad Bentheim, 15.04.2024, 18:00 – 19:30 Uhr
- **Alleine geht es nicht – Patienten-Arzt-Kommunikation auf Augenhöhe**, PD Dr. Thomas Rosenbach, Osnabrück + Patient, 14.05.2024, 18:00 – 19:30 Uhr
- **Essen mit Köpfchen | Ernährung bei Psoriasis – Aufbau-Seminar**, Marcus Weeber, Westerland/Sylt, 18.06.2024, 18:30 – 20:00 Uhr
- **Leitliniengerechte Therapie der Psoriasis | Individuelle Therapieentscheidung**, Prof. Matthias Augustin, Hamburg, 12.09.2024, 18:00 – 19:30 Uhr
- **Alle an einem Strang – interdisziplinäre Versorgung bei Psoriasis**, Prof. Michael Sticherling & PD Dr. Jürgen Rech, beide Erlangen, 29.10.2024, 18:00 – 20:00 Uhr

Bitte weisen Sie Ihre Psoriasis-Patienten gern auf den Deutschen Psoriasis Bund e.V. hin.

Deutscher Psoriasis Bund e.V. · Seewartenstraße 10 · 20459 Hamburg

info@psoriasis-bund.de · www.psoriasis-bund.de ·

www.facebook.com/PsoBund · www.instagram.com/Pso_Bund ·

www.youtube.com/@Pso_Bund

ANETTE MEYER, DEUTSCHER PSORIASIS BUND E.V.

FOBI

29. Fortbildungswoche für
praktische Dermatologie und Venerologie

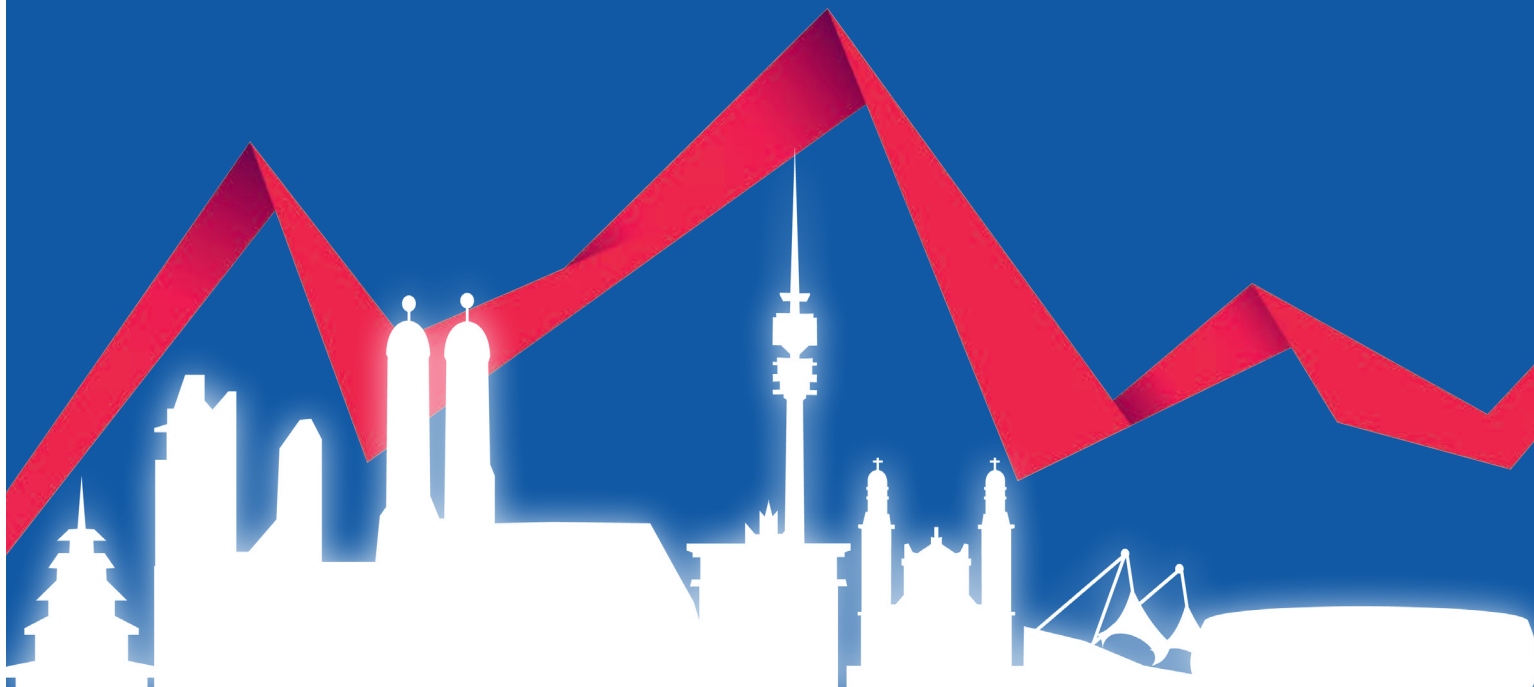
 **8. Juli – 09. Juli 2024**

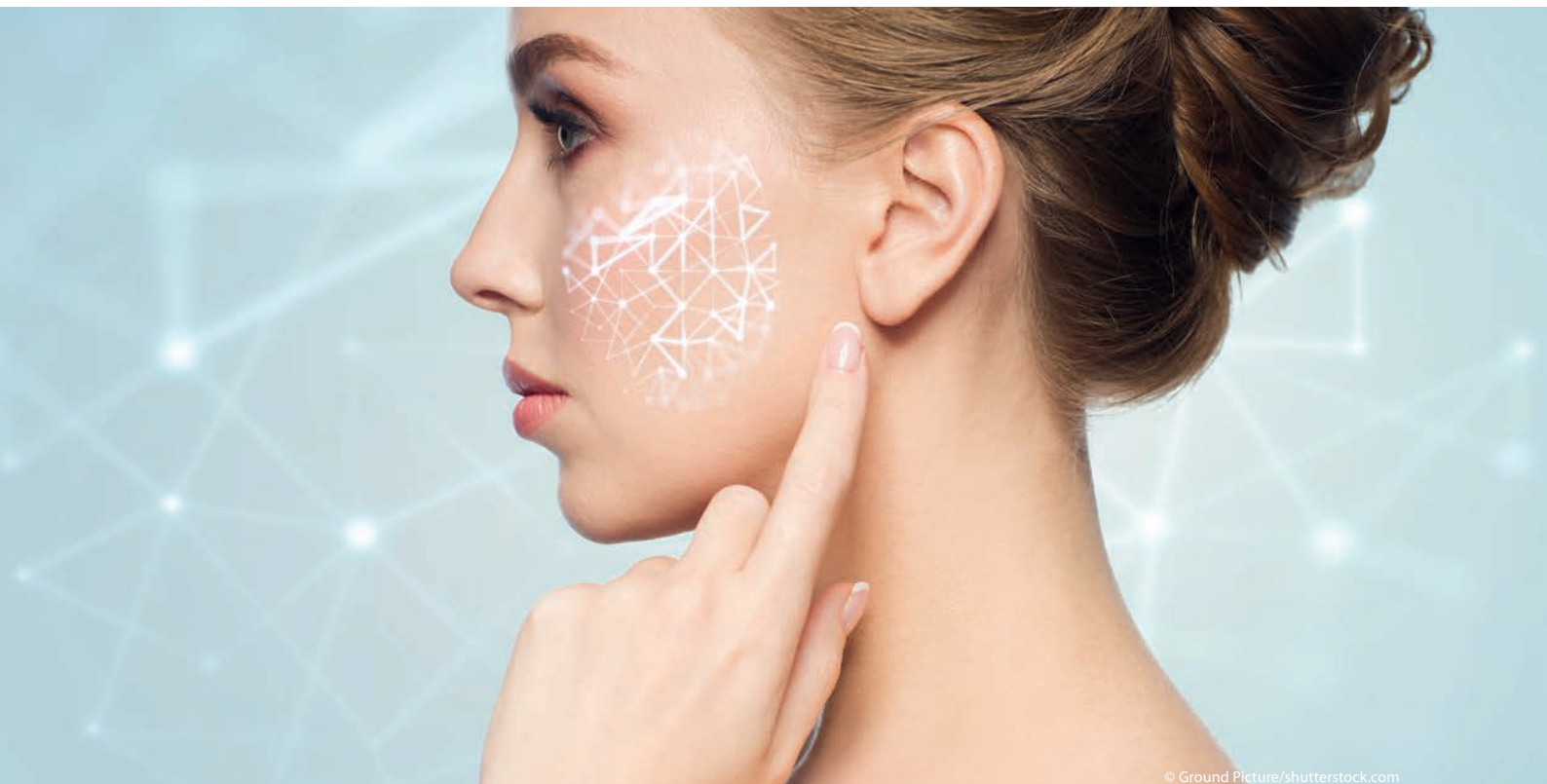
 Klinik für Dermatologie und Allergologie – LMU München
Dermatologische Klinik I – München Klinik

 **10. Juli – 12. Juli 2024**

 ICM Internationales Congress Center München

Fortbildung neu gedacht!
www.fortbildungswoche.de





© Ground Picture/shutterstock.com

Wie künstliche Intelligenz die Behandlung von Patienten mit Psoriasis verbessern kann

Hautkrankheiten wie Psoriasis betreffen einen beträchtlichen Teil der Weltbevölkerung. Allein in Deutschland sind knapp zwei Millionen Menschen von Psoriasis betroffen und dadurch in ihrer Lebensqualität teils stark eingeschränkt. Um die Beschwerden der Patienten lindern und die Lebensqualität verbessern zu können, ist eine präzise Diagnose und Behandlung unerlässlich. Dr. Sitaru und Kollegen von der Technischen Universität München (TUM) haben mithilfe von klinischen Fotografien einen Algorithmus darauf trainiert, Körperteile automatisch zu erkennen und zeigen damit, welche Chancen das maschinelle Lernen, eine Form der künstlichen Intelligenz (KI), für eine verbesserte Diagnose, Forschung und Behandlung von Hautkrankheiten bietet.

Die Identifikation von Prädilektionsstellen, also besonders häufig betroffenen Hautstellen, ist von großer Bedeutung für die Diagnose und Therapie von Hautkrankheiten. So betrifft Psoriasis vor allem die Streckseiten der Arme und Beine, die Kopfhaut, den Anogenitalbereich und den Nabel. In leichten Fällen werden diese Stellen topisch, also örtlich und äußerlich behandelt. Unterschenkel und Ellenbogen gelten wiederum als schwer behandelbare Bereiche und werden je nach Schweregrad mit Biologika behandelt. Bisher geschieht dies auf Basis individueller, menschlicher Diagnostik. Datenquellen, die bisher in der maschinellen Erkennung genutzt werden, wie etwa Röntgenbilder, Standbilder oder Videos, die ganze Körper abbilden, sind für die dermatologische Forschung und Diagnostik bei entzündlichen Hauterkrankungen nicht immer geeignet, weil sie nicht die notwendigen starken Vergrößerungen und Hautpathologien zeigen. Dabei bringt eine automatische Körperteilidentifizierung beachtliche Vorteile mit sich. So ist bei vielen Hautkrankheiten noch unklar, warum bestimmte Körperteile häufiger betroffen sind als andere. Die automatische Erkennung und Zuordnung dieser Körperteile mithilfe von großen Datenmengen kann dazu beitragen, Gemeinsamkeiten von Betroffe-

nen schneller zu identifizieren, etwa das Alter oder den Hauttyp. Über diesen Weg könnte die Forschung beschleunigt und die Behandlung verbessert werden, beispielsweise an schwer behandelbaren Stellen wie Unterschenkel und Ellenbogen bei Patienten mit Psoriasis.

Körperteilerkennung mittels KI

Die Forscher an der TUM haben nun einen Algorithmus entwickelt, der Körperteile auf Fotografien automatisch erkennen und benennen kann. Im Gegensatz zu den bisher genutzten Algorithmen arbeitet dieser Deep-Learning-Algorithmus nicht mit Ganzkörperbildern oder Röntgenaufnahmen, sondern nutzt klinische Fotografien von Patienten aus der Datenbank der Klinik für Dermatologie und Allergologie der TUM, die routinemäßig aufgenommen werden und den Anforderungen dermatologischer Diagnosen entsprechen. Zunächst wurde der Algorithmus mit insgesamt 6.219 Bildern trainiert, zu denen Informationen über das fotografierte Körperteil und die Diagnose vorlagen: Die Forschenden ordneten die Fotos jeweils einer von zwölf Klassen zu, die sie zuvor selbst definiert hatten und die genau einem Körperteil entsprechen, wie zum Beispiel

Chancen und Herausforderungen von KI

- Präzisierung der Diagnosen und Behandlungsplanung
- Schnellere Identifikation von weniger bekannten Prädilektionsstellen und ungedeckten Behandlungsbedürfnissen
- Lieferung zusätzlicher Erkenntnisse über die Pathophysiologie
- Unterstützung bei der Entwicklung neuer Therapieformen mithilfe von Prognosen und Simulationen
- Falsche Diagnosen verursacht durch zu kleine und/oder nicht repräsentative Datensätze
- Ungenaue Ergebnisse der KI durch unzureichende Qualität von Bildern und fehlende Aufnahme-standards

„anale/gluteale Region“ oder „Kopf“. Nach der Zuordnung machte der Torso – ohne anale und genitale Region – mit 1.154 Bildern die größte Klasse aus, die kleinste Klasse war die weibliche Genitalregion mit 118 Bildern. Auch die dazu in der Datenbank vermerkten Diagnosen wurden gruppiert. Gut 57% der Bilder fielen aufgrund von seltenen Erkrankungen unter die Kategorie „Sonstige“, bei 8,9% der Bilder wurde (noch) keine Diagnose vermerkt. Daneben waren die häufigsten Diagnosen Ekzem (11,1%) und Psoriasis (6,6%). Nachdem der Algorithmus mit den Bildern trainiert wurde, wurde dieser für die drei Diagnosegruppen Ekzem, nichtmelanozytärer Hautkrebs und Psoriasis auf der klinischen Datenbank ausgeführt, um die praktische Anwendbarkeit zu testen. In diesem Zuge wurde anhand von rund 200.000 Bildern für jede der drei Diagnosegruppen festgestellt, wie häufig die zwölf definierten Körperteile jeweils fotografiert wurden.

Erkennen von ungedeckten Behandlungsbedürfnissen

Dabei zeigte sich, dass bei Psoriasis insbesondere die Arme und Beine sowie der Rumpf (ohne anale und genitale Region) fotografiert wurden. Und hier wird es interessant: Denn somit wurden offenbar nicht diejenigen Körperstellen am häufigsten fotografiert, die laut Literatur eigentlich am häufigsten von Psoriasis betroffen sind. So wurden im analysierten Datensatz bei Psoriasis fast nie Kopf und Gesicht fotografiert, der Rumpf wiederum häufig. Dies könnte darauf hinweisen, dass der Rumpf eine zusätzliche, bisher weniger sichtbare Prädilektionsstelle für Psoriasis ist. Dafür spricht auch, dass der Algorithmus über alle Diagnosen hinweg eine hohe Genauigkeit aufweist und in rund 89% der Fälle den korrekten Körperteil benennt. Legt man diesen Befund neben die Ergebnisse einer jüngeren Studie aus den USA, wird das Potenzial der automatisierten Körperteilerkennung deutlich: Knapp die Hälfte der dort befragten Patienten mit Psoriasis, die in dermatologischer oder rheumatologischer Behandlung sind, wünscht sich eine patientenorientierte Behandlung – die (automatisierte) Identifikation von Körperteilen, die bisher unter dem Radar geblieben sind, wäre ein wichtiger Schritt hin zu einer verbesserten Behandlung.

KI ist nur so gut wie ihre Daten

Trotz der hohen Genauigkeit des Algorithmus wird die Qualität der Ergebnisse noch durch verschiedene Faktoren eingeschränkt. Beispielsweise variiert die Anzahl der Fotos in den einzelnen Körperteilklassen deutlich, wodurch ein Ungleichgewicht bei der Datenbasis besteht. Einen Grund dafür sehen die Autoren darin, dass Patienten möglicherweise weniger bereit sind, Fotos vom Anogenitalbereich aufnehmen zu lassen als von anderen Körperteilen. Wer lässt schon gerne die Hosen runter? Dies kann sich negativ auf die Leistung des Algorithmus auswirken, wurde jedoch von den Autoren der Studie durch Datenerweiterung korrigiert. Ähnlich verhält es sich mit den Diagnosen: Auch einige Erkrankungen werden nicht so standardmäßig

fotografiert wie andere. Eine weitere Limitation ergibt sich aus der recht groben Klassifizierung der Körperteile. Dadurch ist es beispielsweise nicht möglich, Bilder mit mehreren Körperteilen zuzuordnen, die Körperregion nach Vorder- oder Rückseite zu differenzieren oder undeutliche Bilder als „nicht klassifizierbar“ einzustufen. Undeutliche Bilder weisen darüber hinaus auf ein grundsätzliches Problem bei der Anwendung von KI hin: Eine unzureichende oder unterschiedliche Qualität der verwendeten Daten führt zu ungenaueren Ergebnissen. Bei dermatologischen Fotos könnten zum Beispiel einheitliche Aufnahme-standards zu einer höheren Qualität der Ergebnisse führen. Es liegt jedoch in der Natur der Sache, dass ein zweidimensionales Bild nicht alle Informationen aus einem dreidimensionalen Raum perfekt abbilden kann.

Zahlreiche Chancen durch KI

Dennoch wird an diesem Beispiel deutlich, welche Chancen der Einsatz von KI bei der Behandlung von Psoriasis und anderen Hautkrankheiten bietet. So kann KI die Identifizierung von bisher weniger bekannten Prädilektionsstellen – wie der Rumpf bei Psoriasis – ermöglichen und beschleunigen. In diesem Zuge könnte die automatisierte Zuordnung von Körperteilen dazu beitragen, unbekannte Behandlungsbedürfnisse zu erkennen, was etwa für die genitale Beteiligung der Psoriasis gezeigt werden konnte. Bei weniger gut erforschten Erkrankungen kann KI weitere Erkenntnisse über die Pathophysiologie und die anschließende Behandlung liefern, indem betroffene Körperteile klassifiziert werden. Und auch in der Entwicklung neuer Therapieformen und Medikamente kann der Einsatz von KI Zeit und Kosten einsparen. Der hier vorgestellte Algorithmus kann außerdem als Grundlage für künftige, anspruchsvollere Algorithmen dienen. Zusammenfassend kann KI somit die klinische Praxis unterstützen, indem Diagnose und Behandlung optimiert werden. Patienten dürfen hoffen, dass die zielgerichtete und zugleich schonende Behandlung von Psoriasis durch den Einsatz von KI in nicht allzu langer Zeit weiter verbessert werden kann.

DOROTHEE HINTZ



sGKS bei Psoriasis – Friede, Freude, Eierkuchen

Systemische Glukokortikosteroide (sGKS) sind eine wirksame und kostengünstige Therapieoption für viele entzündliche Erkrankungen. Doch wie sieht es bei Psoriasis aus? Sind sGKS eine sinnvolle Wahl für Patienten mit schwerer oder refraktärer Psoriasis? Oder bergen sie mehr Risiken als Nutzen?

Was sagt die S3-Leitlinie?

Die aktuelle Deutsche S3-Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris, die 2021 von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) veröffentlicht wurde, gibt klare Empfehlungen für die Behandlung von Psoriasis mit systemischen Glukokortikosteroiden: sGKS sollten nicht als Monotherapie bei Psoriasis eingesetzt werden, da sie nach dem Absetzen zu einer Verschlechterung der Erkrankung führen können (Rebound-Phänomen). Außerdem kann es bei der Anwendung von sGKS zu schwerwiegenden Nebenwirkungen kommen, wie zum Beispiel Osteoporose, Diabetes, Infektionen, Hautatrophie, Glaukom, Katarakt und Cushing-Syndrom. Die Leitlinie rät daher, sGKS nur in Ausnahmefällen und in Kombination mit anderen Therapien zu verwenden, beispielsweise bei erythrodermischer Psoriasis, pustulöser Psoriasis oder Psoriasis-Arthritis. Bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Psoriasis, die auf topische Therapien nicht ausreichend ansprechen, empfiehlt die Leitlinie außerdem, eine systemische Therapie mit immunmodulativen Wirkstoffen zu erwägen. Dazu gehören unter anderem Acitretin, Ciclosporin, Fumarsäureester, Methotrexat (MTX), Biologika und Small Molecules. Diese Therapien haben sich als effektiv und sicher erwiesen, um die Symptome und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Alles ziemlich eindeutig und schlüssig, oder? Und doch spiegeln die Zahlen der Arzneimittelversorgung in Deutschland ein ganz anderes Bild wider.

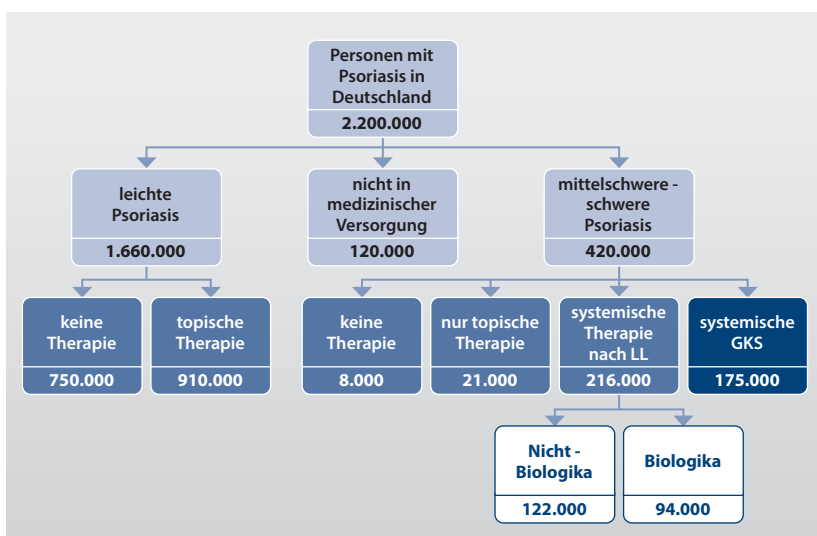
Was zeigt die Praxis?

Trotz der klaren Empfehlungen der S3-Leitlinie zeigte eine Studie von Augustin et al., die 2011 im Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft erschien, dass sGKS sehr häufig bei Psoriasis verschrieben wurden – und immer noch werden. Die Studie analysierte die Daten von 3.724 Patienten mit Psoriasis, die 2007 bei der Gmünder Ersatzkasse versichert waren. Die erschreckende Erkenntnis: Die mit Abstand am häufigsten verordneten Systemtherapeutika waren sGKS. Sie wurden 2.774 Versicherten verschrieben. Es folgten Verordnungen von MTX bei 853, Fumarsäureester bei 342, Retinoide bei 110 und Ciclosporin A bei 105 Versicherten. Die Studie zeigte auch, dass die Verschreibung von sGKS mit einem höheren Schweregrad der Psoriasis, einem höheren Alter und einem höheren Body-Mass-Index der Patienten assoziiert war.

Noch beunruhigender ist allerdings, dass sich seit der damaligen Studie – wohlgermerkt 13 Jahre zurückliegend – nicht genug getan hat. Auch jüngste Daten einer Multisource-Analyse des IVDP (Daten der TK und DAK) aus dem Jahr 2023 zeigen die Diskrepanz zwischen den Empfehlungen der Leitlinie und der Praxis, wenn es um die Verschreibung von sGKS bei Psoriasis geht: Von ca. 420.000 Menschen mit mittelschwerer Psoriasis in Deutschland erhalten immer noch 175.000 eine Therapie mit sGKS: über 40%. Leitlinienkonforme systemische Therapien werden mittlerweile zwar häufiger verschrieben, doch ist dieser Anteil weit unter dem einer ausreichenden, angemessenen oder gar guten Versorgung. Es besteht weiterhin eine Fehlversorgung mit sGKS. Die Autoren der Studie fordern daher im Einklang mit der NVKP, mehr Anstrengungen zu unternehmen, um die Umsetzung der Leitlinie zu fördern und die Verschreibung von sGKS bei Psoriasis zu reduzieren. Sie weisen zudem darauf hin, dass die Verschreibung von sGKS bei Psoriasis nicht nur medizinisch problematisch, sondern auch ökonomisch ineffizient ist, da sGKS zu höheren Folgekosten durch Komplikationen und Rezidive führen können.

Systemische Glukokortikosteroide mögen eine wirksame und kostengünstige Therapieoption für viele entzündliche Erkrankungen sein, aber Psoriasis gehört nicht dazu.

Systemische Glukokortikosteroide mögen eine wirksame und kostengünstige Therapieoption für viele entzündliche Erkrankungen sein, aber Psoriasis gehört nicht dazu.



Verteilung der Therapiegruppen bei Psoriasis inkl. Psoriasis-Arthritis (Stand: 12/2023) mod. nach Augustin et al. IVDP 2023



Nast A et al.
J Dtsch Dermatol Ges 2021
Das PsoNet Magazin informiert



Augustin M et al.
J Dtsch Dermatol Ges 2011
Das PsoNet Magazin informiert

MERLE TWESTEN



The Key to Success: Dermregister als Schlüssel zur praxisnahen Versorgungsforschung

Die medizinische Forschung und Versorgung befindet sich in stetiger Weiterentwicklung – und das ist gut so. Denn nur so können neue Herausforderungen angegangen und gemeistert werden, die letztendlich einem Ziel dienen: der optimalen Versorgung eines jeden Einzelnen. Neben der erfolgreichen Netzwerkarbeit der PsoNetze und Hautnetze bieten auch Dermregister großes Potenzial, diese neuen Herausforderungen anzugehen.

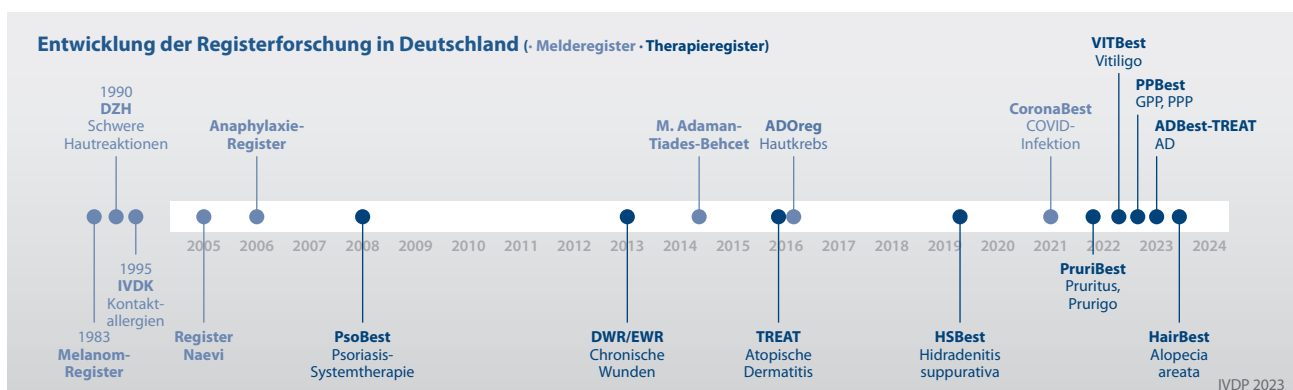
In den letzten Jahren konnte sich die Dermatologie über einen sprunghaften Zuwachs von Erkrankungs- und Therapieregistern freuen. Dazu hat die webbasierte Plattform „Dermregister“, die vom IVDP und den Hautnetzen vernetzt wird, einen großen Teil beigetragen. Dahinter verbirgt sich ein wachsender Verbund aus dermatologischen Registern zu überwiegend chronisch entzündlichen Hauterkrankungen. Acht davon sind bereits aktiv, in Kürze sind weitere fünf Register zu erwarten, die sich in Vorbereitung befinden (vgl. Tabelle). Mit einer großen Indikationsbandbreite von atopischer Dermatitis über Prurigo nodularis/Pruritus, Urtikaria, Handekzem bis hin zu Vitiligo und Alopecia areata werden weit verbreitete, chronisch entzündliche Hauterkrankungen erfasst. Die Therapieregister sammeln Daten zum klinischen Verlauf, zu patientenorientierten Outcomes sowie den Wirksamkeits- bzw. Sicherheitsprofilen verfügbarer Therapeutika.

Im Vergleich zu konventionellen Registern hebt sich die Registerplattform durch vollständige Digitalisierung hervor und leistet damit einen wertvollen Beitrag zur digitalen Transformation der Dermatologie und der Medizin im Allgemeinen. Möglich macht dies die Schweizer IT-Firma swiss4ward, die das Projekt von Beginn an auf technischer Seite begleitet hat und sicherstellt, dass Dermregister den höchsten Standards in Bezug auf Datenschutz und Datensicherheit entspricht. Die Register bieten Zentren nicht nur zeitsparenden Zugriff auf vorhandene Daten, sondern fördern zugleich die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen teilnehmenden Kliniken und niedergelassenen Dermatologen. Die Teilnahme einer heterogenen Mischung aus Praxen, Kliniken und Exzellenzzentren ist von entscheidender Bedeutung, um eine repräsentative Datengrundlage zu schaffen

Registername	Indikationsgebiet	Status
ADBest-TREAT	Atopische Dermatitis	Aktiv
AKBest	Aktinische Keratosen	Geplant
CoronaBest	SARS-Cov-2 bei Systemtherapie	Abgeschlossen
DermBest	Biologika in der Dermatologie	Aktiv
HairBest	Alopecia areata	in Vorbereitung
HEBest	Handekzem	in Vorbereitung
HSBest	Acne inversa	Aktiv
MABBest	M. Adamantiades-Behcet	Aktiv
OSC Register	Berufsbedingter Hautkrebs	Geplant
PGBest	Pyoderma gangraenosum	in Vorbereitung
PruriBest	Pruritus und Prurigo	Aktiv
PsoBest	Psoriasis	Aktiv
PsoBest Kids	Juvenile Psoriasis	in Vorbereitung
TREAT	Mittelschwere bis schwere atopische Dermatitis	Aktiv
UrtiBest	Urtikaria	in Vorbereitung
VitiBest	Vitiligo	Aktiv
WoundBest	Chronische Wunden	Geplant

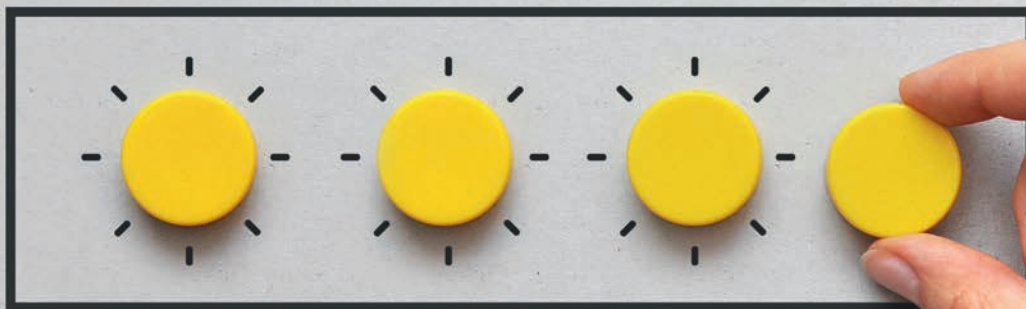
Übersicht der Dermregister, IVDP 2024

und fundierte Schlüsse in Bezug auf die aktuelle Versorgungssituation ziehen zu können. Die Fachwelt und das Patientenkollektiv profitieren von regelmäßigen Konsensberichten und jährlichen Kongressbeiträgen und Publikationen. Neben dem wissenschaftlichen Interesse schafft eine attraktive Vergütung von Visitedokumentationen einen Anreiz zur Teilnahme. Dermatologische Einrichtungen, sowohl Kliniken als auch Praxen, sind herzlich dazu eingeladen, sich auf der Portalwebsite über die einzelnen Register zu informieren. Die Anmeldung für die Teilnahme an allen oder ausgewählten Registern erfolgt direkt über die Plattform. Durch das Ausfüllen der Anmelde- maske erhalten Registrierte automatisch alle relevanten Dokumente für einen erfolgreichen Start als teilnehmendes Zentrum. FRENZ OHM



Summer loading ...

Mit Psoriasis die heißen Tage genießen



Der Sommer kommt, und mit ihm steigt nicht nur die Stimmung, sondern auch die Sonneneinstrahlung. Für Menschen mit Psoriasis bedeutet das nicht nur mehr Licht und längere Tage, sondern auch spezielle Hautpflege. Wir haben die wichtigsten Tipps für Ihre Patienten zusammengestellt, damit diese auch mit Psoriasis gut durch den Sommer kommen und die warmen Monate sorgenfrei genießen können.

© FidaOlga/shutterstock.com

Skin Care Tips

Tipp 1: Sonnenschutz ist Pflicht

Besonders für Menschen mit Psoriasis ist der richtige Sonnenschutz essenziell. Sprechen Sie Ihre Patienten darauf an, dass sie zum Schutz der häufig empfindlichen Haut spezielle Produkte benötigen. Dabei sollte ein Lichtschutzfaktor (LSF) von mindestens 30 gewählt werden – je höher, desto besser. Oft ist auch ein Tipp zum Auftragen des Sonnenschutzes wertvoll: Empfehlenswert ist es, zwischen Sonnenschutz und Sonnenbad mindestens 30 Minuten einzuplanen und regelmäßig nachzucremen.

Tipp 2: Ab ins (Meer-)Wasser

Meerwasser, reich an Salz und Mineralien, tut der gestressten Haut gut. Es unterstützt nicht nur das Ablösen von Hautschuppen, sondern beruhigt auch die gereizte Haut. Das Eintauchen in Badeseen und Freibädern sorgt ebenfalls für Abkühlung, wobei bei Chlorwasser auf mögliche Hautreizungen geachtet werden sollte. Nach dem erfrischenden Bad empfiehlt sich eine feuchtigkeitsspendende Lotion.

Tipp 3: Sanft Trocknen

Vor dem Baden reicht eine gründliche Dusche als Hygienemaßnahme aus. Nach dem Schwimmen sollte jedoch zu starkes Trockenreiben vermieden werden, da dies neue Psoriasis herbeiführen kann. Die Haut stattdessen vorsichtig mit einem Handtuch abtupfen, um Irritationen zu verhindern.

Tipp 4: Pflege an die Hitze anpassen

Mit Psoriasis neigt die Haut oft zu Trockenheit. An heißen Tagen sind weniger fettige Pflegeprodukte ratsam, um Hitzestau und Entzündungen zu vermeiden. Ideal sind Produkte mit Urea, Hyaluron oder Milchsäure, die Feuchtigkeit binden und der Haut die nötige Pflege geben.

Tipp 5: Vorsicht bei Kunstfasern

Kunstfasern können bei Hitze und Schweiß Juckreiz und Irritationen verstärken. Luftige Kleidung aus natürlichen Stoffen hingegen ist atmungsaktiv und reguliert die Feuchtigkeit. Am besten geeignet sind leichte Baumwolle, Leinen, Seide und Bambus.

Tipp 6: Reisevorbereitung für die Haut

Auch oder gerade im Urlaub braucht die Haut Pflege. Dabei gehören die gewohnten Pflegeprodukte und Medikamente mit ins Reisegepäck, denn empfindliche Haut kann auf neue Produkte sensibel reagieren. Erinnern Sie Ihre Patienten daran, dass eine kontinuierliche medikamentöse Behandlung nicht unterbrochen werden sollte. Weisen Sie darauf hin, wenn die benötigten Arzneimittel gekühlt werden müssen oder besprechen Sie mögliche Alternativen. Zusätzlich sollte auf die nötigen Zollerklärungen und eine Beratung zu Reiseimpfungen durch spezialisierte Zentren (Tropeninstitute) hingewiesen werden. So steht einem sorgenfreien Urlaub nichts mehr im Weg.

*Travel
Tips*

*Das PsoNet Magazin
wünscht Ihnen und Ihren Patienten
einen schönen Sommer!*





© PopTika/shutterstock.com

Digitale Gesundheitsanwendungen – was gibt's, wie geht's, wer bekommt's?

Digitale Therapeutika und digitale Gesundheitsanwendungen sind in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus gerückt. Sie versprechen, die Gesundheitsversorgung zu revolutionieren, indem sie Patienten und Ärzten neue Möglichkeiten zur Diagnose, Behandlung und Überwachung von Krankheiten bieten. Aber was genau bieten DiGAs und DTx? Und welche Vor- und Nachteile bringen sie mit sich?

Digitale Therapeutika (DTx) sind Medizinprodukte, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren und dazu dienen, Krankheiten zu erkennen, zu behandeln oder zu lindern. Sie können auf verschiedenen Geräten wie Smartphones, Tablets oder Wearables genutzt werden und bieten eine Vielzahl von Funktionen, von der Überwachung von Vitalparametern bis hin zur Bereitstellung von Therapieprogrammen.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) hingegen sind eine spezielle Untergruppe von DTx, die darauf abzielen, medizinische Behandlungen zu ergänzen oder sogar zu ersetzen. Sie basieren auf klinischen Studien und müssen strenge regulatorische Anforderungen erfüllen, um als medizinisches Produkt zugelassen zu werden. Diese Anforderungen haben wir hier zusammengefasst.

DiGAs müssen:

- die Ergebnisse klinischer Studien in Fachzeitschriften veröffentlichen
- Datenschutz und Datensicherheit für Patienten gewährleisten
- von den Regulierungsbehörden überprüft werden
- Real-World-Evidence und/oder Produkt-Performance-Daten sammeln, analysieren und anwenden
- nach den Richtlinien für Medizinprodukte entwickelt werden
- nach der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) zertifiziert werden
- zusätzlich zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)-Konformität eine CE-Kennzeichnung und eine Prüfung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) auf klinische Nachweise und Effizienz aufweisen

Listung im BfArM-Verzeichnis

Eine dauerhafte Listung im BfArM-Verzeichnis ist Voraussetzung, um sich DiGA nennen zu dürfen. Wie lange es dauert, bis eine DiGA im Verzeichnis gelistet ist, hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie zum Beispiel der Vollständigkeit und Qualität des Antrags, der Art und dem Umfang der zu prüfenden Unterlagen, dem Ergebnis der Bewertung und der Einhaltung der Fristen. Das BfArM hat sich zum Ziel gesetzt, die Anträge innerhalb von drei Monaten zu bearbeiten, sofern keine Rückfragen oder Nachforderungen erforderlich sind. Für DiGAs, die einen positiven Versorgungseffekt nachweisen müssen, gilt eine vorläufige Listung von zwölf Monaten, die um weitere zwölf Monate verlängert werden kann, wenn der Hersteller einen entsprechenden Antrag stellt. Innerhalb dieser Frist muss der Hersteller den positiven Versorgungseffekt seiner DiGA belegen, um eine dauerhafte Listung zu erhalten. Eine DiGA ist – unabhängig von der angewandten Regulatorik – ein Medizinprodukt der Klasse I oder IIa. Erfolgt eine Höherstufung von Klasse I auf Klasse IIa, ist die Anwendung weiter als DiGA zulässig, sofern eine gültige CE-Zertifizierung vorliegt. Erfolgt jedoch eine Höherstufung in Klasse IIb oder höher, würde die Anwendung nicht mehr die Grundanforderungen erfüllen, wäre damit keine DiGA mehr und würde aus dem Verzeichnis gestrichen werden.

Arten und Beispiele

Es gibt verschiedene Arten von DiGAs, die sich nach ihrer Funktion, ihrem Anwendungsbereich, ihrer Risikoklasse und ihrem Nachweis des positiven Versorgungseffekts unterscheiden. Zu den Funktionen gehören zum Beispiel Diagnose, Therapie, Prävention und Unterstützung. Sie können Krankheiten erkennen oder überwachen, behandeln oder lindern, präventive Maßnahmen ergreifen oder bei der Gesundheitsversorgung und dem Selbstmanagement unterstützen. Die Anwendungsbereiche von DiGAs reichen von psychischen Erkrankungen über Stoffwechsel- und muskuloskeletale Erkrankungen bis hin zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, neurologischen Erkrankungen, Krebserkrankungen, Hörerkrankungen, urogenitalen Erkrankungen und anderen. DiGAs werden in verschiedene Risikoklassen eingeteilt, von Klasse I bis Klasse III, abhängig vom Risiko, das sie für den Patienten oder Anwender darstellen.

Auch in der Dermatologie finden bereits verschiedene Apps Anwendung, die sich mit Hauterkrankungen oder -störungen befassen, darunter:

- **dermanostic, Derma2go, OnlineDoctor:** Diese Apps bieten einen telemedizinischen Service. Nutzer können Fotos ihrer Hautveränderungen hochladen und von einem Dermatologen begutachten lassen.
- **AppDoc:** Über diese App ist eine telemedizinische Beratung bei Hautproblemen möglich. Die Nutzer können über eine Video- oder Textnachricht mit einem Hautarzt in Kontakt treten und eine Diagnose, Therapieempfehlung oder ein Rezept erhalten. Die App unterstützt auch die Dokumentation und Nachverfolgung der Hautveränderungen.
- **Nia:** Patienten mit atopischer Dermatitis erhalten über die App, basierend auf ihren individuellen Gesundheitsdaten, personalisierte und medizinisch validierte Empfehlungen, um ihren Krankheitsverlauf verbessern zu können.

Im BfArM-Verzeichnis ist jedoch noch keine dermatologische Anwendung als DiGA gelistet.

Einsatz in der Praxis

Digitale Gesundheitsanwendungen werden in der medizinischen Praxis auf vielfältige Weise eingesetzt. Sie ermöglichen die Fernüberwachung und -betreuung von Patienten, was die Anzahl persönlicher Arztbesuche reduzieren und somit die Gesamtkosten im Gesundheitswesen senken kann. Darüber hinaus können DiGAs individuell auf die spezifischen Bedürfnisse einzelner Patienten zugeschnitten werden, wobei Faktoren wie Krankheitsgeschichte und Lebensstil berücksichtigt werden. Sie unterstützen Patienten dabei, ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden selbst zu managen, indem sie Tools zur Verfügung stellen, um Symptome zu verfolgen, Medikationen zu verwalten und Fortschritte im Krankheitsverlauf zu überwachen.

Bei den regulatorischen Anforderungen und dem Praxiseinsatz ist aber unbedingt zu beachten: Die zugrundeliegenden Informationen können je nach Land und spezifischer Anwendung variieren. Es ist daher immer ratsam, sich mit den aktuellen Anforderungen des jeweiligen Landes vertraut zu machen, in dem die digitalen Therapeutika eingesetzt werden sollen.

Übrigens: Ist eine DiGA im BfArM-Verzeichnis gelistet, erhalten Ärzte eine zusätzliche Vergütung, falls im Rahmen der Behandlung durch den Einsatz der DiGA zusätzliche Leistungen erforderlich sind.

Vorteile	Nachteile
Zugänglichkeit DiGAs ermöglichen es Patienten, jederzeit und überall auf medizinische Versorgung zuzugreifen. Das kann besonders für Menschen in ländlichen Gebieten oder diejenigen, die aus gesundheitlichen Gründen Schwierigkeiten haben, eine Arztpraxis zu besuchen, von Vorteil sein.	Datenschutz Da diese Anwendungen sensible Gesundheitsdaten sammeln und verarbeiten, besteht auch trotz mehrfacher Prüfung und Sicherung der Anwendungen das Risiko von Datenschutzverletzungen (Stichwort: Hacking).
Personalisierung DiGAs können auf die individuellen Bedürfnisse und Präferenzen des Patienten zugeschnitten werden, was zu einer effektiveren und zufriedenstellenderen Behandlung führen kann.	Digitale Kluft Nicht jeder hat Zugang zu den notwendigen Technologien oder die Fähigkeiten, um DiGAs effektiv zu nutzen. Dies kann zu einer digitalen Kluft führen, bei der einige Menschen von den Vorteilen dieser Anwendungen ausgeschlossen werden. Das betrifft nicht nur die Nutzungsfähigkeiten einzelner Nutzer, sondern auch die Qualität der Datennetze.
Datengetriebene Entscheidungsfindung Durch die Sammlung und Analyse von Gesundheitsdaten können DiGAs Ärzten helfen, fundiertere Entscheidungen zu treffen und die Behandlungsergebnisse zu verbessern.	Qualität und Wirksamkeit Qualität und Wirksamkeit von DiGAs können stark variieren. Es kann schwierig sein, die besten und zuverlässigsten Anwendungen zu identifizieren. Darüber hinaus sind die langfristigen Auswirkungen und die Wirksamkeit vieler dieser Anwendungen noch nicht vollständig erforscht.

Finanzierungsmöglichkeiten durch Krankenkassen

Die Krankenkassen spielen eine wichtige Rolle bei der Finanzierung von DiGAs, denn sie übernehmen die Kosten für die Anwendungen, die im DiGA-Verzeichnis des BfArM gelistet sind. Die Kostenerstattung für die Nutzung oder den Erwerb kann dabei von Qualitäts- und Wirksamkeitskriterien abhängen. In diesem Verzeichnis sind insgesamt 56 DiGAs gelistet, davon 33 dauerhaft und 23 vorläufig (Stand März 2024). Die Patienten können entweder eine DiGA vom Arzt oder Psychotherapeuten verordnet bekommen oder direkt bei ihrer Krankenkasse einen Antrag stellen. Die Krankenkassen müssen die DiGA dann innerhalb von drei Wochen genehmigen oder ablehnen. Die Höhe der Vergütungsbeträge für die DiGA werden zwischen den Herstellern und dem GKV-Spitzenverband verhandelt oder durch eine Schiedsstelle festgelegt.

Krankenkassen können auch aktiv dazu beitragen, die Finanzierung von DiGAs zu unterstützen, indem sie Kooperationen und Partnerschaften mit DiGA-Entwicklern eingehen, um die Entwicklung oder Implementierung der Anwendungen zu fördern. Dabei sind direkte Investitionen, Förderprogramme oder gemeinsame Entwicklungsprojekte möglich. Weiterhin haben einige Krankenkassen spezielle Programme oder Fonds eingerichtet, um innovative Gesundheitstechnologien wie DiGAs zu fördern, zum Beispiel durch die Bereitstellung von Finanzmitteln. Krankenkassen können auch mit den Anbietern von DiGAs Verhandlungen über Preise und Konditionen führen, um sicherzustellen, dass die Kosten angemessen sind und die Versorgung der Versicherten verbessert wird. Zusätzlich finanzieren Krankenkassen oft auch Forschung und Evaluierung von DiGAs, um deren Wirksamkeit, Sicherheit und Kosteneffizienz zu überprüfen. Damit unterstützen sie die Integration der Anwendungen in die Versorgung.

Künstliche Intelligenz bei der Entwicklung von DiGAs

Künstliche Intelligenz (KI) und maschinelles Lernen (ML) sind entscheidend für die Entwicklung von DiGAs. Indem KI in ver-

schiedenen Bereichen wie Datenanalyse und -verarbeitung, Vorhersage und Diagnose, personalisierter Therapie, Echtzeit-Überwachung sowie der Verbesserung der Benutzererfah-

Das Arsenal an Systemtherapeutika			
	Wirkstoff	Wirkungsmechanismus	Originator
	Biologika		
1	Abatacept	CD80/86-Hemmer	Orencia®
2	Adalimumab	TNF-alpha-Hemmer	Humira®
3	Bimekizumab	IL-17A/F-Hemmer	Bimzelx®
4	Brodalumab	IL-17A-Rezeptor-Hemmer	Kyntheum®
5	Certolizumab	TNF-alpha-Hemmer	Cimzia®
6	Etanercept	TNF-alpha-Hemmer	Enbrel®
7	Golimumab	TNF-alpha-Hemmer	Simponi®
8	Guselkumab	IL-23-Hemmer	Tremfya®
9	Infliximab	TNF-alpha-Hemmer	Remicade®
10	Ixekizumab	IL-17A-Hemmer	Taltz®
11	Risankizumab	IL-23-Hemmer	Skyrizi®
12	Secukinumab	IL-17A-Hemmer	Cosentyx®
13	Tildrakizumab	IL-23-Hemmer	Ilumetri®
14	Ustekinumab	IL-12/23-Hemmer	Stelara®
	Nicht-Biologika		
1	Acitretin	Retinoid	Neotigason®
2	Apremilast	Phosphodiesterase-4-Hemmer	Otezla®
3	Ciclosporin	Calcineurin-Hemmer	Sandimmun®
4	Deucravacitinib	Tyrosinkinase-2-Hemmer	Sotyktu®
5	Dimethylfumarat	antiproliferativer Effekt auf T-Lymphozyten	Skilarence®
6	Fumarsäureester	antiproliferativer Effekt auf T-Lymphozyten	Fumaderm®
7	Leflunomid	Dihydroorotat-Dehydrogenase-Hemmer	Arava®
8	Methotrexat	Dihydrofolat-Reduktase-Hemmer	Lantarel®
9	Tofacitinib	Januskinase-1/2/3-Hemmer	Xeljanz®
10	Upadacitinib	Januskinase-1-Hemmer	Rinvoq®

Alle Angaben ohne Gewähr. Stand: 27.02.2024, IVDP

rung einen Beitrag leistet, trägt sie nicht nur zu einer enormen Kosten-, sondern auch Zeitersparnis bei. Beispielsweise können KI-Algorithmen große Mengen von Gesundheitsdaten analysieren und relevante Muster erkennen, um personalisierte Behandlungsansätze zu entwickeln. Darüber hinaus kann KI Krankheiten frühzeitig erkennen oder das Risiko für bestimmte Krankheiten vorhersagen, indem sie verschiedene Datenquellen wie Patientenakten, Labortests und genetische Informationen berücksichtigt. Durch die Integration von KI können DiGAs benutzerfreundlicher gestaltet werden: Mit personalisierten Interaktionen und Anpassungen bieten sie die Möglichkeit, die Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten gezielter zu erfüllen. So können Effizienz, Wirksamkeit und Zugänglichkeit von DiGAs verbessert werden, um datengesteuerte Entscheidungen zu ermöglichen und die personalisierte Medizin voranzutreiben.

Insgesamt zeigen DiGAs ein vielversprechendes Potenzial zur Verbesserung der Versorgung, aber bringen auch Herausforderungen und Risiken mit sich. Die Entwicklung und der Einsatz dieser Technologien sollten kritisch beobachtet und reguliert werden, um einen möglichst sicheren und effektiven Zugang für alle zu gewährleisten. Und dann finden DiGAs hoffentlich auch bald in der Dermatologie breitere Anwendung.

MERLE TWESTEN

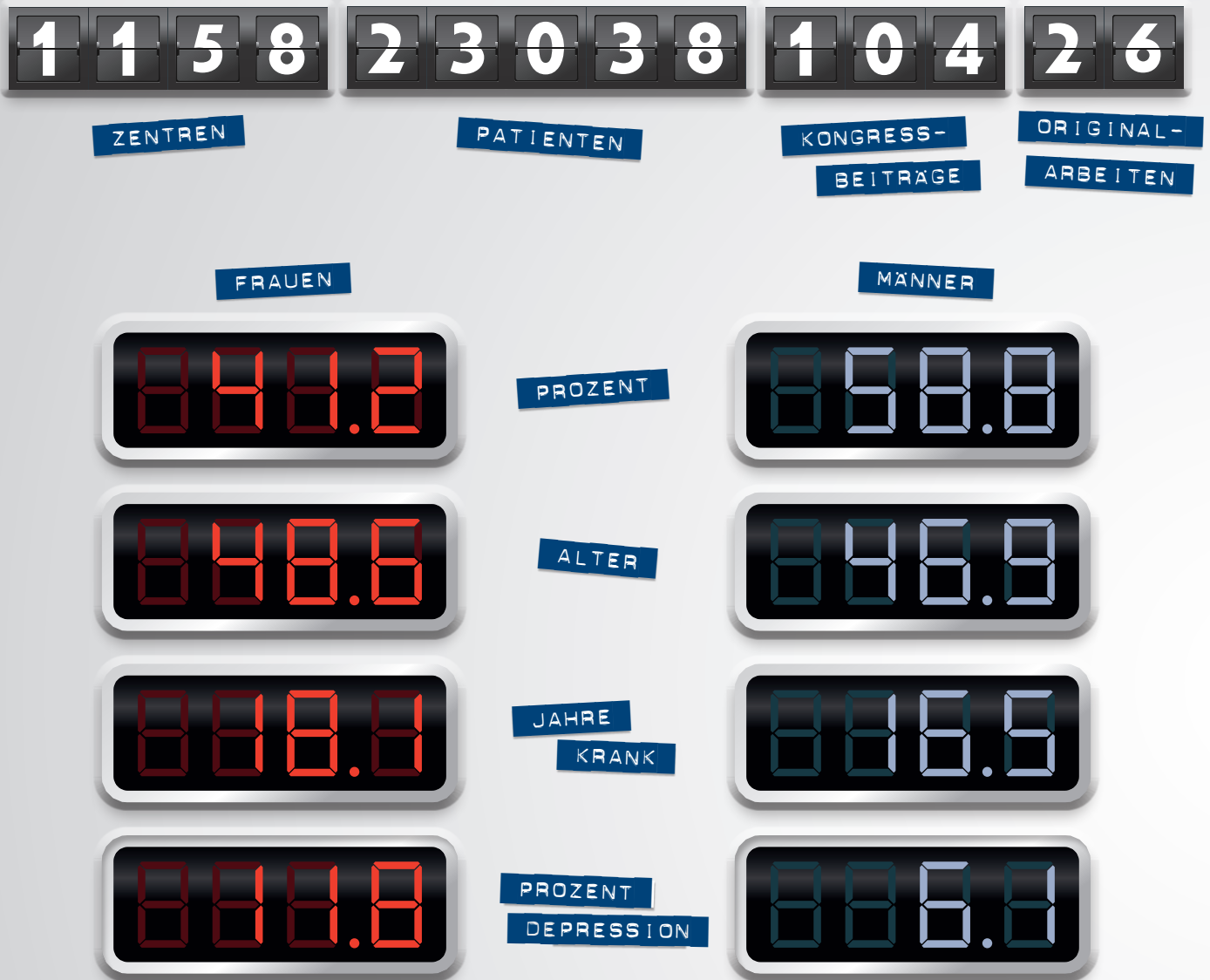


Biosimilars / Generika	Darreichungsform	PSORIASIS VULGARIS			PSORIASIS-ARTHRITIS	
		First Line	Second Line	Zugelassen für Kinder/Jugendliche ab Jahre	First Line	Second Line
viele gleichwertige Therapeutika vorhanden				4		
viele gleichwertige Therapeutika vorhanden				6		
viele gleichwertige Therapeutika vorhanden						
				6		
				6		
				6		
vorhanden				*		
viele gleichwertige Therapeutika vorhanden						
viele gleichwertige Therapeutika vorhanden						
viele gleichwertige Therapeutika (eins als Injektion)						

Injektion Infusion Tablette/Kapsel * nur Psoriasis pustulosa (Off-label)

Das Deutsche Psoriasis-Register PsoBest

Stand: April 2024



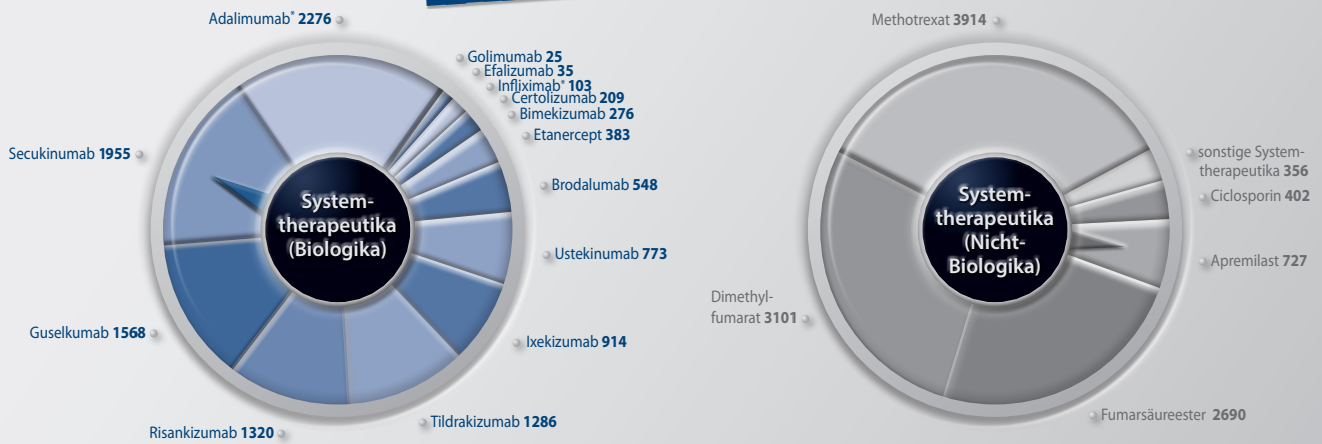
**** Das Deutsche ****
**** Psoriasis-Register PsoBest ****

READY.
RUN.

+++ validiert prospektiv beobachtete Zeiten +++
19.854 Jahre (Nicht-Biologika)
20.467 Jahre (Biologika)
1.236 Jahre (Biosimilars)
+++ validiert prospektiv beobachtete Zeiten +++

READY.

MEDIKATION BEI ERSTEINSCHLUSS



* inklusive wirkstoffähnlicher Produkte

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

VERTRAGLICH GEREGLT

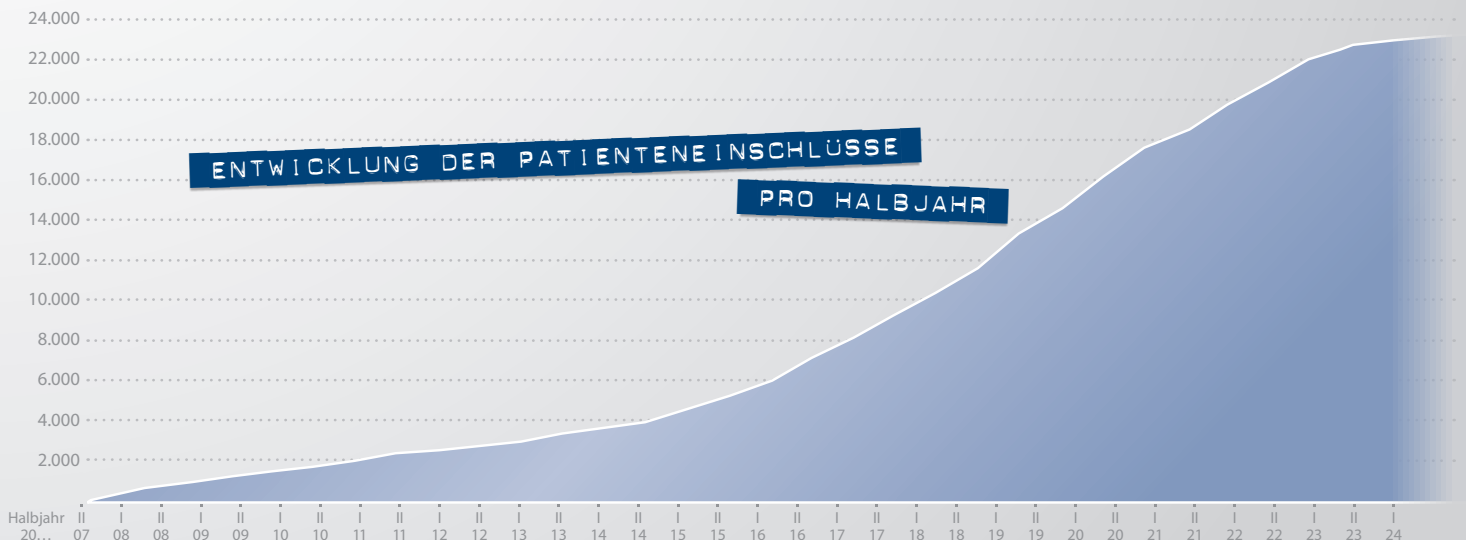
PHARMAKOVIGILANZ*

DURCH PSOBEST

JA **NEIN**

* 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.

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





© Studio Romantic/shutterstock.com

Prüfarzt bei PsoBest – Mitmachen leicht gemacht

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. Seit Januar 2022 sind dies 84 Euro für eine Erstvisite und 45 Euro für jede Folgevisite. Die Patienten erhalten keine Vergütung, wohl aber bestmögliche Therapieoptionen.



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

Früh mit
TREMFYA[®]
starten & Erfolg[#] hautnah erleben.

**Budgetneutral* verordnen –
Bundesweite Praxisbesonderheit**
für die Plaque-Psoriasis**

Mehr erfahren:
<https://jmc.link/wirtschaftlichkeit>



[#] ECLIPSE: PASI90 = 84% (zu Woche 48, n=534; primärer EP). VOYAGE1: PASI90 & IGA 0/1 = 73,3% & 85,1% (zu Woche 16, n=582; primärer EP).¹

* Als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannte Verordnungen werden vom Verordnungsvolumen abgezogen. Das konkrete Vorgehen unterscheidet sich bei den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (z. B. Herausrechnung im Rahmen einer Vorab-Prüfung bei einer statistischen Auffälligkeitsprüfung oder Nichtberücksichtigung in den Zielquoten bei einer Wirkstoffprüfung).

** Das von der Praxisbesonderheit erfasste Anwendungsgebiet lautet: „TREMIFYA[®] wird angewendet für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen.“ Das Anwendungsgebiet Psoriasis-Arthritis ohne Zusatznutzen ist hiervon explizit nicht umfasst. Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.¹

1. TREMFYA[®] aktuelle Fachinformation.

Tremfya[®] 100 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze/ in einem Fertigpen. Wirkstoff: Guselkumab. Zusammensetzung.: Fertigspritze/Fertigpen enth. 100 mg Guselkumab. Sonst. Bestandt.: Histidin, Histidinmonohydrochlorid-Monohydrat, Polysorbat 80, Saccharose, Wasser f. Injektionszw.. **Anw.ggeb.:** Für d. Bhdlg. erw. Pat. m. mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis indiziert, d. für e. syst. Therapie in Frage kommen. Als Monotherapie od. in Komb. m. Methotrexat für d. Bhdlg. erw. Pat. m. Psoriasis-Arthritis indiziert, d. auf e. vorherige nicht-biolog. krankheitsmodifiz. antirheumat. (DMARD)-Therapie unzureich. angesprochen od. diese nicht vertragen haben. **Gegenanz.:** Schwerwieg. Überempf. gg. d. Wirkst. od. e. d. sonst. Bestandt., klin. relev. aktive Infekt. (einschl. aktive Tuberkulose), Schwangersch., Stillzeit (b. Entscheidg. üb. Unterbrechen d. Therapie m. TREMFYA od. Verzicht auf Einleiten d. Therapie m. TREMFYA muss Nutzen d. Stillens für d. Kind m. Nutzen d. Therapie für d. Frau abgewogen werden). **Warnhinw.:** Arzneim. f. Kdr. unzugängl. aufbew.. **Nebenwirk.:** Atemwegsinfekt., Kopfschm., Diarrhö, Arthralgie, Reakt. a. d. Injektionsst., Transamin. erhöht, Herpes-simpl-Infekt., Tinea-Infekt., Gastroenteritis, Überempf.reakt., Anaphylaxie, Urtikaria, Hautausschlag, Neutrophilenzahl erniedr.. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeut. Unternehmer:** JANSSEN-CILAG International NV, Turnhoutseweg 30, 2340 Beerse, Belgien. **Örtl. Vertreter für Deutschland:** Janssen-Cilag GmbH, Johnson & Johnson Platz 1, 41470 Neuss. **Stand d. Inform.:** 07/22.



Ein imposanter Anblick: Die Eingangshalle der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin

© Merle Twesten

Gründung des Hautnetz Deutschland: Qualität durch Vernetzung

Mit der Gründung am 22. Februar 2023 war es beschlossene Sache: Das Hautnetz Deutschland soll als Dachverband eingeführt werden, um die Strukturen bereits bestehender Hautnetze wie die PsoNetze in Deutschland zu koordinieren und die erfolgreiche Arbeit von PsoNet und NVK Hautkrebs zu nutzen. Alles mit dem Ziel, Sichtbarkeit und Auffindung der dermatologischen Versorgung in Deutschland für Patienten zu vereinfachen. Im Herbst 2023 folgte dann die offizielle Eintragung als Verein. Doch was kommt jetzt? Welche Punkte sind wichtig und wo soll mit der Arbeit begonnen werden? Viele offene Fragen, die die Teilnehmer aus ganz Deutschland auf der 1. NVK-Haut-Tagung am 27. Oktober 2023 in Berlin mit Elan angegangen sind. Dabei erinnern die ersten vagen Beschlüsse in Teilen stark an bewährte Strategien aus dem PsoNet-Universum.

Im prunkvollen Hörsaal der Kaiserin-Friedrich-Stiftung konnte während der einleitenden Worte von Prof. Mark Berneburg,

Generalsekretär der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG), und Dr. Ralph von Kiedrowski, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen (BVDD), der Blick schon mal abschweifen. Doch fand nach kurzem Staunen jeder schnell wieder zur Dringlichkeit der Thematik zurück.

„Um eine breitere Versorgung für Patienten der vielen anderen Indikationen neben Psoriasis im Fach Dermatologie zu gewährleisten, bedarf es einer Einführung und Umwandlung in Hautnetze.“

Die PsoNetze funktionieren gut und haben die Versorgung weit vorangetrieben. Um eine breitere Versorgung für Patienten der vielen anderen Indikationen neben Psoriasis im Fach Dermatologie zu gewährleisten, bedarf es einer Einführung und Umwandlung in Hautnetze, so von Kiedrowski. Und dafür sind die Voraussetzungen in Deutschland gar nicht mal so schlecht, denn ein essenzieller Punkt, um überhaupt die Versorgungslage überblicken zu können, ist der Kostenfaktor von Therapien, Medikamenten und Behandlungen. Dieser ist in Deutschland im Vergleich zu vielen anderen Ländern sehr übersichtlich. Repräsentative Zahlen dazu lieferte der „Architekt der Netze“, Prof. Matthias Augustin, Leiter des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP)



Dr. Thomas Stavermann (vorne links) und Prof. Mark Berneburg (vorne rechts) begrüßen die Teilnehmer der 1. NVK-Haut-Tagung.

© Merle Twesten

in Hamburg: 17,548 Milliarden Euro betragen die monetären Gesamtkosten von Hautkrankheiten. Auch darüber hinaus gilt Deutschland als Vorbild auf dem europäischen Markt; besonders die Psoriasisversorgung wird laut World Health Organization als Best-Practice-Modell bezeichnet. Auf dieser Grundlage lässt sich kalkulieren und nachvollziehen, für welche Indikation wie viel Geld aufgebracht bzw. benötigt wird, was die Priorisierung und Planung vereinfacht.

Doch bei dem Stichwort Priorisierung tanzen noch ganz andere Gäste auf dem Ball: Es genügt nicht, zu wissen, dass beispielsweise Steroide bei einer Hidradenitis suppurativa viel zu häufig anstelle der nach Leitlinie empfohlenen, wirksameren Medikamente verschrieben werden. Die Zahlen dahinter spiegeln nicht wider, dass der Grund dafür eine falsche Diagnose gewesen sein könnte. Hier liegen die Grenzen klar bei der unzureichenden Schulung von Ärzten und Personal. Auch weitere Beispiele wurden von Augustin vorgebracht: Es gibt noch immer viel zu wenige Online-Angebote in Form von Videosprechstunden oder simplen Online-Terminvergaben – gerade im ländlichen Raum –, wodurch eine schnellere und breitere Versorgung ermöglicht werden könnte.

Laut Dr. Thomas Stavermann, Vizepräsident des BVDD, sei auch der Faktor Zeit problematisch, besonders bei jungen Nachwuchsärzten: Zum einen ist es schwierig, die Weiterbildungszeit für notwendige Spezialisierungen weiter auszudehnen, da die Mindestzeit bereits fünf Jahre beansprucht. Zum anderen

wird mehr Zeit in Familienplanung und Freizeit investiert als noch vor Jahren. Mehr ‚Köpfe‘ an Dermatologen heißt damit noch nicht mehr Versorgungskapazität.

Grundsätzlich fehlt in der dermatologischen Versorgung angesichts der Kapazitätsgrenzen bei zugleich wachsenden fachlichen Anforderungen an viele Hautkrankheiten die notwendige Priorisierung und damit Fokussierung. Zur Verbesserung der Versorgungseffizienz gilt es, möglichst viele versorgungsrelevante Indikationen in Netzwerkstrukturen aufzunehmen. Die Balance zwischen der großen Zahl an nachfragenden Patienten und einer qualitativ hochwertigen Versorgung sollte gehalten werden. Besonders wichtig sei an dieser Stelle, dass sich die Vergütung der Indikationen stärker nach dem zeitlichen und finanziellen Aufwand richtet. Dafür sollten zur Entlastung der Dermatologen die eher einfachen Bagatellfälle wie Tinea oder geringfügige Dermatosen vom Hausarzt oder auch durch Selbstbehandlung übernommen werden, so von Kiedrowski. Augustin fasste die resultierenden Erkenntnisse mit den Worten „Wir wissen, was wir tun müssen, wir müssen es nur noch umsetzen“ treffend zusammen.

Mit den vorgetragenen Informationen der Vorstandsmitglieder des Hautnetz Deutschland wurden im Anschluss die nächsten Schritte in Form einer Abstimmung beschlossen:

„ Wir wissen, was wir tun müssen, wir müssen es nur noch umsetzen.“



Anwesende Vorstandsmitglieder des Hautnetz Deutschland v. l. n. r.: Prof. Dr. Matthias Augustin, Prof. Dr. Mark Berneburg, Dr. Thomas Stavermann, Dr. Ralph von Kiedrowski

© Merle Twesten

1. Kontinuität in bewährten Bereichen

Die Aufstellung von PsoNet Deutschland und sämtliche Aktivitäten im PsoNet-Bereich bleiben unverändert bestehen. Dies gilt ebenso für den Hautkrebs-Bereich in Zusammenarbeit mit der Nationalen Versorgungskonferenz Hautkrebs (NVKH).

2. Regionale Netze als Schlüssel zur Netzwerkarbeit

Das Primat der Netzwerkarbeit liegt in den regionalen Netzen, die ihre Arbeit eigenständig und entsprechend den regionalen Notwendigkeiten durchführen werden. Hautnetz Deutschland wird lediglich das organisatorische Dach bieten, um die bundesweiten Maßnahmen zu koordinieren und die regionalen Netze bei Bedarf zu unterstützen, sei es bei Neugründungen oder Erweiterungen.

3. Bewährte Strukturen für Dermaregister

Die Arbeit der dermatologischen Register (Dermaregister) bleibt in den etablierten Strukturen verankert. Die Versorgungskonferenz wird die Dermaregister weiterhin unterstützen, um sicherzustellen, dass wichtige Informationen und Daten weiterhin reibungslos erfasst werden.

4. Nationale Versorgungsziele

Die Einrichtung von Sektionen mit bundesweiten Aktivitäten in verschiedenen medizinischen Indikationen ist beschlossen. Die erste Linie an neuen Sektionen umfasst atopische Dermatitis,

Hidradenitis suppurativa, chronische Prurigo, Berufsdermatologie, seltene Erkrankungen, Vitiligo, Alopezia areata und Urtikaria. Die Einladung zu diesen Sektionen geht an alle interessierten Dermatologen, wobei die regionalen Netzwerke eine besondere Rolle spielen. Hauptziel: auf Grundlage robuster Versorgungsdaten bis spätestens 2025 indikationsweise nationale Versorgungsziele – inklusive Qualitätsindikatoren und einer umfassenden Versorgungsagenda – entwickeln.

5. Interesse wecken: Ein Aufruf zur Teilnahme an den Versorgungskonferenzen

Für viele der priorisierten Sektionen haben sich bereits Interessenten gemeldet, etwa bei atopischer Dermatitis, Urtikaria oder Pruritus. Um das große Potenzial der Dermatologen auszuschöpfen, wird Anfang 2024 ein breiterer Aufruf an die Experten in den regionalen Netzen gestartet.

Die 1. NVK-Haut-Tagung 2023 markierte einen bedeutsamen Startpunkt in der Entwicklung der dermatologischen Netzwerke in Deutschland. Die Weichen sind gestellt, und die Zukunft verspricht eine engere Zusammenarbeit, verbesserte Versorgung und maßgeschneiderte Lösungen für Patienten mit Hauterkrankungen.

MERLE TWESTEN

1st-LINE Zulassung

bei mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis¹

SOTYKTU[®]
(Deucravacitinib) 6 mg
Tabletten



Der Start in die
Systemtherapie
hat ein Gesicht –
SOTYKTU

SO einfach^{*}

SO laaaaaaaaaaaaaang-
anhaltend wirksam^{**}

SO verträglich^{***}

* Oral, 1x täglich – keine Laborkontrollen unter Therapie^{§§1}

** Langanhaltende^{§§§} Wirksamkeit in einer Tablette^{1,2}

*** Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil auf Placeboniveau^{§3}

LTE = long-term extension (Langzeitextension), PASI = Psoriasis Area and Severity Index

§ Zugelassen für Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie infrage kommen¹

§§ Vor Einleitung der Behandlung mit SOTYKTU sollten die Patient:innen auf Tuberkuloseinfektionen untersucht werden.¹

§§§ Konsistente PASI-Ansprechraten über 3 Jahre (Ergebnisse der Studien POETYK PSO-1, PSO-2 und PSO-LTE)^{1,2}

° In Bezug auf die häufigsten berichteten Nebenwirkungen zu Woche 16 (≥5% in einem der Behandlungsarme) und mit Ausnahme der Infektionen der oberen Atemwege³

Referenzen: 1. Fachinformation SOTYKTU, aktueller Stand. 2. Armstrong AW et al. EADV 2023; Präsentation FC02.07. 3. Alexis A et al. Winter Clinical Dermatology Conference 2022; Posterpräsentation.

SOTYKTU 6 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Deucravacitinib. **Zusammensetzung:** Wirkstoff: 6 mg Deucravacitinib. Sonst. Bestandteile: Hypromelloseacetatsuccinat, wasserfreie Lactose, mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Siliciumdioxid-Hydrat, Magnesiumstearat, Polyvinylalkohol, Titandioxid, Macrogol, Talkum, Eisen(III)-oxid, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O. **Anwendungsgebiete:** Behandlung erw. Pat. mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine system. Therapie infrage kommen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff o.e.d. sonst. Bestandteile; Klinisch bedeutsame aktive Infektionen (z. B. aktive Tuberkulose). **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Infektionen d. oberen Atemwege. *Häufig:* Herpes simplex, orale Ulzerationen, akneiformer Ausschlag, Follikulitis, CPK im Blut erhöht. *Gelegentlich:* Herpes zoster. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG, Plaza 254, Blanchardstown Corporate Park 2, Dublin 15, D15 T867, Irland. **Stand:** vi



SO einfach starten:
www.sotyktu.de

© 2024 Bristol Myers Squibb Germany

 Bristol Myers Squibb[®]

1787-DE-2400037



Ein Blick in die Ferne

Forschung, neue Therapieansätze, aber auch die unermüdliche Arbeit von Selbsthilfeorganisationen haben eine Richtung eingeschlagen, die die Aussicht auf wirksamere Behandlungen und verbesserte Lebensqualität für Menschen mit Psoriasis immer greifbarer macht. Neue Horizonte lassen darauf hoffen, dass die Last dieser chronischen Erkrankung für Betroffene deutlich verringert wird. Die wachsende Kenntnis über Psoriasis und ihre zugrundeliegenden Mechanismen lässt uns optimistisch in die Zukunft blicken: Eine Zukunft, in der Psoriasis nicht nur besser verstanden, sondern auch effektiver behandelt werden kann.

Auch, wenn es sich zunächst nicht zeigt: Bei genauerem Betrachten erkennt man vielleicht doch ein rettendes Ufer am Horizont.



Propaganda, Psoriasis und der Vietnamkrieg – ein Roman mit Aufklärungscharakter



Steffen Kopetzky

© Jana Mai

Der historische Roman „Propaganda“ von Steffen Kopetzky ist ein fesselndes literarisches Werk, das nicht nur historische Ereignisse zum Leben erweckt, sondern auch das persönliche Erleben des Autors mit seiner Psoriasis-erkrankung auf einfühlsame Weise thematisiert.

Der Hauptprotagonist des Romans, John Glueck, einst Berater des Pentagon und nun Whistleblower, steht vor Gericht. Ein Mann, der nicht nur gegen die politischen Mächte aufbegehrt, sondern auch gegen seine eigene Haut.

Ein kurzer Abriss

Geboren 1921 in New York, als Nachfahre deutscher Einwanderer, erlebt Glueck den Zweiten Weltkrieg und die Schrecken des Hürtgenwalds in der Eifel. Dieses Schlüsselerlebnis prägt sein Verständnis des Krieges und führt dazu, dass er die Motivation der USA und ihre Propaganda in Frage stellt. Glueck, nun in den 1970er Jahren als Berater für das Pentagon tätig, stolpert über Enthüllungen, die seine Sichtweise drastisch verändern. Die Geschichte entfaltet sich im Sommer 1971, als Glueck in einem Gefängnis in Missouri auf seine Verhandlung wartet. Die offizielle Anklage: Geschwindigkeitsüberschreitung und Widerstand gegen die Staatsgewalt. Ein Prozess beginnt, der als Deckmantel für eine Verschwörung gegen die amerikanische Regierung und die Veröffentlichung geheimer Pentagon-Papiere missbraucht wird.

Die düstere Atmosphäre des Romans wird durch Gluecks Beschreibung seiner Psoriasis verstärkt. Die Haut, die einst ihm gehörte, wird zu einem ‚Monster‘ – eine Metapher für seine innere Zerrissenheit und die abstoßenden Wahrheiten, die er ans Licht bringt. Seine Psoriasis, die durch im Vietnamkrieg eingesetzte Chemikalien ausgelöst wurde, wird zu einem zentralen Motiv. Gluecks Wunsch, die „Welt wieder auf die Füße zu stellen“, spiegelt sein Verlangen nach Heilung und Freiheit wider.

Der Roman endet mit einer Hoffnung auf Heilung und einer Reise, die an Gluecks Erfahrungen im Hürtgenwald anknüpft.

Eine persönliche Reise

Steffen Kopetzky, geboren am 25. Mai 1971 in Prien am Chiemsee, ist ein deutscher Schriftsteller und Dramatiker. Er studierte Philosophie, Germanistik und Geschichte an der Hochschule für Philosophie München sowie an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Kopetzky verbrachte auch einige Zeit in Frankreich und den USA, was seine Werke um verschiedene kulturelle Einflüsse und Perspektiven bereichert. In seinem Roman „Propaganda“ verwebt er geschickt seine eigene Erfahrung mit Psoriasis mit einer fiktiven Geschichte. Kopetzky ermöglicht dem Leser einen Einblick in die psychischen und körperlichen Herausforderungen, mit denen er als Betroffener konfrontiert ist. Durch seine ehrlichen Beschreibungen vermittelt er ein tiefes Verständnis für die Belastungen, die Menschen mit Psoriasis täglich ertragen.

Empathie schaffen, Mythen entlarven

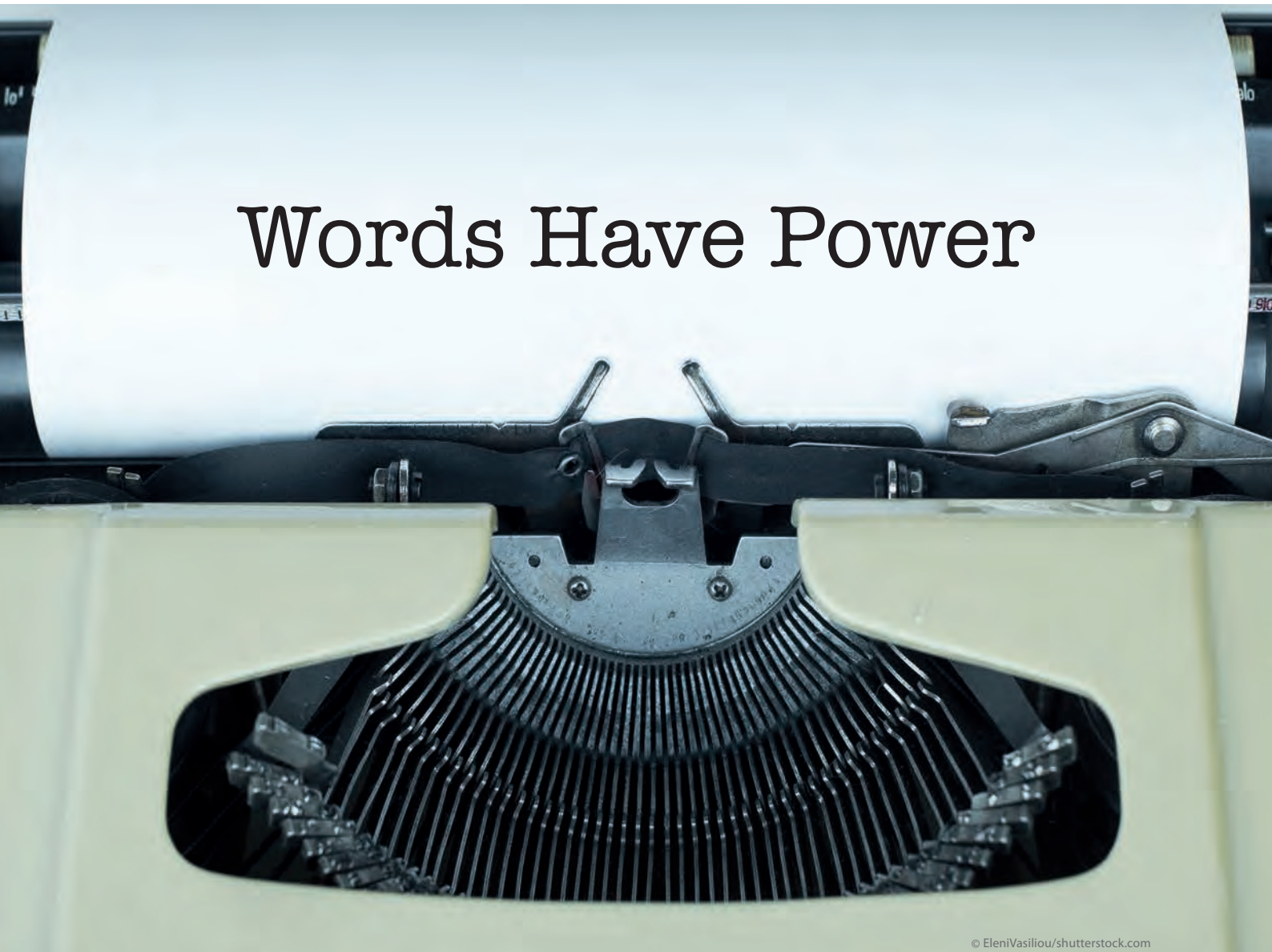
Der Roman zeigt die Welt aus der Perspektive eines Menschen mit Psoriasis. Der Autor beschreibt einfühlsam die Scham, die viele Betroffene empfinden, wenn die sichtbaren Manifestationen der Krankheit auf ihre soziale Interaktion Einfluss nehmen. Durch die Identifikation mit den Charakteren des Romans kann der Leser empathischer gegenüber Menschen mit Psoriasis werden und Vorurteile und Stigmatisierung abbauen. Kopetzky nutzt seine erzählerische Stimme, um Mythen entgegenzuwirken und Missverständnisse aufzuklären. Er verdeutlicht, dass Psoriasis nicht durch mangelnde Hygiene oder eine schlechte Lebensweise verursacht wird, sondern eine genetische und immunologische Komponente hat. Der Roman sensibilisiert nicht nur für die Herausforderungen, mit denen Menschen mit Psoriasis konfrontiert sind, sondern auch für die Wichtigkeit von Aufklärung und Unterstützung. Der Autor demonstriert, dass Betroffene eine umfassende medizinische Betreuung benötigen, um ihre Symptome zu kontrollieren und ihre Lebensqualität zu verbessern. Gleichzeitig betont er die Notwendigkeit von sozialer Unterstützung, um das emotionale Wohlbefinden von Betroffenen zu stärken und ihre soziale Integration zu fördern.

Der Leser wird nicht nur in die tiefgründige Historie mitgenommen, sondern erhält auch einen wertvollen Einblick in das Leben mit Psoriasis. Eine überzeugende Botschaft wird übermittelt: eine Auseinandersetzung mit den Narben des Krieges, sowohl äußerlich als auch innerlich. Durch seine authentische Darstellung der Krankheit fördert Kopetzky das Verständnis für die körperlichen, psychischen und sozialen Auswirkungen. Indem er Vorurteile abbaut und Aufklärung und Unterstützung betont, trägt der Roman dazu bei, das Bewusstsein für chronische Hautkrankheiten wie Psoriasis zu schärfen und das Schicksal von Betroffenen zu verbessern. Neben dem PsoNet Magazin sicherlich ein lesenswertes Werk.

MERLE TWESTEN

Bibliografie:
Steffen Kopetzky, Propaganda,
Verlag: Rowohlt Taschenbuch, ISBN: 978-3-499-27647-7;
Verlag: Rowohlt E-Book, ISBN: 978-3-644-10088-6

Words Have Power



© EleniVasilou/shutterstock.com

Menschen im Mittelpunkt: „People-First Language“ – Ist unsere Sprache inklusiv genug?

In einer Welt, die zunehmend von Vielfalt geprägt ist, fällt es manchmal nicht ganz leicht, sich immer politisch und gesellschaftlich korrekt auszudrücken. Eines der Schlüsselkonzepte, das dazu beiträgt, Barrieren abzubauen, ist die **People-First Language**. Der Fokus liegt dabei darauf, die Würde und Individualität jedes Einzelnen zu respektieren und niemanden aufgrund seiner Vorlieben, Abneigungen oder Äußerlichkeiten zu diskriminieren. Gerade in der Dermatologie spielen diese Äußerlichkeiten eine große Rolle – denn Hauterkrankungen sind oft für jeden sichtbar. Doch wie manifestiert sich diese Sprache am Arbeitsplatz mit Patienten und Kollegen und welche Auswirkungen hat sie auf das tägliche Miteinander?

Ausdrücke wie „der Kranke“, „der Psoriasispatient“ oder „der Neurodermitiker“ sind in unserem alltäglichen Sprachgebrauch auf den ersten Blick etwas ganz Natürliches und Banales und wirken für den, der sie nutzt, neutral. Doch sind sie das wirklich? Wenn man Menschen mit besonderen Eigenschaften oder Beeinträchtigungen fragt, sehen diese das mitunter ganz anders. Gerade in der Dermatologie spielt das eine entscheidende Rolle, da sich Hauterkrankungen wie Psoriasis, Akne inversa oder verschiedenste Dermatosen für fast jeden sichtbar manifestieren.

Saisonal abhängig lassen sich diese Erkrankungen im Winter noch ganz gut unter der Kleidung verstecken, doch im Sommer zeigt sich dann oft, was vorher verborgen werden konnte: Rötungen, Schwellungen, Entzündungen und Schuppungen, die oft von Scham begleitet sind. Doch das müssen und sollen sie nicht. Und hier kann schon die Verwendung der richtigen Sprache eine kleine Stütze sein.

Möglicherweise verletzende und stigmatisierende Worte werden von vielen gar nicht absichtlich oder wissentlich ausgespro-

chen und sind dann erst recht nicht böse gemeint. Nichtsdestoweniger haben die Worte, die wir wählen, eine tiefgreifende Wirkung auf die Art und Weise, wie wir von anderen wahrgenommen werden, und ganz besonders: wie diese Worte von Betroffenen aufgenommen werden. Doch jeder kann sich aneignen, im direkten Gespräch mit Betroffenen eine nicht stigmatisierende Ausdrucksweise zu verwenden. Und zwar durch die Nutzung der People-First Language. Ihr Schlüsselaspekt besteht darin, den Fokus weg von den Beeinträchtigungen oder

Unterschieden zu lenken und stattdessen die Persönlichkeit, Fähigkeiten und Erfahrungen eines Menschen in den Vordergrund zu stellen. Das beinhaltet auch – oder vor allem – medizinische Diagnosen. Dieser Ansatz ist nicht nur im Patientenkontakt von Bedeutung, sondern gewinnt auch im innerärztlichen und pflegerischen Dialog sowie in der allgemeinen Kommunikation am Arbeitsplatz zunehmend an Relevanz.

„ Ich möchte Betroffene mit Hautkrankheiten nicht auf ihre Patientenrolle reduzieren – das sind sie für wenige Stunden in meiner Behandlung. In ihrem Leben sind sie aber auch Vater, Tochter, Partner, Vorgesetzter, Angestellter, Barkeeper, Fußballspieler – oder eben einfach Mensch. „

Prof. Dr. Matthias Augustin
Dermatologe aus Hamburg

People-First Language am Arbeitsplatz

Die Sprache, die wir am Arbeitsplatz verwenden, beeinflusst maßgeblich das Arbeitsklima und die zwischenmenschlichen Beziehungen. Im dermatologischen Bereich kann die Wahl der Worte nicht nur das Selbstwertgefühl der Patienten, sondern auch das Vertrauen zwischen den Teammitgliedern beeinflussen. Die Verwendung von personenzentrierter Sprache signalisiert Respekt, Empathie und fördert eine positive Arbeitsatmosphäre. Anstatt von „dem hautkranken Patienten“ sollte man von „einem Patienten mit erkrankter Haut“ sprechen. Die-

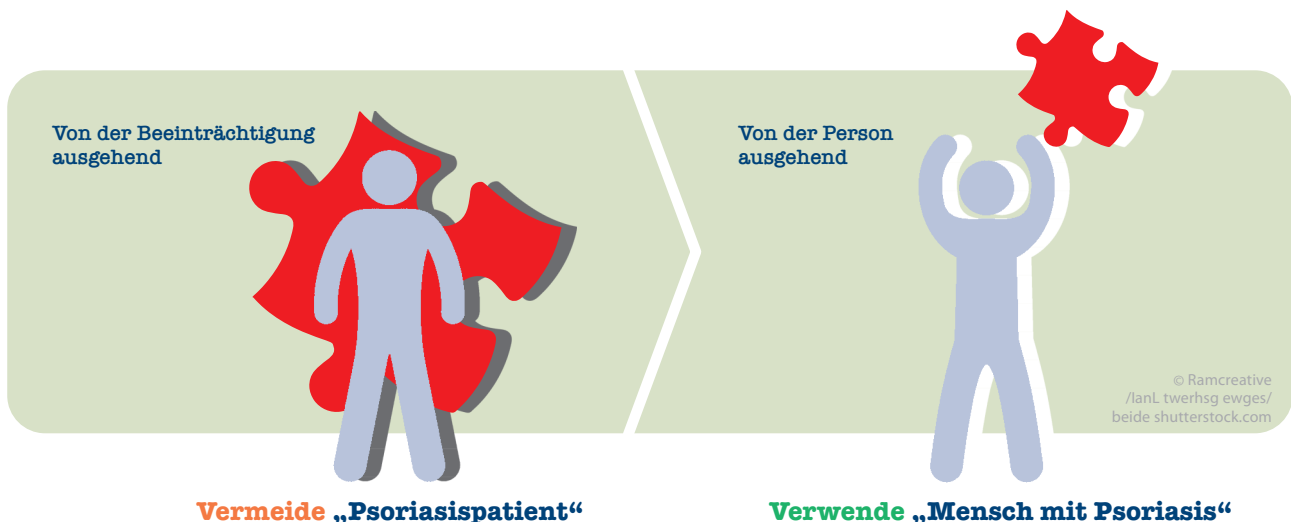
ser einfache Sprachwandel stellt sicher, dass die Person zuerst gesehen wird, bevor die Krankheit genannt wird. Im Patientenkontext kann eine korrekte Terminologie entscheidende Folgen für die Therapie haben: Die richtigen Worte können den Patienten stärken, ihn ermutigen, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen, und sogar die Behandlung selbst verbessern. Eine randomisierte Fallstudie aus den USA zeigte, dass eine neutrale Sprache in den Arztbriefen das Angebot von Analgetika für eine hypothetische Person mit Sichelzellenanämie im Vergleich zu stigmatisierender Sprache verbesserte. Zu den Beispielen für negative Sprache in Arztbriefen gehören solche, die die Glaubwürdigkeit in Frage stellen, Missbilligung ausdrücken, Menschen nach Rasse oder sozialer Schicht stereotypisieren, Patienten als schwierig darstellen und einen paternalistischen Ton vermitteln. Ergebnisse, die so sicherlich auch auf Menschen mit Psoriasis und anderen Hauterkrankungen übertragbar sind. Im Teamkontext kann anstelle von „dem Behinderten“ von „einem Kollegen mit Beeinträchtigung“ gesprochen werden. Die Implementierung von personenzentrierter Sprache im medizinischen Sektor trägt nicht nur zur Verbesserung der Patientenversorgung bei, sondern stärkt auch das Teamgefüge: Kollegen fühlen sich respektiert und gesehen, was wiederum die Zusammenarbeit und die Effizienz positiv beeinflusst. Es entsteht eine Kultur des Miteinanders.

„ Schluss mit der Ikerei, weg vom Psoriatiker zum Menschen, das ist der richtige Ansatz und die einzige richtige Ansprache. „

Prof. Dr. Ulrich Mrowietz
Dermatologe aus Kiel

Personenzentriert versus patientenzentriert

Ein personenzentrierter Ansatz sollte das Ziel aller Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung sein. Das Wort „Patient“ impliziert, dass jemand krank ist oder aufgrund einer Verletzung



oder Krankheit behandelt wird. Während sowohl patienten- als auch personenzentrierte Konzepte die Werte, Bedürfnisse und Präferenzen des Einzelnen anerkennen, konzentriert sich die personenzentrierte Pflege auf die Person als Individuum in einer ganzheitlichen Weise. Bei Nichtverwendung der personenzentrierten Sprache kann unbeabsichtigt eine Barriere zwischen behandelndem Arzt und dem Menschen, der betreut wird, errichtet werden. Diese Barriere ermöglicht es dem Arzt zwar, die Diagnose unabhängig vom Menschen zu betrachten. Das kann in gewisser Weise zu einer objektiveren Beurteilung beitragen, führt aber dazu, dass er sich vom Menschen distanziert und verhindert, den Menschen als solchen zu betrachten. Das Ziel der Gesundheitsversorgung sollte nicht darin bestehen, Barrieren aufzubauen und Abstand zu schaffen, sondern eine personenzentrierte Pflege sicherzustellen. In vielen Ausbildungsprogrammen für Gesundheitsberufe wird den Studierenden zwar beigebracht, eine auf die Person ausgerichtete Terminologie zu verwenden, doch wird diese Sprache in der klinischen Praxis oft nicht verwendet; in Gesprächen und Aufklärungsmaterialien werden Patienten noch

// Zur umsichtigen Behandlung gehören eben auch grundlegende Basismaßnahmen wie eine angemessene Wortwahl. //

Dr. Matthias Hoffmann
Dermatologe aus Witten

häufig mit ihrer medizinischen Diagnose bezeichnet (zum Beispiel Schlaganfallpatient, Amputierter oder Psoriatiker). Die Einführung von personenzentrierter Sprache im medizinischen Sektor ist mehr als nur ein sprachlicher Wandel. Es handelt sich um einen kulturellen Paradigmenwechsel, der das Arbeitsumfeld positiv beeinflusst und zu einer empathischen und respektvollen Zusammenarbeit führt. Die Investition in Schulungen und Bewusstseinsbildung ist nicht nur ethisch sinnvoll, sondern auch ein Schlüssel zur Schaffung einer nachhaltigen, mitfühlenden Arbeitskultur im Gesundheitswesen. Die People-First Language ist dabei nicht nur auf Menschen mit sichtbaren Beeinträchtigungen anwendbar, sondern auf alle Aspekte der Vielfalt, sei es die sexuelle Orientierung, die ethnische Zugehörigkeit oder andere Merkmale. Indem wir uns bewusst für eine respektvolle und inklusive Sprache entscheiden, tragen wir dazu bei, eine Gesellschaft zu schaffen, in der jede Person unabhängig von ihren Unterschieden gleichwertig behandelt wird. Und falls es Ihnen aufgefallen ist: Auch im PsoNet Magazin achten wir stets auf eine respektvolle Ausdrucksweise, wenn es um Menschen mit Psoriasis geht.

MERLE TWESTEN



Context is for Kings

Behinderungen an sich stellen keine Diskriminierung dar, denn sie betreffen Menschen aus allen ethnischen, sozio-ökonomischen und religiösen Gruppen. Wie wir Menschen mit Behinderungen behandeln, beginnt damit, wie wir über sie sprechen. Die Worte, die ursprünglich zur Beschreibung medizinischer Zustände gedacht waren, haben sich im Laufe der Zeit zu nicht diagnostischen, stigmatisierenden und abwertenden Bezeichnungen entwickelt. Ein Teil der Sprache, die wir verwenden, wird zweifellos von der Sprache beeinflusst, die zur Beschreibung der Evidenz verwendet wird – die dann wiederum in Leitlinien, Politik und Praxis einfließt. Doch es ist nicht immer einfach, eine integrative Sprache in der Routineversorgung zu fördern, wenn auf Konferenzen und insbesondere in Fachzeitschriften weiterhin eine stigmatisierende Sprache verwendet wird. Die häufige Verwendung von Ausdrücken wie „HIV-infizierte Menschen“ in Abstracts, die auf der Konferenz der Internationalen AIDS-Gesellschaft im Jahr 2021 vorgestellt wurden, war der Auslöser für die Einrichtung der Webseite „People First Charter“, einer Webseite zur För-

derung einer Sprache, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt. Dabei ist die Bewegung hin zu einer personenzentrierten Sprache alles andere als neu: Sie wurde 1974 auf einer Selbsthilfekonferenz in den USA ins Leben gerufen, hat seitdem langsam an Boden gewonnen und eine Schlüsselrolle beim Abbau von Stigmatisierungen in der klinischen Kommunikation gespielt. Zu den Krankheitsbereichen, in denen die „personenzentrierte Interessenvertretung“ eine Vorreiterrolle spielt, gehören die Diabetesversorgung, die Adipositasversorgung und die psychische Gesundheit.

Mit der Verwendung von Begriffen aufzuhören, die seit Jahren zum täglichen Sprachgebrauch gehören, ist nicht immer leicht – vor allem, wenn man in einer Sprache kommuniziert, die nicht die eigene Muttersprache ist. Hilfreich kann es hier sein, sich bei der Implementierung zunächst auf schriftliches Material zu konzentrieren. Alles mit der Absicht, dass die gesprochene Sprache bald folgen wird. Der Weg ist das Ziel.



Yuflyma[®]
Adalimumab

Because
YU
Matter



Das erste Adalimumab-Biosimilar mit 80 mg Pen

- ▶ Volumenreduziert, citratfrei,
ohne Natur-Latex*
- ▶ Zwei Wirkstärken, ein Preis:
80 mg = 40 mg**

* Yuflyma[®] wird ohne den Einsatz von Natur-Latex hergestellt und daher muss die Angabe „enthält Latex“ nicht in der Kennzeichnung gelabelt werden (siehe Anhang der EMA Guideline zu „Excipients in the labelling and package leaflet of medicinal products for human use“ (SANTE-2017-11668)).

** Preise laut Lauer-Steuer, Preisvergleich auf AVP-Basis:
1 Injektion 80 mg = 1 Injektion 40 mg.

Pflichttext:



HEALTHCARE
CELLTRION

Für weitere Informationen besuchen Sie gerne
www.celltrionhealthcare.de | www.yuflyma.de

DE-YUF-24-00015



Beryl Onditi © Beryl Onditi

Beryl Onditi

ist Sozialwissenschaftlerin mit einem Abschluss in Soziologie. Sie war Beauftragte im Programm für „People with disabilities“ der Regierung von Kenia, zu dem unter anderem die Förderung von Menschen mit Albinismus gehörte. Sie studierte „Sustainable Development Management“ in Deutschland und trug zum Programm der RWE zu „Diversity Equity & Inclusive Talent Acquisition“ bei. Derzeit ist sie als Wissenschaftlerin in einem Projekt über Diversität im Gesundheitssektor am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf tätig.



Vielfalt im Gesundheitswesen – Was braucht es für mehr Akzeptanz und Toleranz?

Liebe Frau Onditi, Sie beschäftigen sich schon lange und intensiv mit der Vielfalt von Menschen im Gesundheitswesen. Was hat Sie ursprünglich dazu bewegt?

Meine Motivation ist die Beobachtung der bestehenden Ungleichheiten und Herausforderungen, mit denen Menschen im Gesundheitswesen konfrontiert sind, wie zum Beispiel der ungleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung, geschlechtsspezifische Gesundheitsunterschiede und die ungleiche Vertretung in Führungspositionen. Vielfalt bezieht sich dabei ja auf die vielfältigen Merkmale sowohl der Patienten wie auch der Beschäftigten im Gesundheitswesen. In beiden Bereichen liegt eine Herausforderung, aber auch ein großes Potenzial.

Mich treiben auch die Erkenntnisse aus der Forschung an, dass die Gleichstellung der Geschlechter im Gesundheitswesen die praktische und langfristige Anwendung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten fördert. Ich hoffe, dass die Ungleichheiten durch

einen gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle überwunden werden können. Wichtig sind dafür vielfältige Führungspersönlichkeiten und Entscheidungsträger für eine integrative Politik, die den Gesundheitsbedürfnissen aller Geschlechter besser gerecht wird.

Gleichberechtigung und Gerechtigkeit sind zwei verschiedene Dinge. Wird das Ihrer Meinung nach im Gesundheitswesen wahrgenommen und umgesetzt? Und warum ist das so wichtig?

Es ist so wichtig, weil wir nur so eine gesündere und gerechtere Gesellschaft erreichen können. Zwar werden Fortschritte erzielt, doch echte Fairness in der Gesundheitsversorgung erfordert ein kontinuierliches Engagement, systemische Verbesserungen und die Beseitigung der Ursachen für Ungleichheiten. Um einen gleichberechtigten Zugang zu qualitativ hochwertigen, auf die unterschiedlichen Bedürfnisse zugeschnittenen Gesundheitsdienstleistungen zu gewährleisten, müssen die Gesundheitssysteme weiterhin sowohl nach Gleichberechtigung als auch nach Gerechtigkeit streben.

„Das war doch nur ein Witz.“



Was bedeuten denn nun genau „Gleichberechtigung“ und „Gerechtigkeit“ in Bezug auf den Arbeitsplatz im Gesundheitssektor?

Gleichberechtigung bedeutet, dass alle Menschen unabhängig von ihrem Hintergrund oder ihren Bedürfnissen die gleichen Ressourcen, Möglichkeiten oder Behandlungen erhalten. Diese Strategie geht jedoch nicht zwangsläufig auf bestehende Ungleichheiten ein oder entspricht nicht den spezifischen Anforderungen unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen. Ohne Berücksichtigung individueller Unterschiede kann es – auch bei Bereitstellung gleicher Ressourcen – keine Gerechtigkeit geben. Gerechtigkeit bedeutet, dass die unterschiedlichen Ausgangslagen oder Bedürfnisse eines jeden Einzelnen anerkannt und berücksichtigt werden. Gerechtigkeit konzentriert sich also darauf, Unterstützung oder Therapie entsprechend den individuellen Bedürfnissen anzubieten. Eine Form der gesundheitlichen Chancengleichheit ist die patientenzentrierte Gesundheitsversorgung. Im Gesundheitswesen könnte dies gezielte Maßnahmen beinhalten, wie zum Beispiel Wissen über Vielfalt, Gerechtigkeit und Einbeziehung am Arbeitsplatz und eine Gestaltung von Maßnahmen, die gesundheitliche Ungleichheiten für benachteiligte Gruppen verringern.

Was ist Ihrer Meinung nach der schwierigste Aspekt bei der Arbeit in einem vielfältigen Umfeld und wie sollte mit kulturellen Unterschieden in einer Gesundheitseinrichtung umgegangen werden?

Die Herausforderung liegt in der wirksamen Zusammenarbeit von Personal aus verschiedenen Kulturkreisen, die aufgrund eines unterschiedlichen Kommunikationsstils in den Erwartungen oder der Herangehensweise an die Patientenversorgung sehr divers sein kann. Diese Unterschiede werden auch zwischen den Beschäftigten mit unterschiedlichem Hintergrund wahrgenommen.

Ein korrekter Umgang sollte beinhalten: die Achtung individueller Unterschiede, die Schulung in kultureller Kompetenz, das Eintreten für eine integrative Politik, die Förderung offener Kommunikation und Feedback-Sitzungen sowie das Engagement der Führungskräfte für Inklusion. Dies sind allesamt wirksame Ansätze für den Umgang mit kulturellen Unterschieden. Durch die Umsetzung dieser Methoden können Angehörige der Gesundheitsberufe eine integrative Atmosphäre fördern und dadurch die Qualität der Pflege für alle Patienten verbessern.

„Das war doch nicht so gemeint.“

Wie können die Sichtweisen von Kollegen mit unterschiedlichem Hintergrund in den Arbeitsalltag eingegliedert werden?

Die Integration unterschiedlicher Perspektiven ist entscheidend für die Entwicklung eines integrativen und innovativen Arbeitsplatzes. Schulungen zu kultureller Kompetenz, impliziten Vorurteilen und Vielfalt fördern das Verständnis und Bewusstsein der Mitarbeiter und auch den Dialog und das aktive Zuhören bei unterschiedlichen Standpunkten. Es soll vermittelt werden: erst denken, dann reden.

Darüber hinaus wird Kollegen mit unterschiedlichen Hintergründen die Möglichkeit gegeben, Führungsrollen zu übernehmen oder Projekte zu leiten, um abwechslungsreiche Ansätze zur Problemlösung zu finden. Eine weitere wertvolle Maßnahme ist die Schaffung von Aufenthaltsräumen. Hier kann ein Austausch über persönliche Erfahrungen oder kulturelle Traditionen stattfinden oder es können Ratschläge und Lösungsansätze für verschiedene Probleme eingeholt werden. Auch das Feiern von kulturellen Veranstaltungen und Feiertagen soll in solchen Räumen ermöglicht werden.

Fairness wird nicht nur aus Akzeptanz und Toleranz untereinander gewonnen. Welche Rolle spielen Löhne und Gehälter bei der Schaffung von Gleichberechtigung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen?

Löhne und Gehälter spielen dabei eine entscheidende Rolle. Eine faire und gerechte Vergütungspolitik führt zu einer integrativen Atmosphäre, in der sich alle Mitarbeiter geschätzt und respektiert fühlen und gleiche Chancen auf Erfolg und Fortschritt haben. Doch auch wenn Löhne und Gehälter wichtig sind, geht die Verwirklichung von Gerechtigkeit und Gleichberechtigung im Gesundheitswesen über die monetäre Entlohnung hinaus. Die Beseitigung von Zugangshindernissen, die Schaffung von Aufstiegsmöglichkeiten, die Förderung von Vielfalt in den Führungsetagen und die Kultivierung einer integrativen Arbeitsplatzkultur sind entscheidende Komponenten für die Schaffung eines gerechten Gesundheitssystems.

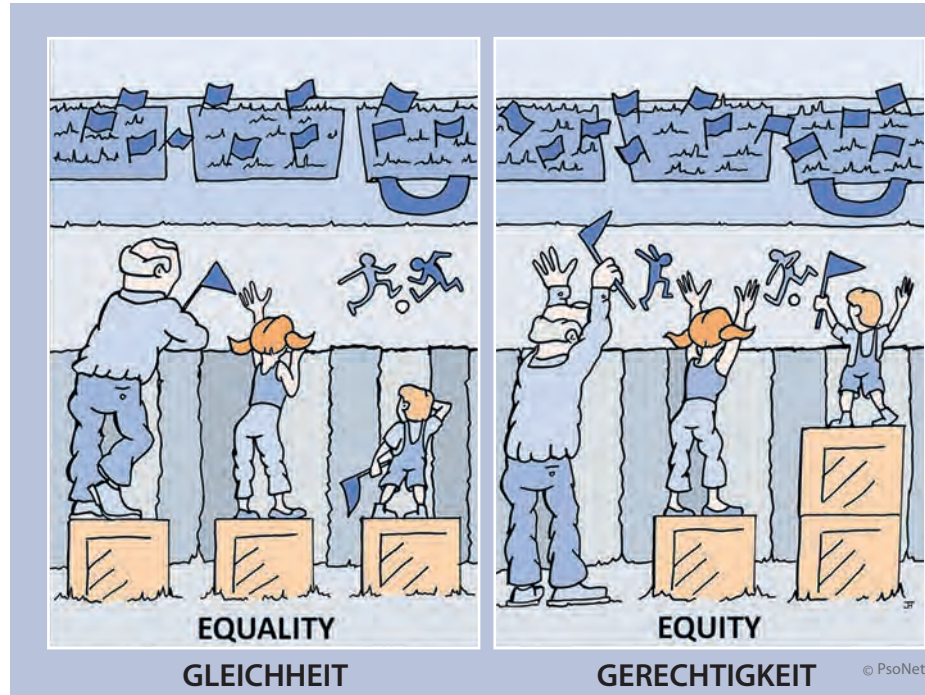
Wie ließe sich ermitteln, ob sich auf personeller Ebene etwas getan hat? Was kann zukünftig einfach umgesetzt und verbessert werden?

Hier kann ganz einfach die Erhebung von Daten zur Anzahl beziehungsweise zum Anteil von Personen mit unterschiedlichem Hintergrund, zu deren Entlohnung, Beförderungen und Vertretung in Führungspositionen sowie zu Ungleichheit bei den Aufstiegsmöglichkeiten nützlich sein. Ich empfehle auch eine regelmäßige Durchführung von Mitarbeiterbefragungen. Unternehmen können sicherstellen, dass ihre Führungskräfte ein sichtbares Engagement für Vielfalt und Gleichberechtigung zeigen, indem sie klare Ziele setzen und sich selbst zur Verantwortung ziehen: Schulungsprogramme und integrative Richtlinien stehen hier an erster Stelle.

„Jetzt stell dich doch nicht so an.“

Ganz konkret: Wie ist mit einer Situation umzugehen, in der sich ein Kollege kulturell unsensibel, sexistisch, rassistisch oder homophob verhält?

Der erste Schritt sollte sein, den Kollegen höflich unter vier Augen anzusprechen und ihm mitzuteilen, wie man sich durch sein Verhalten gefühlt hat. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den Auswirkungen und nicht auf der Absicht des (Fehl-)Verhaltens: Auch, wenn etwas nicht so gemeint war, kann es trotzdem verletzend sein. Man sollte der Person auch erklären, wie ein solches Verhalten ein feindseliges Umfeld schaffen und die Beziehungen am



Arbeitsplatz möglicherweise schädigen kann. Wenn man sich nicht wohl dabei fühlt, die Situation direkt anzusprechen, oder wenn es sich um ein wiederkehrendes Problem handelt, sollte man diese Probleme bei einem Vorgesetzten, einem Vertreter der Personalabteilung oder einer vertrauenswürdigen, höheren Autorität innerhalb des Unternehmens ansprechen. Es ist auch wichtig, den Vorfall zu melden und sich Unterstützung bei den zu ergreifenden Maßnahmen zu suchen sowie alle Vorkommnisse zu dokumentieren und dabei Datum, Uhrzeit und Beschreibung des Verhaltens festzuhalten. Eine Dokumentation ist vor allem dann von Vorteil, wenn weitere Maßnahmen erforderlich sind oder das Verhalten andauert.

Welche Schritte können von Führungspositionen unternommen werden, um Voreingenommenheit beim Einstellungsprozess zu vermeiden?

Das Management im Gesundheitswesen muss umfassend über Möglichkeiten zur Vereinfachung und Standardisierung des Prozesses nachdenken. Ich erachte diese vier Punkte als besonders wichtig:

1. Die häufigsten Vorurteile bei Einstellungen und die Schritte zu deren Abbau müssen untersucht und bestimmt werden, klare Einstellungskriterien aufgestellt, eine Kultur der Inklusivität eingeführt und diese kontinuierlich angepasst und verbessert werden.
2. Es sollte eine Vielzahl von Interviewern in den Einstellungsprozess einbezogen werden. Unterschiedliche Perspektiven können dazu beitragen, individuelle Voreingenommenheit abzuschwächen und eine faire Bewertung der Bewerber zu gewährleisten.
3. Die Einstellungsgremien müssen in Bezug auf Risikominde- rung geschult werden. Das kann dadurch erreicht werden,

	Equality (Gleichberechtigung)	Equity (Gerechtigkeit)
Definition	Hier geht es um Gleichheit: Jeder Einzelne oder jede Gruppe von Menschen erhält die gleichen Ressourcen und Chancen	Hier geht es um Fairness: Jeder Einzelne oder jede Gruppe von Menschen hat andere Voraussetzungen; jedem werden daher genau die Ressourcen und Möglichkeiten zugeteilt, die er braucht, um ein gleichwertiges Ergebnis erzielen zu können
Beispiele im Gesundheitswesen	<ul style="list-style-type: none"> • allen Patienten wird derselbe Pflegestandard geboten • Ermutigung aller Patienten zur Teilnahme an klinischen Studien • alle Patienten haben die gleichen Chancen auf dermatologische Versorgung, zum Beispiel gleiche Standard-Terminvereinbarungen 	<ul style="list-style-type: none"> • unterschiedliche Hauttypen, Erkrankungen oder genetische Hintergründe können unterschiedliche Behandlungsansätze erfordern • verschiedene demografische Gruppen sind in der Forschung/Versorgung vertreten, um die Vielfalt unterschiedlicher Hauttypen, der in bestimmten Bevölkerungsgruppen vorherrschenden Erkrankungen und der genetischen Variationen gezielter behandeln zu können • Patienten nehmen aufgrund der Komplexität ihrer Erkrankung oder aufgrund von Sprachbarrieren mehr Zeit in Anspruch; durch längere Termine oder Dolmetscherdienste wird ein gleichberechtigter Zugang zur Versorgung gewährleistet

dass alle Personalverantwortlichen an den erforderlichen Schulungen, Konferenzen, Seminaren oder Online-Kursen zu Vielfalt, Gleichberechtigung und Integration teilnehmen, um unbewusste Vorurteile zu erkennen und zu überwinden.

- Die Anwendung blinder methodischer Verfahren zur Bewertung von Bewerbungen erhöht die Chancen, die am besten geeigneten Bewerber für ein Vorstellungsgespräch zu finden. Dabei sollten strukturierte Vorstellungsgespräche, bei denen jedem Bewerber dieselben definierten Fragen gestellt werden, gefördert werden. Das ermöglicht einen standardisieren Gesprächsprozess und verringert Voreingenommenheit.

Wie würden Sie persönlich den Menschen in Ihrer Umgebung ein Gefühl der Einbeziehung, Zugehörigkeit und Gleichberechtigung vermitteln?

Am allerwichtigsten: Respekt und Entgegenkommen durch Verständnis und Wertschätzung für kulturelle und ethnische Unterschiede aufbringen.

Außerdem verhalte ich mich verantwortungsbewusst und höflich und vermeide geschlechts-, alters- oder rassenbezogene oder kulturell anmaßende Scherze. Ich höre meinen Kollegen aktiv zu und ermutige jeden, seine Ideen einzubringen. Darüber hinaus setze ich mich für gleiche Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten für alle Teammitglieder sowie für den Abbau von voreingenommenem und vorurteilsbehaftetem Verhalten ein.

Ich setze mich für eine integrative Politik ein und bilde mich durch die Teilnahme an Workshops über Vielfalt, Gleichberechtigung und Integration weiter und halte mich über bewährte Verfahren zur Förderung eines integrativen Arbeitsplatzes auf dem Laufenden.

Und zu guter Letzt: Wurden Sie selbst schon einmal am Arbeitsplatz diskriminiert? Und wie sind Sie damit umgegangen?

Ich bin Opfer von Mikroaggressionen geworden. Mikroaggressionen am Arbeitsplatz sind subtile, oft unbeabsichtigte Verhaltensweisen oder Kommentare, die dazu führen, dass sich jemand aufgrund seiner Rasse, seines Geschlechts, seiner ethnischen Zugehörigkeit, seiner sexuellen Orientierung, seiner Religion oder anderer Merkmale marginalisiert oder ausgeschlossen fühlt. Ich habe Kommentare erhalten wie „Für eine Person Ihrer Herkunft sind Sie sehr redegewandt“, „Woher kommen Sie wirklich?“, „Sie klingen/handeln nicht wie andere Menschen mit Ihrem Hintergrund“ oder „Wir sind so froh, dass Sie hier sind. Aber wie können Sie es sich leisten, in diesem Land zu sein, wo doch die meisten Menschen Ihres Kontinents arm sind?“

Bei solchen Mikroaggressionen gehe ich diskret und ruhig auf die Person zu und beschreibe, wie ich mich durch ihre Bemerkungen oder ihr Verhalten gefühlt habe. Dabei konzentriere ich mich auf die Auswirkungen und nicht auf den Zweck ihrer Worte oder Handlungen; oft ist es gar nicht böse gemeint. Da viele nicht wissen, dass ihre Bemerkung verletzend war, lege ich Wert darauf, zu erklären, warum die Bemerkung oder das Verhalten eine Mikroaggression war. Ich nutze den Moment, um sie aufzufordern, das Gesagte zu präzisieren oder zu wiederholen. Was wollten sie mir eigentlich damit sagen? So bekommen sie die Möglichkeit, über die Wirkung ihrer Worte nachzudenken. Darüber hinaus schlage ich vor, wie sich die Person zukünftig richtig ausdrücken könnte.

Liebe Frau Onditi, vielen Dank für das spannende Interview.

MERLE TWESTEN



PsoNet Magazin meets Hautnetz Deutschland

Das PsoNet Magazin bietet seit über zehn Jahren eine wertvolle Informationsquelle für Dermatologen, die sich mit der Behandlung von Psoriasis befassen. Doch spätestens mit der Gründung des Hautnetz Deutschland e.V. im Februar 2023 ist klar: Die Stimmen nach breiterer Versorgung werden lauter. Und so haben wir uns die Frage gestellt: Wie kann das PsoNet Magazin dazu beitragen, diesen Stimmen Gehör zu schenken und eine bereitere Informationsquelle bieten?

Das Ei des Kolumbus: Die thematische Einbindung weiterer Indikationen wie zum Beispiel atopische Dermatitis, Acne inversa oder Pruritus in das Magazin. Das hat gleich mehrere Vorteile, denn durch die Aufnahme weiterer Hautkrankheiten können neue und bewährte Behandlungsmethoden für verschiedene Erkrankungen vorgestellt werden, was schlussendlich zu einer besseren Versorgung der Patienten führt. Die Behandlung von Psoriasis erfordert außerdem oft die Zusammenarbeit verschiedener Fachärzte. Bei der Thematisierung weiterer Hautkrankheiten kann also auch der Austausch und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten gefördert werden.

In Kooperation mit dem Hautnetz Deutschland e.V. führen wir planmäßig im Herbst 2024 eine Umstrukturierung des PsoNet Magazin ein. Das Hautnetz Deutschland wird die regionalen Hautnetze verschiedener Ausrichtung begleiten und nach dem besten Beispiel von PsoNet und der Nationalen Versorgungskonferenz Hautkrebs (NVKH) eine zukunftsweisende Aufstellung ermöglichen. Sie dürfen sich also auf ein neues Aussehen und neue Inhalte des Magazins freuen. Was sich dabei aber nicht ändern wird: die Gewährleistung von relevanten und qualitativ hochwertigen Beiträgen, um den hohen Standard des Magazins beizubehalten.

WILLKOMMEN
BEIM HAUTNETZ
DEUTSCHLAND e.V.

Für eine gute Versorgung von Menschen mit Immunerkrankungen der Haut

Mitglied werden



... UND WILLKOMMEN,
HAUTNETZ DEUTSCHLAND,
IM PSONET MAGAZIN!

Einladung zur Teilnahme

PsoBase

STUDIE ZU BERUFSALLTAG UND
STIGMATISIERUNGSERFAHRUNGEN
BEI PSORIASIS

Was?

Berichten Sie uns von Ihren Erfahrungen mit Psoriasis / Schuppenflechte in Ausbildung und Beruf!

- Ausfüllen eines Fragebogens (ca. 20 Minuten)
- Aufwandsentschädigung: 15€ & Verlosung von 1x 100€ unter allen Teilnehmenden

Sie sind teilnahmeberechtigt, wenn Sie:

- 18 Jahre oder älter sind;
- eine diagnostizierte Psoriasis haben;
- die deutsche Sprache gut beherrschen.

Wer?

Wie?

Scannen Sie einfach den QR-Code oder geben Sie den folgenden Link in Ihrem Browser ein:

ww2.unipark.de/uc/PsoBASE/



Kontakt Studienleitung:
Juliane Traxler
j.traxler@uke.de
040 7410 54207

I V D P
Institut für Versorgungsforschung
in der Dermatologie und bei Pflegeberufen

PEOPLE
CENTERED
HEALTH
CARE
www.pchc.eu



Deutscher
Psoriasis Bund e.V.
Selbsthilfe seit 1973

Berichte aus den Netzen

Zwischen 2 und 3 % der Bevölkerung westlicher Industrieländer leiden an Psoriasis, jährlich kommen einige Zehntausend Neuerkrankungen hinzu. Psoriasis ist eine hochkomplexe Systemerkrankung mit einer Vielzahl möglicher Begleiterkrankungen wie Rheumatoider Arthritis, metabolischen Veränderungen (Diabetesneigung, Adipositas, arterielle Hypertonie), einem erhöhten Risiko kardiovaskulärer Folgeerkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall) und aufgrund der Schuppenbildung an der Hautoberfläche einem hohem psychischen Leidensdruck. Die Erkrankung kann viele Aspekte des Patientenalltags beeinträchtigen, sodass immer mehr Menschen eine fachärztliche Betreuung benötigen.



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 Regionalen Psoriasisnetze in Deutschland (PsoNet) ist die Verbesserung von ärztlicher Kooperation und Versorgungsqualität. Bundesweit haben sich hierfür über 600 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 der S3-Leitlinie Psoriasis 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



Regionale Psoriasisnetze

© PsoNet

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

Unter www.psonet.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 service@psonet.de richten.

Netzwerksprecher der Regionalen Psoriasisnetze (PsoNet)				
Netz	Sprecher	Praxis / Klinik	Adresse	Mailadressen
Berlin und Brandenburg	Prof. Dr. Wiebke Ludwig-Peitsch	Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Klinik für Dermatologie und Phlebologie	Landsberger Allee 49 10249 Berlin	wiebke.ludwig-peitsch@vivantes.de
	Dr. Sandra Philipp	Charité – Universitätsmedizin Berlin, Psoriasis Forschungs- und Behandlungs-Centrum	Luisenstr. 2, Ebene 5, R42 10117 Berlin	Sandra.philipp@charite.de
Bochum-Witten	Dr. Matthias Hoffmann	Hautarztpraxis	Annenstr.151 58453 Witten	drho@hautarzt-dr-hoffmann.de
	Dr. Michael Ardabili	Hautarztpraxis	Wittener Str. 244 44803 Bochum	m.ardabili@derma.de
Bonn/Rhein-Sieg	Dr. Dagmar Wilsmann-Theis	Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Dermatologie und Allergologie	Sigmund-Freud-Str. 25 53127 Bonn	dagmar.wilsmann-theis@ukb.uni-bonn.de
	Dr. Jörg Weckbecker	Hautarztpraxis	A.-v.-Humbold-Str. 8 53604 Bad Honnef	praxis@dr-weckbecker.de
Bremen	Dr. Uwe Schwichtenberg	Hautarztpraxis	Kaffeestr. 2 28779 Bremen	info@dr-schwichtenberg.de
Dessau-Anhalt	Dr. Andreas Altenburg	Städtisches Klinikum Dessau, Hochschulklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie	Auenweg 38 06847 Dessau-Roßlau	andreas.altenburg@klinikum-dessau.de
Dresden/Ostsachsen	Prof. Dr. Stefan Beisert	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	Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie	Robert-Koch-Str. 40 37075 Göttingen	michael.schoen@med.uni-goettingen.de
	Prof. Dr. Rotraut Mößner			rmoessn@gwdg.de
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@drmm.de k.reich@uke.de
Hannover*	Dr. Florian Schenck	Hautarztpraxis	Osterstr. 24 30159 Hannover	schenck@hautaerzte-zentrum.de
	Dr. Tim Schäfer	Hautarztpraxis	Hannoversche Str. 1 30926 Seelze	hautarzt.seelze@gmail.com
Harz	Christiane Schreck	Klinikum D. Ch. Erleben, Hautkrebszentrum	Ditfurter Weg 24 06484 Quedlinburg	christiane.schreck@harzklinikum.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	Psoriasis-Zentrum, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel	Schittenhelmstr. 7 24105 Kiel	umrowietz@dermatology.uni-kiel.de
Köln	Holger Krickeberg	Hautarztpraxis	Olpener Str. 886 51109 Köln	info@hautarzt-krickeberg.de
Leipzig und Westsachsen ⁺	Prof. Dr. Joachim Barth	Hautarztpraxis	Rudolf-Virchow-Str. 4 04552 Borna	jobarth@t-online.de
	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	Deutschhausstr. 9 35037 Marburg	michael.hertl@med.uni-marburg.de
Mecklenburg-Vorpommern [#]	Dr. Anke Herrmann	Hautarztpraxis	Wolgaster Str. 4 17489 Greifswald	post@hautzentrum-greifswald.de
	Dr. Andreas Timmel	Hautarztpraxis	Markt 26 18528 Bergen auf Rügen	praxis@hautzentrum-ruegen.de
Münsterland	Dr. Nina Magnolo	Universitätsklinikum Münster, Zentrale Studienkoordination für innovative Dermatologie (ZID)	Von-Esmarch-Str. 58 48149 Münster	nina.magnolo@ukmuenster.de
	PD Dr. Athanasios Tsianakas	Fachklinik Bad Bentheim Abteilung für Dermatologie	Am Bade 1 48455 Bad Bentheim	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	Klinikum Dortmund, Hautklinik	Beurhausstr. 40 44137 Dortmund	ulrike.beiteke@klinikumdo.de
	Dr. Fritz Lax	Hautarztpraxis	Am dicken Turm 23 58636 Iserlohn	fritz.lax@t-online.de
Osnabrück	PD Dr. Thomas Rosenbach	Hautarztpraxis	Lotter Str. 58-61 49078 Osnabrück	info@ihrehaerzte.de
	Dr. Ansgar Weyergraf	Hautarztpraxis	Hasenstr. 17 59565 Bramsche	ansgar@weyergraf.de
Ostwestfalen-Lippe	Dr. Katharina Kreutzer	Klinikum Bielefeld, Hautklinik	An der Rosenhöhe 27 33647 Bielefeld	katharina.kreutzer@klinikumbielefeld.de
	Dr. Henrik Mohme	Hautarztpraxis	Hauptstr. 31 32457 Porta Westfalica	backoffice@psonetz-owl.de
Ruhr	Prof. Dr. Andreas Körber	Universitätsklinikum Essen, Klinik u. Poliklinik für Dermatologie	Hufelandstr. 55 45122 Essen	andreas.koerber@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	Dr. Dirk Maaßen	Hautarztpraxis	Am Großmarkt 2 67133 Maxdorf	hautarzt-maxdorf@gmx.com
	Prof. Dr. Christian Termeer	Hautarztpraxis	Rennstraße 2 70499 Stuttgart	info@hautarzt-termeer.de
Weser-Ems	Dr. Martin Schlaeger	Hautarztpraxis	Gottorpstr. 12 26122 Oldenburg	schlaeger.derm@t-online.de

[§] im Hautnetz Hamburg * im Netz für entzündliche Dermatosen in Hannover (NEDH) + im Hautnetz Leipzig/Westsachsen # im Dermanetz Mecklenburg-Vorpommern

PsoNet Berlin und Brandenburg

Moderne Therapien in der Schwangerschaft und Stillzeit

Eine mittelschwere oder schwere Psoriasis oder atopische Dermatitis steht dem Wunsch nach eigenem Nachwuchs keinesfalls entgegen. Das unterstrich Privatdozentin Dr. Marthe Schaarschmidt von der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Universitätsmedizin Mannheim bei einer Fortbildung des Psoriasisnetzes Berlin und Brandenburg zu Psoriasis und atopischer Dermatitis.

Allerdings müsse das Thema Kinderwunsch regelhaft angesprochen werden, so der kollegiale Rat. Denn rund die Hälfte aller Schwangerschaften stellen sich nach einer aktuellen Studie ungeplant ein. Eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch ist aber auch in einem solchen Fall unter Systemtherapie der chronisch entzündlichen Dermatose meist nicht gegeben, wie die Leiterin der Psoriasisprechstunde an der Mannheimer Universitäts-Hautklinik mit Verweis auf die aktuellen S3-Leitlinien zur Psoriasis und atopischen Dermatitis betonte. Nicht für alle Medikamente stehen die Ampeln auf grün bei der Behandlung chronisch entzündlicher Hauterkrankungen in der Schwangerschaft und Stillzeit, so Schaarschmidt. Vor der Einleitung einer Systemtherapie müsse insbesondere auch bei Patientinnen im reproduktiven Alter der Impfstatus überprüft werden: Lebendimpfungen, wie beispielsweise die Rötelnimpfung, sind unter der Therapie mit einem Biologikum oder Januskinase(JAK)-Inhibitor nicht möglich. Auch sollten Lebendimpfungen bei Neugeborenen, deren Mütter während der Schwangerschaft Biologika angewendet haben, gegebenenfalls verschoben werden, da die meisten Biologika plazentagängig sind.

Aufklärung zu Nutzen und Risiken erforderlich

Nach den bei der Fortbildung präsentierten Studiendaten weisen Patientinnen mit Psoriasis gegenüber Hautgesunden ein erhöhtes Risiko für Schwangerschaftskomplikationen auf, etwa für Bluthochdruck und Diabetes während der Schwangerschaft. Auch die Zahl der Früh- und Fehlgeburten, Kaiserschnitte und Babys mit niedrigem Geburtsgewicht ist bei Psoriasis erhöht. Allerdings – darauf wies Schaarschmidt ausdrücklich hin – sind die verfügbaren Daten heterogen. Eine hohe Krankheitsaktivität bedeute vermutlich ein erhöhtes Risiko. Für ein optimales Risikomanagement sei der interdisziplinäre Austausch mit den Gynäkologen und Kinderärzten erforderlich.

Mit der Schwangerschaft und nach der Geburt ändert sich oft auch die Krankheitsaktivität. Die ausgewerteten Studien weisen allerdings eine Schwankungsbreite auf: Bei einem bis zwei Dritteln aller Patientinnen mit Psoriasis kam es demnach während der Schwangerschaft zu einer Verbesserung des Krankheitsbildes. Nach der Geburt verzeichneten immerhin noch 1–10% einen Rückgang. Eine Verschlechterung der Psoriasis während der Schwangerschaft trat bei 9–24% ein. Nach der Geburt war eine negative Entwicklung je nach Studie bei 48–88% der jungen Mütter zu verzeichnen.



Dr. Marthe Schaarschmidt über moderne Therapien in der Schwangerschaft und Stillzeit © PsoNet Berlin und Brandenburg

Die Auswahl der passenden systemischen Behandlung in der Schwangerschaft und Stillzeit stellt angesichts der begrenzten Datenlage zur Anwendung von immunmodulatorischen Therapien eine Herausforderung dar, wie die Mannheimer Psoriasisexpertin erläuterte. Eine Orientierungshilfe geben die Leitlinien, die Fachinformationen und einschlägige wissenschaftliche Publikationen. Klar ist demnach: Die Datenlage zu TNF-alpha Inhibitoren ist gut. Für andere Biologika, die zur Therapie der Psoriasis eingesetzt werden (Interleukin(IL)-12/23, -17 und -23 Inhibitoren), liegen bislang weniger Studienergebnisse zur Anwendung in der Schwangerschaft und Stillzeit vor.

Therapieoptionen bei atopischer Dermatitis

Die S3-Leitlinie zur Therapie der atopischen Dermatitis sieht in der Schwangerschaft topische Kortikosteroide, topische Calcineurininhibitoren, UV-Bestrahlung oder in schweren Fällen auch Ciclosporin und gegebenenfalls Azathioprin als Therapie der Wahl vor. Methotrexat, Mycophenolat-Mofetil, die Langzeittherapie mit systemischen Kortikosteroiden, aber auch die innovativen Therapien mit JAK-Inhibitoren oder mit den Biologika Dupilumab und Tralokinumab sollen gemäß der 2023 veröffentlichten Leitlinie in der Schwangerschaft und Stillzeit nicht angewendet werden. Entsprechende Warnhinweise geben auch die pharmazeutischen Hersteller in den Fachinformationen der für die atopische Dermatitis zugelassenen Biologika und JAK-Inhibitoren. Es gibt mittlerweile jedoch vermehrt Berichte zu Schwangerschaften und Stillzeiten unter der Behandlung mit Dupilumab, bei denen sich keine besonderen Sicherheitssignale zeigten. Die Mannheimer Dermatologin berichtete in Berlin von einer schwer betroffenen Patientin aus der eigenen Klinik. Bei der 37-jährigen Patientin machte ein massiver Krankheitsschub der

atopischen Dermatitis während ihrer ersten Schwangerschaft eine frühzeitige Einleitung der Geburt erforderlich. Die zweite Schwangerschaft, die bereits 3 Wochen nach Absetzen von Upadacitinib eingetreten ist, verlaufe unter der Behandlung mit topischen Medikamenten und einer UVB 311 nm Bestrahlung problemlos. Allerdings habe sich das Hautbild im Laufe der Schwangerschaft verschlechtert, sodass die Patientin nach der

Entbindung gerne wieder mit Upadacitinib beginnen und auf das Stillen verzichten möchte.

„Man muss bei einer solchen Therapieentscheidung gemeinsam Nutzen und Risiko gegeneinander abwägen und mit der Patientin extrem gut zusammenarbeiten“, so die erfahrene Dermatologin zu den Voraussetzungen einer solchen Therapieentscheidung für die werdende Mutter und ihr Kind.

PsoNet Berlin und Brandenburg

Biologika: Wie lange bleiben innovative Therapien sicher?

Wie lange sind und bleiben Biologika zur Behandlung der Psoriasis sicher? Auch rund 20 Jahre nach Zulassung des ersten, damals noch völlig neuartigen Wirkstoffs ist diese Frage nicht erledigt. Das machte Prof. Sascha Gerdes vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein bei einer Fortbildung des Psoriasisnetzes Berlin und Brandenburg deutlich.

Der Grund liegt für erfahrene Dermatologen auf der Hand: Klinische Studien zur Zulassung eines Medikaments überprüfen zwar die Sicherheit des Wirkstoffs, aber nur über einen relativ kurzen Zeitraum und anhand eines begrenzten Patientenkollektivs. Die breite Masse der Patienten im Versorgungsalltag weist deutliche Unterschiede gegenüber der Zusammensetzung von Studienpopulationen auf, sowohl hinsichtlich des Alters und der Krankheitsgeschichte als auch im Hinblick auf Begleiterkrankungen.

Daher fokussierte Gerdes nicht allein auf Durchschnittswerte und Hinweise aus Zulassungsstudien, sondern auch auf Ergebnisse aus der Versorgungsforschung und Patientenregisterdaten, zu denen viele Teilnehmer der Fortbildung – online am Bildschirm und live im Vortragsaal – seit Jahren mit anonymisierten statistischen Angaben zu Therapieverläufen beitragen.

Zu den in Zulassungsstudien wie auch in Patientenregistern regelmäßig erfassten Nebenwirkungen zählen Infektionen, kardiovaskuläre Erkrankungen und Malignome, aber beispielsweise auch allergische Reaktionen, Kopfschmerzen und Hautirritationen, wie der Kieler Hochschulmediziner an zahlreichen Beispielen darstellte. Bei den zugelassenen Biologika sind schwerwiegende unerwünschte Ereignisse nach den von Gerdes präsentierten Daten äußerst selten. Allerdings fehlen für viele Wirkstoffe Langzeitdaten über einen Zeitraum von mehr als 56 Wochen. Daher sprach der Kieler Hochschulmediziner auch nur von einem „relativ beruhigenden Bild“.

Nebenwirkungen

Unerwünschte Ereignisse und Nebenwirkungen treten in der Einführungsphase einer Biologikatherapie deutlich häufiger als im weiteren Behandlungsverlauf auf. Doch längst nicht alle unerwarteten Ereignisse beeinträchtigen die weitere Behandlung der entzündlichen Hauterkrankung. Daher sind Angaben zu Therapieunterbrechungen bzw. Therapieabbrüchen für Gerdes noch aussagekräftiger als Statistiken zur reinen Häufigkeitsverteilung von Nebenwirkungen. Er sprach im Hinblick auf

Therapiebeständigkeit („Drug Survival“) von einem wichtigen „All-in-one“-Parameter, da er sowohl den möglichen Wirkverlust eines Medikaments als auch die arzt- und patienten-seitige Bewertung von Nebenwirkungen abbildet.

Behandlungserfolg und Risiko für Nebenwirkungen hängen, wie weitere von Gerdes präsentierte Daten zeigen, davon ab, ob eine immunologische Behandlung erstmals erfolgt oder ob bereits Biologikatherapien vorausgegangen sind, und ob die Therapie in Kombination mit weiteren antientzündlichen Medikamenten verordnet wird.

Im Übrigen ist Biologikum nicht gleich Biologikum. Und nicht jeder Wirkstoff ist für jeden Patienten gleichermaßen gut geeignet, wie Gerdes zeigte. Vielmehr weisen die einzelnen Substanzklassen – TNF-alpha-Antagonisten, Anti-Interleukin(IL)-17- und Anti-IL-12/23-Antagonisten – ein teils unterschiedliches, für ihre Substanzklasse charakteristisches Risiko- und Nebenwirkungsprofil auf.

Und auch die positive Kehrseite der Medaille sprach Gerdes an: eine je nach Substanzklasse und Dauer der Biologikatherapie unterschiedlich deutliche Absenkung des kardiovaskulären Risikos, Hinweise aus Studien auf ein vermindertes Risiko, im weiteren Krankheitsverlauf eine Psoriasis-Arthritis zu entwickeln, und eine präventive Wirkung der immunologischen Behandlung im Hinblick auf psychische Begleiterkrankungen.

Fazit nach 20 Jahren Biologika in der Dermatologie: Die damals neue Substanzklasse „stellt schon eine sehr sichere Therapie“ dar, so der Kieler Psoriasisexperte. „Und ich glaube fest daran, dass wir unseren Patienten etwas Gutes tun, wenn wir bei den schwerer Betroffenen die Psoriasis gut einstellen“, so Gerdes. Vorsicht bleibt nach seiner Einschätzung dennoch geboten, vor allem bei neuen Medikamenten, für die noch keine Daten über längere Zeiträume verfügbar sind. Gerdes verband seinen Vortrag mit dem Appell an die Kollegen, weiterhin Patienten in Register wie PsoBest einzubringen, um so die nötige Langzeitbeobachtung zum Sicherheitsprofil von Medikamenten zu ermöglichen.

PsoNet Leipzig/Westsachsen

Neuer Vorstand des Hautnetz Leipzig/Westsachsen

Auf der turnusmäßigen Neuwahl des Netzvorstandes wurden Prof. Jan-Christoph Simon erneut zum Vorsitzenden, Dr. Ulrike Wiemers zur stellvertretenden Vorsitzenden und Leiterin der Sektion Psoriasis, Dr. Susann Forker zur stellvertretenden Vorsitzenden und Leiterin der Sektion Atopische Dermatitis/Allergologie und Dr. Dietrich Barth zum stellvertretenden Vorsitzenden und Kassenwart/Schriftführer jeweils einstimmig gewählt. Ausgeschieden sind wegen beruflicher Veränderungen Prof. Regina Treudler und aus Altersgründen der Netzmitbegründer Prof. Joachim Barth.



V. l. n. r.: Prof. Jan-Christoph Simon, Dr. Dietrich Barth, Dr. Susann Forker, Dr. Ulrike Wiemers, Prof. Joachim Barth nach der Neuwahl © PsoNet Leipzig/Westsachsen

PsoNet Harz

9. Patientenseminar „Leben mit Schuppenflechte“ im Harzklinikum Quedlinburg

Am 14. Oktober 2023 versammelten sich im Harzklinikum Quedlinburg Patienten, Angehörige und Interessierte, um am 9. Patientenseminar „Leben mit Schuppenflechte“ teilzunehmen, das anlässlich des Weltpsooriasisstages stattfand. Die Veranstaltung richtete sich nicht nur an Menschen, die von Psoriasis betroffen sind, sondern auch an deren Angehörige sowie an Personen, die sich allgemein über diese Thematik informieren wollten.

Die Organisatorin der Veranstaltung und Leiterin des PsoNet Harz, Dr. Christiane Schreck, eröffnete das Seminar mit einem Überblick über die Versorgung der Psoriasis im Landkreis Harz. Ihr Beitrag war der Auftakt für die darauffolgenden Fachvorträge. Im ersten Fachvortrag referierte Dr. Margrit Simon von der Hautarztpraxis Berlin Tempelhof und Vorstandsmitglied des PsoNet Berlin/Brandenburg über „Neues und Altbewährtes in der Therapie der Psoriasis“. Die Teilnehmer erhielten Einblicke in aktuelle Entwicklungen und bewährte Therapieansätze im

Umgang mit Psoriasis. Der zweite Teil des Seminars konzentrierte sich auf die Verbindung zwischen Psoriasis und Diabetes mellitus. Dietrich Bley, Internist und Diabetologe, derzeit



Ärztliche Fachreferenten Dr. Christiane Schreck, Dietrich Bley, Dr. Margrit Simon (v. l. n. r.) © PsoNet Harz

als Hausarzt in Quedlinburg tätig, referierte umfassend über Diabetes mellitus als Komorbidität der Psoriasis. Im weiteren Verlauf der Veranstaltung präsentierte Joachim Klaus, Regionalgruppenleiter Sachsen-Anhalt vom Deutschen Psoriasis Bund (DPB), die Arbeit des Bundes. Sein Vortrag bot einen Einblick in die Unterstützungsmöglichkeiten und Aktivitäten des DPB. Im Anschluss der Fachvorträge fanden intensive Diskussionen zwischen Experten und Teilnehmern statt, wodurch ein direkter Austausch von Erfahrungen und Informationen ermöglicht wurde. Ein vielversprechender Ausblick wurde ebenfalls gegeben: Im Herbst 2024 ist die Jubiläumsveranstaltung, das 10. Patientenseminar, fest eingeplant. Die Teilnehmer dürfen sich auf ein besonderes Event freuen, das auch in diesem Jahr wieder wichtige Informationen und Austauschmöglichkeiten bieten wird.



Joachim Klaus vom Deutschen Psoriasis Bund, Regionalleiter Sachsen-Anhalt, über Selbsthilfe bei Psoriasis © PsoNet Harz

PsoNet Ostwestfalen-Lippe

Nachhaltigkeit in der Dermatologie

Klimawandel und Nachhaltigkeit sind in aller Munde. Doch welche Rolle spielt der medizinische Sektor dabei und wie können wir Ärzte unseren Beitrag dazu leisten? Diese Fragen haben wir uns im PsoNet Ostwestfalen-Lippe gestellt und daraufhin Dr. Susanne Saha, Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Nachhaltigkeit in der Dermatologie e.V., zu einer Fortbildungsveranstaltung eingeladen. Thema der Veranstaltung: „Nachhaltigkeit in der Dermatologie in Klinik und Praxis“.

Die steigenden Bevölkerungszahlen bei gleichzeitig steigender Lebenserwartung führen zu Wasserknappheit, Versauerung der Ozeane und Anstieg der Treibhausgase. Die Folge sind Temperaturanstieg und Verlust der Biodiversität. Der Temperaturanstieg ist sogar noch stärker als die Hochrechnungen bisher hervorgesagt haben. Direkte Effekte sind Hitzewellen und Überflutungen, indirekte Effekte sind schlechte Wasser- und Luftqualität, die Entstehung neuer Krankheiten, aber auch die Beeinflussung sozialer Faktoren wie Armut und Krieg. All dies wiederum hat Auswirkungen auf die Gesellschaft, welche sich auch in unserem Gesundheitssystem widerspiegeln. So steigt beispielsweise die Zahl der Tumore durch enorme UV-Expositionen an und Allergien und vektorübertragene Erkrankungen wie Lyme Borreliose und FSME treten vermehrt auf.

Eine entscheidende Aufgabe des Gesundheitssystems ist es deshalb auch, die CO₂-Emissionen zu verringern. Zur Entstehung der Treibhausgase im Gesundheitsbereich tragen zum Beispiel hoher Energieverbrauch, Narkosegase und Überverordnungen bei. Über 50 % dieser Emissionen stammen aus der Verbrennung fossiler Energien. Der Gesundheitssektor befindet sich hierbei in einem Teufelskreis: Die steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen führt zu höheren Emissionen, verstärkt die Klimakrise, erhöht so die gesundheitliche Belastung, die wiederum die höhere Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bedingt.

Wir fragten, was wir in der Dermatologie tun können, um einen Beitrag zur Verringerung dieser Emissionen zu leisten. Dazu hatte Saha folgende Antworten: „In einer durchschnittlichen Arztpraxis bestehen circa 60 % der Treibhausgasemissionen aus Medikamenten, vor allem Externa. Natürlich müssen notwendige Medikamente verschrieben und von unseren Patienten angewendet werden. Doch die Externa mit ihren Verpackungen werden zum Teil sehr energieaufwändig aus fossilen Energieträgern hergestellt und enthalten oftmals auch bedenkliche (Inhalts-) Stoffe, welche gesundheitsschädlich, umweltbelastend und klimaschädigend sein können. Allein 2015 stammten 4,5 % der Treibhausgasemissionen aus der Plastikproduktion. Plastikabfall zerfällt unter UV-Strahlung im Meer mit den bekannten Folgen. Da medizinisches Personal großes Vertrauen in der Bevölkerung genießt und mit vielen Menschen in Kontakt kommt, kann es großen Einfluss auf das gesundheitsbezogene Verhalten der Gesellschaft nehmen. Idealerweise können Ärzte ihre Verantwortung und Einflussfähigkeit nutzen, um einen resilienten, nachhaltigen und ökonomisch stabilen Gesundheitssektor aufzubauen. Eine nachhaltige Praxisführung kann viele Vorteile haben: Zuständigkeiten werden geklärt, die Ressourcenplanung optimiert und Kosten reduziert. Dadurch steigt die Arbeitsplatzattraktivität. Ein Beispiel ist die Digitalisierung: Doppeluntersuchungen fallen weg, Papierverbrauch und Abfall werden ver-

ringert. Ein anderes Beispiel ist die Telemedizin. Sie reduziert den CO₂-Fußabdruck von Patienten, verbessert die medizinische Versorgung in ländlichen Gebieten und fördert den interdisziplinären Austausch.“

An diesen Vortrag schloss sich eine sehr angeregte Diskussion an, die sich auch um die praktischen Maßnahmen vor Ort in den Praxen drehte. Hierzu konnte Saha viele hilfreiche Anregungen geben.



Fortbildungsveranstaltung am 06. Dezember 2023 im Hotel Lippischer Hof Bad Salzuflen

© Jan Schmale

PsoNet Hamburg

Intensivkurs „Entzündliche Hauterkrankungen“ mit Kickerduell!

Psoriasisversorgung verbessern – zu dieser Zielsetzung gehören für das PsoNet Hamburg nicht nur Fachveranstaltungen für Dermatologen und andere Arztgruppen, sondern auch die gezielte Förderung von medizinischen Fachangestellten (MFA). Am 24. März 2023 wurden in einem zweitägigen Intensivkurs 25 Beschäftigte aus Hautarztpraxen und -kliniken der Metropolregion Hamburg unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Matthias Augustin mit Team, Dr. Andreas Kleinheinz, Dr. Florian Schenck und Kollegen geschult. Praktische Übungen zu den Scores, zu PsoBest und Hintergründiges über chronische Haut-



Dr. Florian Schenck (v. l.), Dr. Frenz Ohm (h. l.) und Dr. Andreas Kleinheinz (v. r.) beim spannenden Tischkicker-Duell © PsoNet Hamburg

krankheiten standen auf dem Programm. Aber auch der Spaß kam auf der informativen Veranstaltung nicht zu kurz: Dr. Frenz Ohm, Dr. Kleinheinz und Dr. Schenck duellierten sich im – wenn auch nicht ganz fair aufgestellten – 2-gegen-1-Tischkicker-Duell. Fairer war hier die erreichte Punktzahl der Veranstaltung: Diese wurde von allen mit Höchstpunktzahl bewertet.

Fortbildungen | Symposien 2024

Datum	Ort	Veranstaltung & Informationen
17.04.2024	Hamburg	Haut-Update Spezial Psoriasis/Psoriasis-Arthritis Hautnetz Hamburg, UKE info@hautnetz-hamburg.de
24.04.2024	online	Online-Fortbildungsreihe „Netz um 1“ Psoriasis-Praxisnetz Süd-West e. V. https://www.psonet-sw.de/anmeldung
19./20.04.2024	Hamburg	DDA-Zertifizierungskurs Psoriasis PsoNet und Hautnetz Hamburg info@hautnetz-hamburg.de
22.05.2024	Hamburg	Haut-Update Spezial Klinische Fälle Live Psoriasis-Arthritis Hautnetz Hamburg, UKE info@hautnetz-hamburg.de
29.05.2024	Berlin	Fortbildungsveranstaltung PsoNet Berlin-Brandenburg Sabine di Muro; info@psonet-bb.de
05.06.2024	Hamburg	Tandem: Eppendorfer Symp/Haut-Update Hautnetz Hamburg, UKE info@hautnetz-hamburg.de
08.06.2024	Leipzig	Fortbildungsveranstaltung Leipziger Gesundheitsnetz, Hautnetz Leipzig/Westsachsen info@hautnetz-leipzig.de
11.06.2024	online	Online-Fortbildungsreihe „Netz um 1“ Psoriasis-Praxisnetz Süd-West e. V. https://www.psonet-sw.de/anmeldung
04.09.2024	Berlin	Fortbildungsveranstaltung PsoNet Berlin-Brandenburg Sabine di Muro; info@psonet-bb.de
23.10.2024	Dresden	Fortbildungsveranstaltung für Ärzte Hautnetz Dresden-Ostsachsen Andrea Schumacher; dermatologie@ukdd.de
24.10.2024	Hamburg	Welt-Psoriasis-Tag 2024 Hautnetz Hamburg, UKE, PsoNet, DPB events@hautnetz-hamburg.de
06.11.2024	Dresden	Informationsveranstaltung für Patienten Hautnetz Dresden-Ostsachsen Andrea Schumacher; dermatologie@ukdd.de
22.11.2024	Berlin	14. Nationale Versorgungskonferenz Psoriasis und 2. Nationale Versorgungskonferenz Haut PsoNet und Hautnetz Deutschland info@hautnetz-hamburg.de

Fort- und Weiterbildungen des PsoNet Hamburg und des Hautnetz Hamburg sowie Informationen zu Kursen und Anbietern finden Sie immer aktuell auf der Internetseite unter www.hautnetz-hamburg.de.

Wenn Sie Ihre eigenen Veranstaltungen hier hervorheben möchten, kontaktieren Sie bitte die Redaktion unter magazin@psonet.de.

Mittelschwere Plaque-Psoriasis bei Erwachsenen:

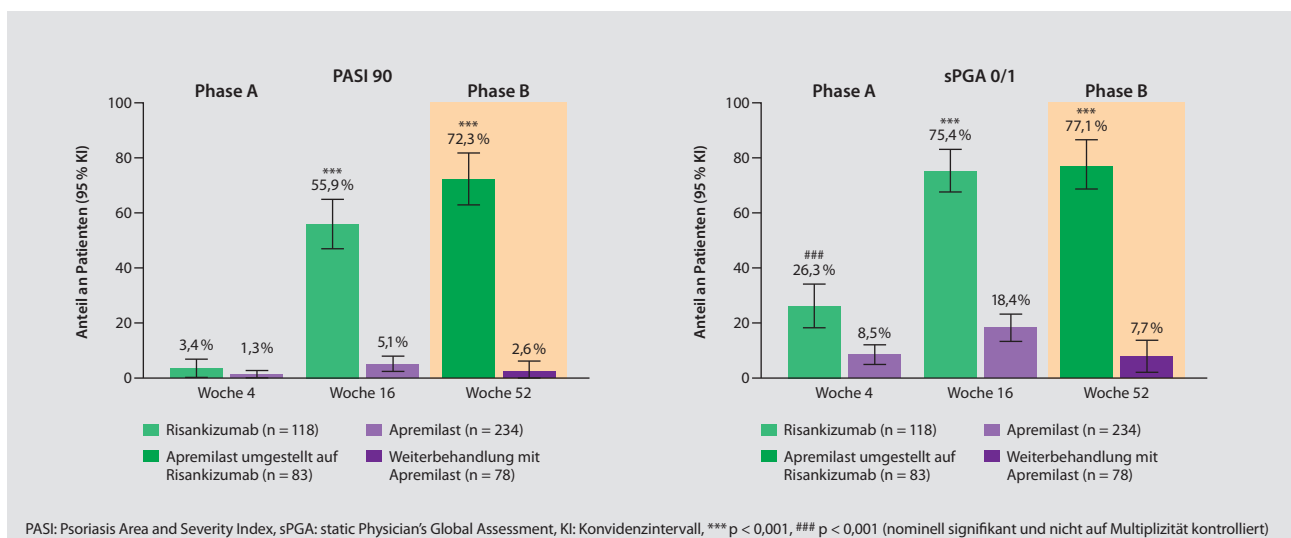
Risankizumab erreicht Überlegenheit gegenüber Apremilast in direkter Vergleichsstudie der Phase IV

In der offenen Phase-IV-Vergleichsstudie IMMpulse¹ wurden die Wirksamkeit und Sicherheit von Risankizumab (Skyrizi®) bei erwachsenen Patienten mit mittelschwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie infrage kamen, mit Apremilast verglichen. Die in zwei Phasen unterteilte Studie zeigte nach 16 und nach 52 Wochen die Überlegenheit von Risankizumab gegenüber Apremilast. In der Studie wurden alle primären und gewichteten sekundären Endpunkte erreicht und es wurden keine neuen Sicherheitssignale festgestellt¹

In der offenen Vergleichsstudie IMMpulse¹ mit verblindeter Beurteilung der Wirksamkeit wurden Patienten mit stabiler mittelschwerer Psoriasis, definiert als Befall der Körperoberfläche (KOF) $\geq 10\%$ und $\leq 15\%$, Psoriasis Area and Severity Index (PASI) ≥ 12 und static Physician's Global Assessment (sPGA) = 3, aufgenommen und für die Behandlung mit Risankizumab bzw. Apremilast randomisiert. Koprimary Endpunkte der Phase A nach 16 Wochen waren das Erreichen von PASI 90 und sPGA 0/1. Unter Risankizumab erreichte ein signifikant höherer Anteil der Patienten die koprimary Endpunkte als unter Apremilast: 55,9% der Patienten unter Risankizumab erreichten PASI 90 und 75,4% sPGA 0/1 gegenüber 5,1% bzw. 18,4% unter Apremilast (beide Werte $p < 0,001$). Auch der Anteil der Patienten, die in Woche 16 den gewichteten sekundären Endpunkt PASI 75 erreichten, war unter Risankizumab signifikant höher als unter Apremilast (84,7% gegenüber 18,8%; $p < 0,001$). Primärer Endpunkt in Phase B war in Woche 52 das Erreichen von PASI 90 bei Patienten, die nach 16 Wochen Behandlung mit Apremilast kein PASI-75-Ansprechen erreicht hatten. Diese Patienten wurden randomisiert auf entweder Risankizumab oder Weiterbehandlung mit Apremilast. In Woche 52 erreichte ein

signifikant höherer Anteil der auf Risankizumab umgestellten Patienten PASI 90 verglichen mit den Patienten, die weiterhin Apremilast erhielten: (72,3% gegenüber 2,6%; $p < 0,001$). Nach 52 Wochen kontinuierlicher Behandlung erreichten 73,7% der Patienten unter Risankizumab die vorab festgelegten Endpunkte PASI 90 und 63,6% PASI 100 gegenüber 4,5% der Patienten unter Apremilast für PASI 90 und 2,7% für PASI 100 (nominaler p-Wert = 0,001 für beide Vergleiche).

Das Sicherheitsprofil von Risankizumab in dieser Studie entsprach dem früherer Studien. Die Behandlung wurde gut vertragen und es wurden keine neuen Sicherheitssignale festgestellt.¹ Basierend auf dem Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication Version 9 (TSQM-9) bewerteten die Patienten in Woche 16 ihre Therapiezufriedenheit. Der Vergleich der Werte zeigte: Mit Risankizumab behandelte Patienten berichteten über höhere Zufriedenheit mit der Wirksamkeit (80,6) und der einfachen Handhabung (84,9) sowie eine höhere Gesamtzufriedenheit (86,2) im Vergleich zu den mit Apremilast behandelten Patienten (46,9, 69,0 bzw. 47,7; nominaler p-Wert $< 0,001$ für alle Vergleiche). (red)



Koprimary und sekundäre Endpunkte der IMMpulse-Studie¹ [mod. nach 1]

Quellen:

1 Stein Gold LF et al. Br J Dermatol 2023; 189 (5): 540-552

Meldungen, Studien und Neuheiten aus dem Kreis der Pharma-Mitglieder des Fördervereins PsoNet in Deutschland e.V.

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG • Almirall Hermal 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

Psoriasis­therapie mit Tildrakizumab: Deutliche Verbesserung der somatischen sowie der psychischen Gesundheit der Patienten

In einer unter Bedingungen der Routinepraxis durchgeführten Phase-IV-Studie konnte gezeigt werden, dass die Behandlung der mittelschweren bis schweren Psoriasis mit Tildrakizumab bei Betroffenen nicht nur zu einer deutlichen Verbesserung im Psoriasis Area and Severity Index (PASI) führt, sondern auch eine Reduktion des Juckreizes und Verbesserung des Schlags sowie eine Steigerung der Arbeitsproduktivität und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit sich bringt.

Psoriasis geht nicht nur mit belastenden körperlichen Symptomen einher, sondern beeinflusst auch weitere Aspekte des täglichen Lebens der Patienten. Die Wirksamkeit moderner Biologika wie Tildrakizumab auf die Hautsymptomatik ist aus einer Vielzahl von klinischen Studien gut bekannt. Bislang mangelte es aber an Studiendaten, wie sich eine solche effektive Behandlung auch auf das psychische und soziale Wohlbefinden auswirkt. In einer internationalen, multizentrischen, offenen Phase-IV-Studie¹ konnte nun gezeigt werden, wie sich die Psoriasis­therapie mit dem Interleukin(IL)-23p19-Inhibitor Tildrakizumab (ILUMETRI®) auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirkt.

Deutliche Verbesserung der Hautsymptomatik

An der an 40 dermatologischen Zentren in Spanien und Italien durchgeführten Studie mit der Bezeichnung TRIBUTE nahmen 177 Patienten mit mindestens mittelschwerer Psoriasis teil. Tildrakizumab wurde subkutan in einer Dosis von 100 mg in den Wochen 0, 4 und 16 verabreicht. Nach 24 Wochen lag der Anteil der Patienten, die PASI-Werte ≤ 3, einen PASI 75 oder PASI 90 erreichten, bei 88,4%, 92,5% bzw. 74,0%. Neben der klinischen Hautsymptomatik verbesserten sich auch patientenberichtete Ergebnisse wie Juckreiz, Schmerz, Schuppung, Schlafqualität sowie Arbeits- und Aktivitätseinschränkung.

Abnahme des Juckreizes, Steigerung der Schlafqualität

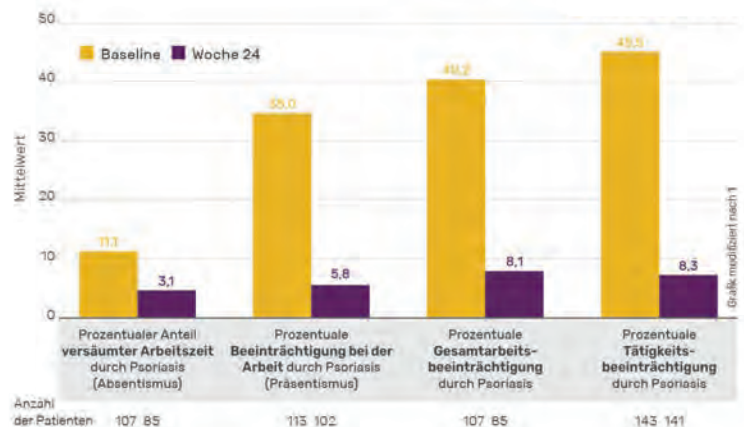
Der Anteil der Patienten, die auf den betreffenden numerischen Rating-Skalen (NRS) einen Juckreiz-Score < 3 und einen Schmerz-Score < 3 erreichten, stieg von 15,7% bzw. 43,9% in Woche 4 auf 76,5% bzw. 84,9% in Woche 24. Die Werte auf der Juckreiz-NRS, der Schmerz-NRS und der Schuppung-NRS gingen zwischen Studienbeginn und Woche 24 deutlich zurück: von median 7,4 auf 1,7, von 4,6 auf 1,1 und von 7,4 auf 1,8.

Die Patienten berichteten außerdem von einer signifikanten Verbesserung ihrer Schlafqualität: Der absolute Mittelwert auf der Medical-Outcomes-Study (MOS)-Sleep-Skala, die Parameter wie Schlafdauer, Atemnot, Kopfschmerzen, Schnarchen und Schläf-

rigkeit am Tage erfasst, reduzierte sich von 39,8 zu Baseline auf 28,5 in Woche 24.

Weniger Fehlzeiten, mehr Aktivität

Einhergehend mit der Verbesserung der Schlafqualität kam es im Rahmen der Studie zu signifikanten Verbesserungen der Arbeitsproduktivitäts- und Aktivitätseinschränkung (Work Productivity and Activity Impairment [WPAI]) zwischen Studienbeginn und Woche 24: So sanken die Fehlzeiten am Arbeitsplatz median von 11,1% auf 3,1%, die Beeinträchtigungen während der Arbeit von 35,0% auf 5,8%, die Gesamtbeeinträchtigung der Arbeitsleistung von 40,2% auf 8,1% und die Aktivitätseinschränkungen von 45,5% auf 8,3%.



Absolute Mittelwerte im WPAI-Score zu Studienbeginn und in Woche 24 (ITT-Population, OC). ITT, intention-to-treat; OC, observed cases; WPAI, Work Productivity and Activity Impairment

Die genannten Vorteile der Psoriasis-Therapie mit Tildrakizumab führten seitens der Patienten schnell zu einer hohen Gesamtzufriedenheit (Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication [TSQM]), deren mittlerer Wert bei 80,5 lag. Das Sicherheitsprofil der Therapie erwies sich in TRIBUTE als günstig und entsprach den Ergebnissen der Phase-III-Studien.

Bei Rückfragen und für weitere Informationen wenden Sie sich gern an info@almirall.com.

Quelle:

1 Costanzo et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2023 Oct;37(10):2004-2015

Neues Adalimumab für Kinder zur schmerzarmen Psoriasisstherapie

Bei rund einem Drittel der Betroffenen manifestiert sich die Psoriasis bereits im Kindes- und Jugendalter. Eine frühe Therapie ist nicht nur aufgrund des oft erheblichen Leidensdrucks von Kind und Eltern, sondern auch wegen der bei frühem Krankheitsbeginn drohenden Spätfolgen indiziert. Fakt ist allerdings, dass viele Kinder immer noch unterversorgt sind, obwohl schätzungsweise 20% der Patienten eine Systemtherapie benötigen.

So ergab eine Real-World-Erhebung mit europäischen und US-amerikanischen Ärzten, dass trotz moderater bzw. schwererer Erkrankung lediglich 15,3% bzw. 17,2% der pädiatrischen Menschen mit Psoriasis jemals eine Systemtherapie erhalten haben.¹ Dieses Vorgehen steht im Gegensatz zur deutschen Leitlinienempfehlung, in Abhängigkeit des Schweregrades und bei unzureichendem Ansprechen eine systemische Behandlung einzuleiten.² Durch den Einsatz von Biologika sind heute auch ambitionierte Therapieziele wie eine PASI(Psoriasis Area and Severity Index)-100-Antwort möglich geworden.

Einsatz als First-Line-Therapie

Von den derzeit fünf verfügbaren Biologika für die kindliche Psoriasis wird in der Leitlinie Adalimumab als Mittel der Wahl empfohlen. Hintergrund ist das Vorliegen umfangreicher Langzeitdaten³, zumal der Tumornekrosefaktor-alpha-Inhibitor bereits 2008 für die Behandlung pädiatrischer Erkrankungen zugelassen wurde und 2015 für die kindliche Psoriasis. Weiterer Vorteil ist, dass er für diese Indikation bereits ab dem vierten Lebensjahr angewendet werden kann, während dies bei den anderen Biologika erst ab sechs Jahren möglich ist.²

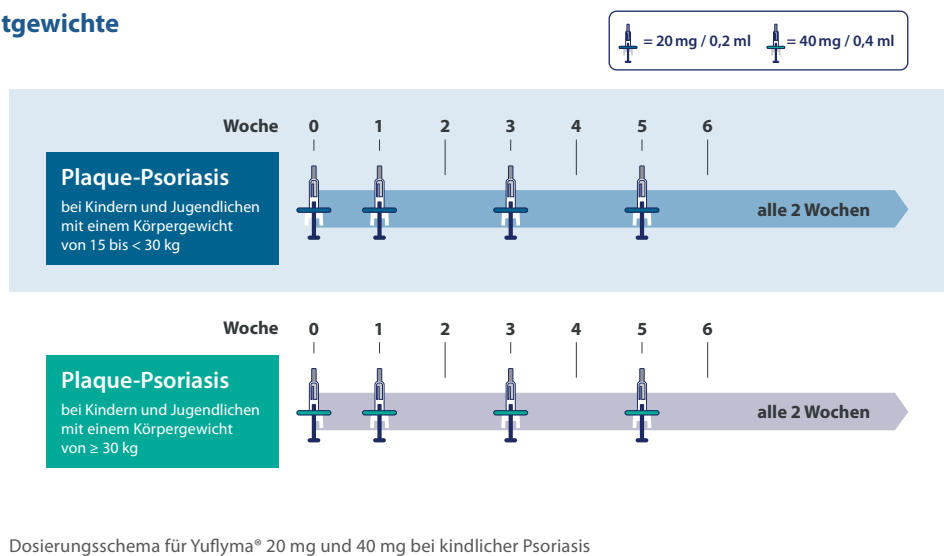
Neues Adalimumab für Leichtgewichte

Seit diesem Frühjahr ist ein neues Adalimumab-Biosimilar in der 20-mg-Stärke zugelassen: Mit Yuflyma® 20 mg bietet Celltrion nun alle drei Wirkstärken (20, 40 und 80 mg) aus einer Hand an und macht den späteren Wechsel auf ein anderes Präparat aufgrund zunehmenden Gewichts bzw. Alters überflüssig. Das dürfte sich auch positiv auf Adhärenz und Sicherheit der Therapie auswirken, zumal den Patienten das Handling der Spritze bereits vertraut ist und auch die Galenik die gleiche bleibt.

Injektionsschmerz verringern

Die unter Biologika beobachteten Reaktionen an der Injektionsstelle sind deutlich häufiger irritativ als allergisch bedingt⁴ und können durch eine verbesserte Galenik minimiert werden.⁵ Celltrions niedrigdosiertes Adalimumab-Biosimilar ist – wie auch die anderen Wirkstärken – citratfrei, volumenreduziert und hochkonzentriert.⁶ Schmerzen an der Injektionsstelle können durch Verwendung der feinen Nadel (29 G), Verringerung des Injektionsvolumens und Verzicht auf Citratpuffer reduziert werden,⁵ was gerade für die Therapie kleiner Kinder relevant ist. Zur Minimierung allergischer Risiken wurde bei der Spritze zudem auf eine latexfreie Ausführung geachtet.

Adalimumab ist für die schwere chronische Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen zugelassen, die unzureichend auf topische und Phototherapien angesprochen haben oder dafür ungeeignet sind. Bis 30 kg Körpergewicht werden alle zwei Wochen 20 mg subkutan verabreicht, ab 30 kg werden dann 40 mg injiziert. Die Therapie wird mit je einer Gabe in Woche 0 und 1 eingeleitet.



Quellen:

- 1 Seyger MMB et al. Acta Derm Venereol 2022; 102: adv00660
- 2 S2k-Leitlinie 2021, AWMF-Register-Nr.: 013-094
- 3 Horneff G et al. J Pediatr 2018; 201: 166-75.e3
- 4 Thomaidou E et al. Dermatol Ther 2019; 32: e12817
- 5 Nash P et al. Rheumatol Ther 2016; 3: 257-270
- 6 EPAR Yuflyma, Update 2024

Meldungen, Studien und Neuheiten aus dem Kreis der Pharma-Mitglieder des Fördervereins PsoNet in Deutschland e.V.

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG • Almirall Hermal 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

Plaque-Psoriasis: Superresponse unter Guselkumab-Therapie

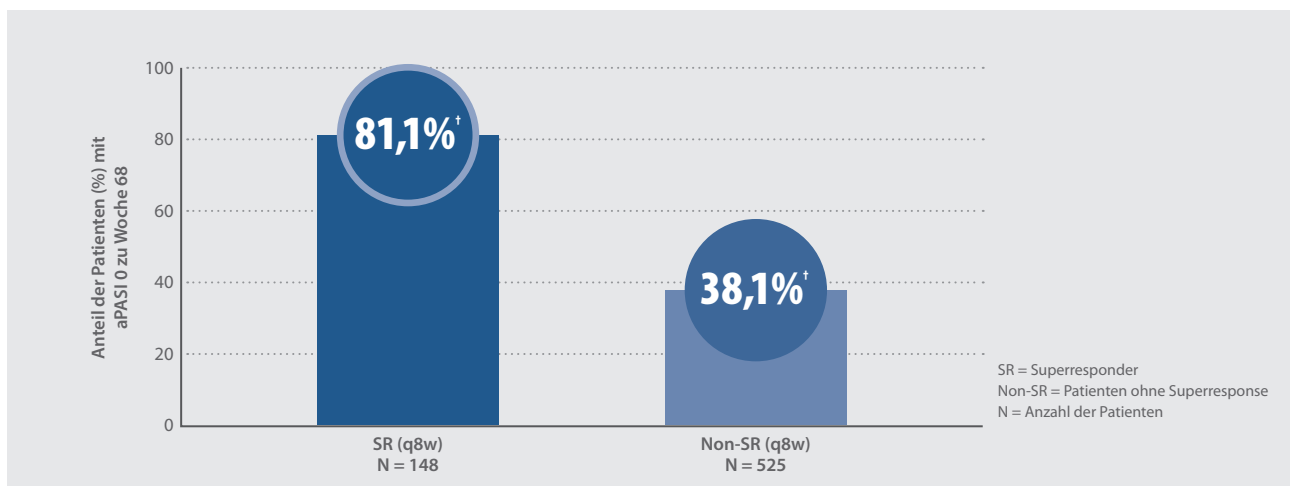
In der Phase-III-Studie GUIDE^{*} wurde in dieser Weise erstmals der Begriff „Superresponse“[†] (Erreichen eines absoluten Psoriasis Area and Severity Index [aPASI] = 0 zu zwei aufeinanderfolgenden Zeitpunkten – zu Woche 20 und Woche 28) untersucht.¹ Die Studie erforscht in diesem Zusammenhang unter anderem, wie viele Patienten mit Plaque-Psoriasis unter Guselkumab (Tremfya[®]) eine solche Superresponse erreichen und welche Effekte das besonders gute Ansprechen im weiteren Therapieverlauf hat.¹

Eine Interimsanalyse ergab, dass das Kriterium der Superresponse zu Woche 28 insgesamt von 34,4% aller eingeschlossenen Patienten erfüllt wurde. Der Anteil an Superrespondern zu Woche 28 war in der Gruppe der Kurzzeiterkrankten (Erkrankungsdauer ≤ 2 Jahre) höher als bei Langzeiterkrankten (Erkrankungsdauer > 2 Jahre): 43,7% vs. 28,1%.¹ Die 68-Wochendaten ergaben, dass Superresponder einen aPASI = 0 über längere Zeit aufrechterhalten konnten: In Woche 68 wiesen 81,1% der Superresponder einen aPASI = 0 auf. Darüber hinaus ergab sich, dass auch 38,1% der Patienten ohne Superresponse zu Woche 68 einen aPASI = 0 aufwiesen.^{†,2}

Einflussfaktoren zum Erreichen einer Superresponse

Eine logistische Regressionsanalyse der GUIDE-Studie untersuchte den möglichen Einfluss von sechs verschiedenen Faktoren auf das Erreichen einer Superresponse. Bei den Faktoren handelt es sich um Erkrankungsdauer, Anzahl der Vortherapien

mit Biologika, Alter bzw. Geschlecht der Patienten, PASI zu Woche 0 und Body-Mass-Index (BMI). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Erkrankungsdauer und Biologikavortherapien den stärksten Einfluss auf das Erreichen einer Superresponse haben könnten. So wiesen Kurzzeiterkrankte eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Superresponse auf (Odd Ratio [OR] = 1,58; 95%-Konfidenzintervall [KI] = (1,16; 2,14), $p = 0,003$)[‡]. Eine Biologikavortherapie war dagegen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit verbunden (OR = 0,47; 95%-KI = (0,28; 0,78); $p = 0,004$)[‡]. In Bezug auf Alter und BMI ergab sich, dass die Wahrscheinlichkeit eine Superresponse zu erreichen, mit jedem Lebensjahr (OR = 0,98; 95%-KI = (0,97; 0,99); $p < 0,001$) und jedem Anstieg des BMI um 1 kg/m² (OR = 0,95; 95%-KI = (0,93; 0,98); $p < 0,001$) geringfügig sank[‡]. Das Geschlecht oder der Baseline PASI schienen keinen ausschlaggebenden Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer Superresponse zu haben.¹



Anteil der Patienten, die zu Woche 68 einen aPASI = 0 erreichten, [mod. nach 2]

* Randomisierte, doppelblinde, multizentrische Phase-IIIb-Studie mit 880 erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, bestehend aus drei Teilen. In Part 1 (Woche 0–28) der Studie erhielten alle eingeschlossenen Patienten zu Woche 0, 4, 12 und 20 Guselkumab 100 mg. In Part 2 (Woche 28–68) der Studie erhielten alle Superresponder Guselkumab 100 mg in zwei verschiedenen Dosisintervallen, u. a. alle 8 Wochen (q8w). Non-Superresponder wurden bis Woche 68 weiter mit Guselkumab 100 mg q8w behandelt. Primärer Endpunkt war der Anteil an Superrespondern mit aPASI < 3 in Woche 68.¹

[†] Superresponse: präspezifizierte Subpopulation der GUIDE-Studie, die besonders gut anspricht (aPASI = 0 sowohl zu Woche 20 als auch zu Woche 28).¹

Kein wesentlicher sekundärer Endpunkt.

[‡] Weiterer sekundärer Endpunkt, der deskriptiv ausgewertet wurde. Non-Responder-Imputation (NRI), Intention-to-treat (ITT).

[§] Diese Zusammenhänge waren nominal statistisch signifikant, kein Hinweis auf Multikollinearität zwischen den unabhängigen Variablen [Likelihood Ratio, $p < 0,001$].¹

Quellen:

- Schäkel K et al. J Eur Acad Dermatol Venerol 2023; 1-12
- Schäkel K et al. ESDR 2022; Poster #P083

Meldungen, Studien und Neuheiten aus dem Kreis der Pharma-Mitglieder des Fördervereins PsoNet in Deutschland e.V.

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG • Almirall Hermal 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

LEO Pharma: Die neue DermaForce

LEO Pharma ist ein Unternehmen mit einer langen Geschichte und Tradition. Gleichzeitig ist es modern, denn das Unternehmen mit dänischen Wurzeln hat sich vor allem in den letzten Jahren verstärkt auf Innovationen im Bereich der Hauterkrankungen konzentriert, wodurch sich das Unternehmen stark gewandelt hat. Seit Anfang 2023 tritt die Geschäftseinheit Dermatologie als DermaForce auf.

Der Startschuss für die Gründung von LEO Pharma war im Jahr 1908: Die beiden Apotheker Anton Antons und August Kongsted kauften die LEO-Apotheke in Kopenhagen, gründeten die „Løvens Keminske Fabrik“ und wählten bereits damals den Löwen als Logo, der 1956 als offizielles Markenzeichen registriert wurde. Zwar im Keller, aber mit modernsten Produktionsverfahren begannen sie mit der Medikamentenherstellung und brachten 1912 als erstes LEO-Produkt das Schmerzmittel ALBYL® mit



dem Wirkstoff Acetylsalicylsäure auf den Markt. Es sollte für viele Jahrzehnte das beliebteste Schmerzmittel Dänemarks bleiben. Gleichzeitig unterstützte LEO Pharma die Etablierung der dänischen Pharmaindustrie und finanzierte die bahnbrechende Forschungsarbeit der späteren Nobelpreisträger August Krogh und Hans Christian Hagedorn, die die Serienproduktion von Insulin in Dänemark einläutete. Unter der Leitung von Knud Abilgaard, der LEO Pharma 1939 übernimmt, stellte das Unternehmen gegen Ende des zweiten Weltkriegs als einzige Pharmafirma außerhalb Großbritanniens und den USA Penicillin her.

In den fünfziger Jahren des 20. Jahrhunderts begann die unaufhaltsame Expansion von LEO Pharma. Das Unternehmen richtete den Fokus auf die Dermatologie und brachte erfolgreiche und wettbewerbsstarke Medikamente auf den Markt, zunächst Fucidine® im Jahr 1962 und, als Grundpfeiler der Therapie der Schuppenflechte, Daivonex® 1991 und Daivobet® 2001. Ergänzt wurde die Produktpalette durch Medikamente in der Behandlung von Thrombosen, allen voran innohep®. Die LEO Stiftung wurde 1984 gegründet und übernahm das Unternehmen 1986 vollständig. Die „Løvens Keminske Fabrik“ änderte 2002 ihren Namen in LEO Pharma; 2008 konnte LEO Pharma sein 100-jähriges Jubiläum feiern – mit einem Rekordumsatz.

Durch das Engagement in den Indikationen Psoriasis, atopische Dermatitis und Hautinfektionen hat sich LEO Pharma in den vergangenen Jahren ebenso zu einem führenden Anbieter von Biologika in der Dermatologie entwickelt. Bei LEO Pharma steht der Patient mit seinem Wunsch nach Linderung oder Heilung stets im Mittelpunkt der Aktivitäten. Die Produkte und Serviceangebote haben daher als oberstes Ziel, die Lebensqualität und die Gesundheit von Patienten zu verbessern. Hier spielt auch die Kommunikation unter anderem mit Hautärzten eine bedeutende Rolle. Das Unternehmen versteht sich im partnerschaftlichen Dialog und versucht, die Bedürfnisse der Patienten sowie Ärzte präzise zu verstehen und die am besten passenden Antworten zu finden.

Seit Beginn des Jahres 2023 tritt die deutsche Organisation in der Dermatologie als LEO Pharma DermaForce auf. Die DermaForce ist eine Bündelung fachlicher Kompetenzen und Services gegenüber Praxen und Ambulanzen in den Bereichen Psoriasis und atopische Dermatitis. Durch die gezielt zusammengesetzten Teams der DermaForce entstehen Portfoliobesprechungen in der Praxis, die inhaltliche Synergien schaffen und den Praxen wertvolle Zeit sparen, regelmäßige Planbarkeit sichern und nicht zuletzt auch persönlichere Beziehungen aufbauen lassen.

Disclaimer:

LEO Pharma ist ein internationales, unabhängiges, forschendes Pharmaunternehmen mit Hauptsitz Ballerup bei Kopenhagen in Dänemark. LEO Pharma ist mehrheitlich im Besitz der LEO Stiftung und ist führend in verschiedenen Schwerpunktgebieten der Dermatologie. Das Hauptaugenmerk von LEO Pharma liegt in der Entwicklung, Herstellung und Vermarktung sicherer und wirksamer Arzneimittel für die Behandlung von Hauterkrankungen, insbesondere der Psoriasis und der atopischen Dermatitis. Im vergangenen Jahr stieg der Umsatz um 7 % auf 1,43 Mrd. Euro. Das Unternehmen beschäftigt mehr als 4.600 Mitarbeiter weltweit, davon ca. 170 in Deutschland. Die deutsche Niederlassung feierte im Jahr 2022 ihr 30-jähriges Bestehen.

Meldungen, Studien und Neuheiten aus dem Kreis der Pharma-Mitglieder des Fördervereins PsoNet in Deutschland e.V.

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG • Almirall Hermal 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

Kasuistik

Ixekizumab zeigt schnelles, starkes Ansprechen auf Hautveränderungen und Juckreiz bei jungem Patienten mit Psoriasis

Ein schnelles Ansprechen und langanhaltend starke Wirksamkeit bei guter Verträglichkeit – damit überzeugt der IL-17A-Inhibitor Ixekizumab (Taltz®) bei der Langzeittherapie der Plaque-Psoriasis.^{a,1,2,3} Daten aus klinischen Studien zeigen: Rund 67 % der Patienten konnten mit Ixekizumab ein PASI-100-Ansprechen erzielen und die vollständige Erscheinungsfreiheit über fünf Jahre hinweg aufrechterhalten.^{b,2} Auch in der vorgestellten Kasuistik von PD Dr. med. Ina Hadshiew zeigte Ixekizumab ein schnelles und stabil anhaltendes Ansprechen auf die Haut – inklusive häufig schwierig zu behandelnder Lokalisationen wie Kopfhaut und Genitalbereich.

Patientensteckbrief

- Männlich, geb. 1999
- Körpergröße: 187 cm, Gewicht: 106 kg, BMI: 30,3
- Plaque-Psoriasis seit 2018, Exazerbation unter Stress
- Hochentzündliche erythemato-squamöse Plaques, Kopfhaut stark schuppig, ausgeprägte Beteiligung skrotal und perianal sowie gesamte Rima ani
- Begleiterkrankungen: Depression, arterielle Hypertonie, Adipositas, metabolisches Syndrom

Der vorgestellte Patient litt an einer akut exazerbierten Psoriasis mit hochentzündlichen Plaques, stark schuppender Kopfhaut und juckendem Befall des Genitalbereiches einschließlich der Rima ani. Bisherige Therapieversuche (beginnend in 2018) beschränkten sich auf topische Lokaltherapeutika, mit denen jedoch kein ausreichendes Ansprechen erzielt werden konnte. Der junge Mann litt sehr unter dem sichtbaren Hautbefall und war massiv in seiner Lebensqualität eingeschränkt. Besonders hohen Leidensdruck rief der juckende Befall des Genitalbereiches hervor, der zu Scham und sozialem Rückzug führte.

Die im Juni 2022 erhobenen Scores betrugten Body Surface Area (BSA) 10, Psoriasis Area and Severity Index (PASI) 11, visuelle Analogskala (VAS) für Juckreiz 7 und Dermatology Life Quality Index (DLQI) 18. Aufgrund der sehr hohen Belastung durch den Befall besonderer Lokalisationen und der starken Einschränkung der Lebensqualität war der Start einer Systemtherapie indiziert.

Dank schnellem Ansprechen von Ixekizumab zu neuer Lebensqualität

Im Juni 2022 wurde der Patient auf den Interleukin(IL)-17A-Inhibitor Ixekizumab (Taltz®) eingestellt. Die Therapie zeigte ein schnelles, starkes Ansprechen, es kam bereits in den ersten vier Wochen zu einer deutlichen Verbesserung an allen Lokalisationen. Die Läsionen waren zurückgegangen, Schuppung und Juckreiz abgeklungen. Bei der Kontrollvisite nach sechs Monaten war die Haut des Patienten nahezu erscheinungsfrei (PASI 2)

und er hatte seine Lebensqualität zurückgewonnen (DLQI 3). Im Juni 2023, nach zwölf Monaten unter Ixekizumab, war der junge Mann vollständig erscheinungsfrei (PASI 0), der DLQI betrug 2. Er berichtete, seine Lebensqualität sowie sein Sozial- und Sexualleben zurückgewonnen zu haben und dass es selbst in stressigen Lebensphasen zu keinen Schüben mehr kam. Er war erleichtert und zufrieden mit dem stabil anhaltenden Behandlungserfolg.

PD Dr. med. Ina Hadshiew:

„Der vorgestellte Patientenfall zeigt eindrücklich das schnelle Ansprechen von Ixekizumab auf Hautveränderungen und Juckreiz. Ein schneller Wirkeintritt ist besonders wichtig, wenn der Leidensdruck – beispielsweise durch den Befall sichtbarer Körperstellen – hoch und die Lebensqualität immens eingeschränkt ist. Mit Ixekizumab konnte ich meinem Patienten schnell und anhaltend zu spürbar mehr Lebensqualität verhelfen.

Eine effektive Systemtherapie sollte bei Patienten, die dafür in Frage kommen, möglichst frühzeitig gestartet werden, um einen raschen Rückgewinn der Lebensqualität zu erzielen, die Therapie-Adhärenz zu stärken und somit die Chance auf einen langanhaltenden Therapieerfolg zu erhöhen.“



Abb.: Hautzustand vor (links) und 12 Monate nach (rechts) Beginn der Ixekizumab-Therapie

^a Taltz® wird angewendet für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen.

^b PASI-Ansprechen, Woche 264: PASI 75: 97,4%; PASI 90: 90,2%; PASI 100: 66,5% (as observed).²

Quellen:

1 Fachinformation Taltz®, Stand Januar 2023

2 Blauvelt A et al. J Am Acad Dermatol 2021; 85 (2): 360–368

3 Griffiths C et al. Dermatol Ther (Heidelb) 2022;12 (6): 1431–1446

PP-IX-DE-4069

Einblicke in die STEPIn-Studie: Frühe Intervention könnte Bildung von Gewebsgedächtnis bei Plaque-Psoriasis verhindern

Die systemische Erkrankung Plaque-Psoriasis ist mit einer großen physischen, emotionalen und sozialen Belastung verbunden und schränkt die Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig ein.¹ Folglich ist eine frühe Diagnose und geeignete Therapie essenziell, um die Krankheitslast zu minimieren.² Das Erscheinungsbild der Plaque-Psoriasis ist charakterisiert durch scharf begrenzte, rote oder mit weißen Schuppen bedeckte Papeln oder Plaques, verbunden mit Jucken und Schmerz.² Den Hautläsionen liegt eine veränderte epigenetische Regulation des Chromatins zugrunde, welche zu einer dysregulierten Genexpression führt bzw. diese verfestigt. Die STEPIn-Daten weisen darauf hin, dass bei früher Intervention mit Secukinumab die Bildung eines Gewebsgedächtnisses verhindert, und so eine mögliche krankheitsmodifizierende Wirkung erreicht werden kann.³

In der randomisierten, multizentrischen Studie STEPIn wurde die Frühintervention mit Secukinumab (300 mg, subkutan), bei Patienten mit neu aufgetretener (≤ 12 Monate) mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis untersucht. Dabei wurde ein Vergleich zur Therapie mit Schmalspektrum UVB über 52 Wochen angestellt.⁴ Der primäre Endpunkt war das Psoriasis area and severity index (PASI)-90-Ansprechen in Woche 52. Der Investigator's Global Assessment (IGA) 0/1 in Woche 52 bildete den sekundären Endpunkt. Im Secukinumab-Arm erreichten 91,1 % der Patienten den primären Endpunkt, während mit der UVB-Phototherapie 42,3 % ein PASI-90-Ansprechen erreichten. Einen IGA 0/1 erreichten 85,7 % der mit Secukinumab Behandelten in Woche 52, in der Vergleichsgruppe erreichten dies 36,8 %.⁴ 80 % der Patienten im Secukinumab-Arm profitierten nach 52 Wochen auch von einer signifikant erhöhten Lebensqualität, gemessen am Dermatology Life Quality Index (DLQI) 0/1 (vs. UVB-Phototherapie 25,4%; $p \leq 0,0001$).⁴

Jedoch entspricht die Auflösung der Hautläsionen nicht der Auflösung der darunter verborgenen Inflammation.³ Bereits in der Vergangenheit zeigte sich, dass Hautläsionen bei Plaque-Psoriasis nach Beendigung einer Therapie wieder auftraten – möglicherweise aufgrund von Mechanismen, die durch ein

Gewebsgedächtnis gesteuert werden.³ Nun verdeutlichten auch die Ergebnisse einer Substudie der STEPIn, dass es in den nicht mehr läsionalen Hautabschnitten bei Betroffenen mit chronischer Plaque-Psoriasis (≥ 5 Jahre) ein Gewebsgedächtnis zu geben scheint: In den nicht mehr läsionalen Hautabschnitten wurde eine verbleibende DNA-Methylierungssignatur festgestellt, welche Ausdruck dieses Gewebsgedächtnisses ist. Von diesem wird angenommen, dass es ein Wiederauftreten der Plaque-Psoriasis fördern kann.³ Das Transkriptom der läsionalen Haut wurde in der Substudie der STEPIn bei chronisch Betroffenen bis Woche 52 normalisiert. Secukinumab konnte in dieser Gruppe die Hautsymptomatik verbessern, trotzdem scheint bei chronisch Betroffenen ein Gewebsgedächtnis zu verbleiben.³ Das Transkriptom der läsionalen Haut wurde, wie bei chronisch Betroffenen, auch bei Patienten mit neu aufgetretener Plaque-Psoriasis bis Woche 52 und zusätzlich die DNA-Methylierungssignatur bis Woche 16 normalisiert.³

Patienten mit Plaque-Psoriasis profitieren demnach womöglich von einer frühzeitigen Behandlung, da die Bildung eines Gewebsgedächtnisses durch den frühen Einsatz von Secukinumab verhindert werden könnte. Dies scheint einen Einfluss auf die Chronifizierung der Plaque-Psoriasis zu haben.³

Quellen:

- 1 Warren R et al. Handbook of Psoriasis and Psoriatic Arthritis; Springer International Publishing 2016
- 2 World Health Organization. Global Report on Psoriasis; 2016. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204417> (Zugriff: 03.02.2023)

- 3 Conrad C, ISID 2023; Poster P-828
- 4 Iversen L et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2023; 37 (5): 1004-1016

Meldungen, Studien und Neuheiten aus dem Kreis der Pharma-Mitglieder des Fördervereins PsoNet in Deutschland e.V.

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG • Almirall Hermal 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

Psoriasis-Arthritis: Therapieswitch auf Tofacitinib

Fällt bei Patienten mit Psoriasis-Arthritis (PsA) das Ansprechen unter einer Therapie mit Tumornekrosefaktor-alpha-Inhibitoren (TNFi) nicht zufriedenstellend aus, kann ein erneuter Wechsel auf eine andere Wirkstoffklasse sinnvoll sein.^{1,2} In dieser Situation kann der Januskinase-Inhibitor (JAKi) Tofacitinib (Xeljanz®) eine gute Option darstellen. Das zeigten Ergebnisse einer Post-hoc-Analyse³, die letztes Jahr auf dem Kongress des ACR^{*} vorgestellt wurden.

Zugrunde lagen Daten aus der zwölfmonatigen Phase-3-Studie OPAL Broaden⁴ und der daran anschließenden 36-monatigen Langzeitverlängerung(LTE)-Studie OPAL Balance.⁵ Verglichen wurde das Wirksamkeits- und Sicherheitsprofil von Tofacitinib bei Therapieswitchern (Adalimumab → Tofacitinib (n = 91, 50,6%) versus Patienten, die kontinuierlich Tofacitinib 5 mg 2x täglich (n = 89, 49,4%) erhielten. Die Wirksamkeitsparameter wurden zu den Zeitpunkten **drei Monate vor der letzten Visite, zur letzten Visite (Monat 12) der OPAL-Broaden-Studie und zu Monat 3 bzw. 6 der LTE-Studie** untersucht. Das Ergebnis: Für beide Therapiegruppen waren drei Monate vor der letzten Visite und zur letzten Visite der Studie OPAL Broaden die Wirksamkeitsparameter vergleichbar und konnten bis Monat 3 bzw. Monat 6 in der LTE-Studie aufrechterhalten werden (Abb.). Die Wirksamkeit wurde

anhand der folgenden Parameter untersucht: PASI(Psoriasis Area and Severity Index)-75-Ansprechen, Erreichen eines PASDAS (Psoriatic Arthritis Disease Activity Score) ≤ 3,2, HAQ-DI(Health Assessment Questionnaire-Disability Index)-Ansprechen, ΔFACIT-F (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Fatigue), ACR-20-Ansprechen (20%ige Verbesserung gemäß den Kriterien des American College of Rheumatology) und MDA(Minimal Disease Activity)-Ansprechen.³ Das Auftreten von behandlungsbedingten unerwünschten Ereignissen (TEAEs), schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen (SAEs) und schwerwiegenden Infektionen war in beiden Gruppen ähnlich. Wie die Autoren schlussfolgern, kann bei geeigneten Patienten mit PsA unmittelbar von einem TNFi, wie z. B. Adalimumab, auf Tofacitinib 5 mg 2x täglich umgestellt werden.³

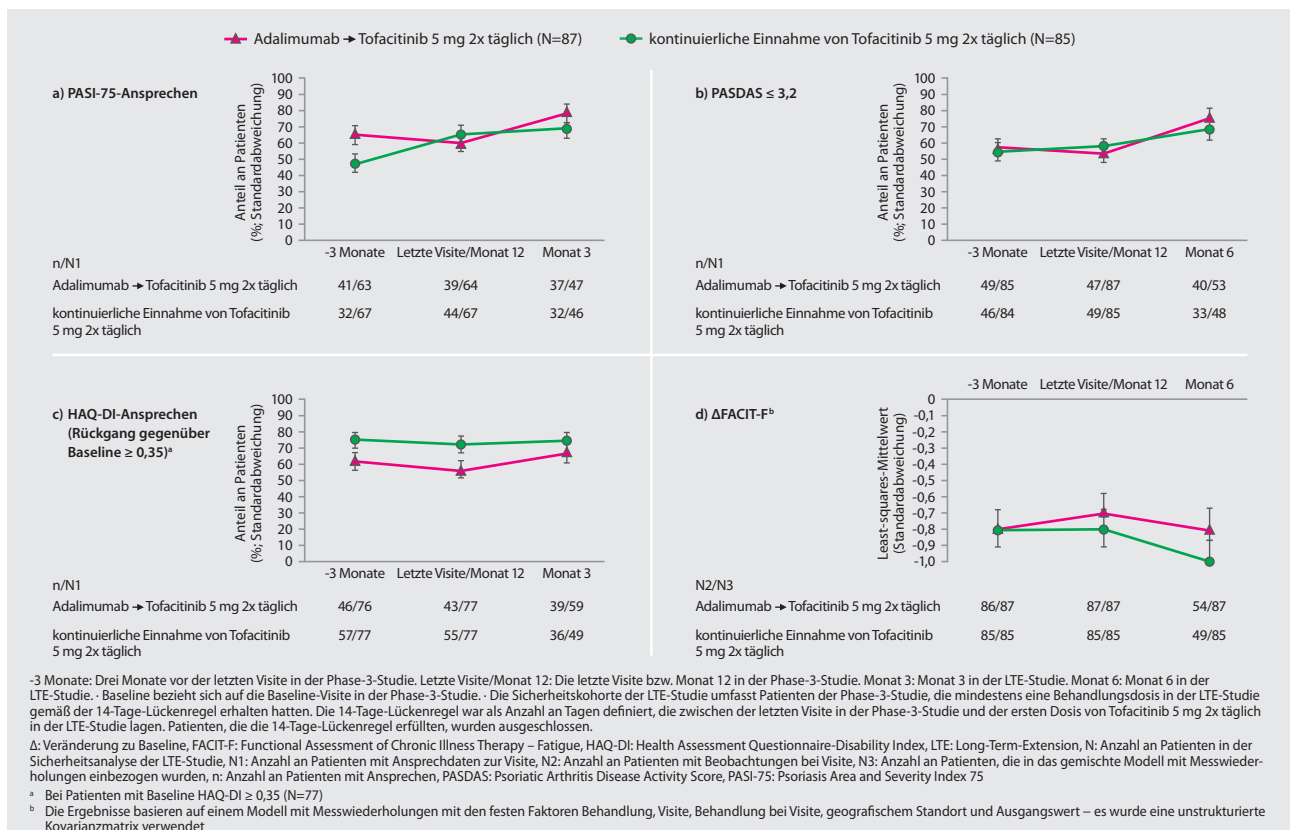


Abbildung: PASI-75-Ansprechen (a)), Erreichen eines PASDAS ≤ 3,2 (b)), HAQ-DI-Ansprechen (c)) und ΔFACIT-F (d)) bei Patienten mit PsA, die entweder kontinuierlich über beide Studien hinweg Tofacitinib 5 mg 2x täglich erhielten oder beim Wechsel von der Phase-3-Studie⁴ in die LTE-Studie⁵ von 40 mg Adalimumab alle zwei Wochen auf Tofacitinib 5 mg 2x täglich umgestellt (Therapieswitch) wurden. [mod. nach 3]

* ACR – American College of Rheumatology, 10. – 15. November 2023, San Diego/USA

Quellen:

- 1 Gossec L et al. Ann Rheum Dis 2020; 79: 700–712
- 2 Coates LC et al. Nat Rev Rheumatol 2022; 18: 465–479

- 3 Gladman DD et al. ACR 2023; Poster 1425
- 4 Mease P et al. N Engl J Med 2017; 377: 1537-1550
- 5 Nash P et al. Lancet Rheumatol 2021; 3: e270-e283

Meldungen, Studien und Neuheiten aus dem Kreis der Pharma-Mitglieder des Fördervereins PsoNet in Deutschland e.V.

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG • Almirall Hermal 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

Praxis-Check: Real-World-Daten zur Plaque-Psoriasis-Therapie

Klinische Zulassungsstudien basieren auf streng definierten Studiendesigns sowie Einschlusskriterien zur Gewährleistung einer homogenen Patientenpopulation, um randomisierte Behandlungsgruppen vergleichen zu können.¹ Bei der Erhebung von Real-World-Daten (RWD) stehen dagegen Wirksamkeit und Verträglichkeit in einem heterogenen Patientenkollektiv im Vordergrund. Im klinischen Alltag unterscheiden sich Patienten mit Psoriasis z. B. im Therapieverlauf, Schweregrad, den vorliegenden Manifestationen oder Komorbiditäten.² Aktuelle Ergebnisse aus dem Praxisalltag liefern RWD für den dualen Interleukin(IL)-17A- und IL-17F-Inhibitor Bimekizumab (Bimzelx®[†]) und den Tumornekrose-alpha-Inhibitor (TNFi) Certolizumab Pegol (Cimzia®) zur Behandlung mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psororiasis.³⁻⁶

Klinische Praxis im Fokus: Neue Real-World-Daten mit dualen Interleukin-Inhibitor

Erste Auswertungen der laufenden, nicht interventionellen Studie ELEVATE liefern einen Einblick in ein heterogenes Patientenkollektiv, das aktuell in Deutschland mit Bimekizumab behandelt wird (n = 196).³ Die Erkrankungsdauer der Patienten lag im Mittel bei 10,4 bis 22,2 Jahren. Zahlreiche Patienten wiesen eine Beteiligung sensitiver Areale wie Nägel (40 %), Kopfhaut (80 %) oder Handflächen (33 %) auf und für 61,7 % war Bimekizumab das erste Biologikum.³

Erste RWD zur Wirksamkeit von Bimekizumab zeigte eine italienische Studie aus 19 Kliniken mit 237 Patienten, von denen 56,5 % Biologika-naiv waren. Es wurde ein rasches und anhaltendes Ansprechen beobachtet:⁶ in Woche 4 erreichten 53,8 % der Patienten einen Psoriasis Area and Severity Index (PASI) 90 und in Woche 16 waren es 89,5 % (Abb.). Auch das Verträglichkeitsprofil konnte bestätigt werden: Orale Candidosen (10,1 %) und Infektionen der oberen Atemwege (8,4 %) waren die häufigsten unerwünschten Ereignisse und führten in keinem Fall zu einem Therapieabbruch.

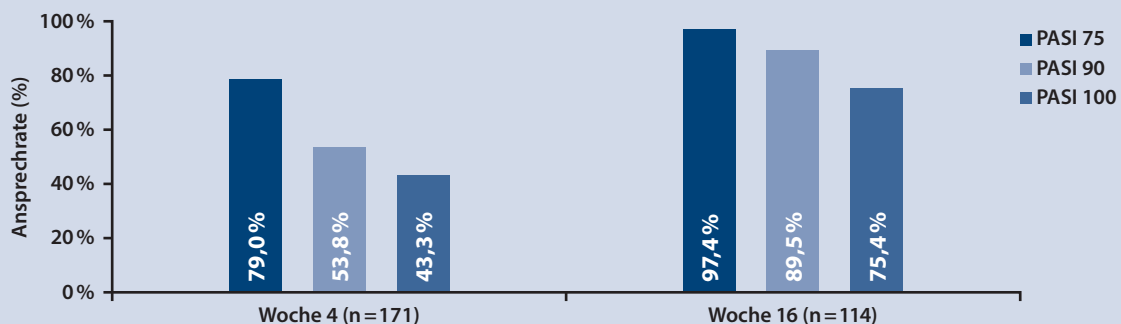
CIMREAL: TNF-Inhibitor im Praxisalltag

Die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Certolizumab Pegol wurde im Praxisalltag im Rahmen der CIMREAL-Studie untersucht. Von 399 Patienten waren 68,2 % weiblich, davon 71,0 % im gebärfähigen Alter.⁵ Neben einem konsistenten Verträglichkeitsprofil zeigte die Auswertung, dass sowohl Frauen im gebärfähigen Alter als auch andere Subpopulationen wie Biologika-naive oder -erfahrene sowie Patienten mit oder ohne Komorbiditäten vergleichbar ansprechen und damit von der Behandlung mit Certolizumab Pegol profitieren konnten.^{4,5}

Therapieentscheidung unterstützen mit Real-World-Daten

Real-World-Daten betonen die Herausforderungen heterogener Patientenpopulationen und können Behandelnde bei der individuellen Therapiewahl unterstützen.^{1,2} Die RWD zu Bimekizumab⁶ und Certolizumab Pegol^{4,5} zeigen die Wirksamkeit und Verträglichkeit im Klinikalltag bei einem heterogenen Patientenkollektiv und bestätigen die Ergebnisse der Phase-3-Studien.

PASI-Ansprechen nach 4 und 16 Wochen



Real-World-Daten: PASI-75-, 90- und 100-Ansprechen in Woche 4 und 16 unter Bimekizumab (320 mg alle vier Wochen) [mod. nach 6]

† 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 Sherman RE et al. N Engl J Med 2016; 375 (23): 2293-2297
- 2 Grellmann C et al. Adv Ther 2021; 38 (1): 366-385
- 3 Asadullah K et al., EADV 2023; Poster P2594

- 4 Warren B et al., EADV 2023; Poster P2590
- 5 Asadullah K et al., EADV 2023; Poster P2592
- 6 Gargiulo L et al. Front Med 2023; 10: 1243843

DE-BK-2400009

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 PsoNet Magazin.



Über uns

Das PsoNet Magazin bietet seinen Lesern unabhängige und leicht verständliche Informationen rund um alle Aspekte der Psoriasisversorgung 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 Psoriasisnetzen.

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



Unser Ziel

Uns ist wichtig, das PsoNet Magazin zu einer Informationsquelle mit hoher medizinischer und wissenschaftlicher Qualität zu machen. Oberstes Ziel dabei: Eine unabhängige und neutrale Berichterstattung – das haben wir bei jedem Artikel vor Augen. Denn wir wollen Ihnen helfen, sich ein eigenes Bild von der Psoriasis und ihren Begleitaspekten zu machen. Nur das hilft, um 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 PsoNet Magazin von anderen Quellen ganz erheblich.



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 verall-

gemeinern. Auch Authentizität, Humor, Kritik, Klarheit, Originalität und Kreativität sind ausdrücklich erwünscht.

Werbung ist im PsoNet Magazin deutlich als solche erkennbar. Darüber hinaus können die Fördermitglieder des PsoNet Fördervereins einen eigenverantwortlichen Beitrag in der Rubrik „Neues aus den Unternehmen“ unterbringen. Auch diese Rubrik ist deutlich vom Rest des Heftes zu unterscheiden. Weder Anzeigenkunden noch Pharmaunternehmen haben Einfluss auf die redaktionellen Inhalte des PsoNet Magazin. Das Heft finanziert sich hauptsächlich aus Eigenmitteln des PsoNet Fördervereins 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 ebenfalls 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.

**Sie haben Lob, Anregungen oder Kritik zu den Inhalten des PsoNet Magazin?
Dann schreiben Sie uns! Wir freuen uns über Ihr Feedback! magazin@psonet.de**



Plaque-Psoriasis? Psoriasis-Arthritis?

Heute behandeln.
Morgen schützen. #

 **Cosentyx**[®]
secukinumab

-  **Direkt.** §
-  **Wirkstark.** ‡
-  **Langanhaltend.** §

> 1.000.000
Patient*innen¹
weltweit, über alle Indikationen

CDLQI = Children's Dermatology Life Quality Index; DLQI = Dermatology Life Quality Index; PASI = Psoriasis Area and Severity Index; W = Woche.

„Heute behandeln“ ist definiert als nachgewiesene Wirksamkeit auf der Haut, Sonderlokalisationen (palmoplantarer Psoriasis, Nagel- und Kopfhaut-Psoriasis) sowie bei Psoriasis-Arthritis. „Morgen schützen“ ist definiert als nachgewiesene langanhaltende Wirksamkeit auf der Haut, langanhaltende Wirksamkeit bei Psoriasis-Arthritis, Erhalt der Gelenkstruktur, langanhaltende Verbesserung der Lebensqualität.^{a,9}

a Bissonnette R et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2018; 32: 1507–1514. b Molnnes IB et al. Lancet Rheumatol 2020; 2(4): e227–e235. c Mease PJ et al. RMD Open 2021; 7: e001600. d Marzo-Ortega et al. Lancet Rheumatol 2020; 2(6): e339–e346. e Krasowska, WCPD 2021, Poster SP09. f Armstrong AW et al. PLoS One 2012; 7(12): e52935. g Gottlieb AB et al. Br J Dermatol 2020 Apr; 182(4): 889–899.

§ Direkt: Jeder zweite Patient erreicht PASI 75 bereits in Woche 4.^a 8 von 10 Patienten erreichen PASI 90 bereits in Woche 16.^a Thaci D et al. J Am Acad Dermatol 2015; 73(3): 400.

‡ Wirkstark: Über 8 von 10 Patienten haben einen PASI < 3 in Woche 24.^a 8 von 10 Patienten erreichen PASI 90 bereits in Woche 16.^a Erhalt der Gelenkstruktur bei fast 90 % der Psoriasis-Arthritis Patienten über 2 Jahre.^a 52 % der Patienten halten den ACR50 über 5 Jahre.^a a Thaci D et al. JEADV 2020; 34(2): 310–318. b Thaci D et al. J Am Acad Dermatol 2015; 73(3): 400. c Mease PJ et al. RMD Open 2021; 7: e001600. d Molnnes IB et al. Lancet Rheumatol 2020; 2(4): e227–e235.

§ Langanhaltend: Langanhaltend wirkstark auf die Haut.^a a Bissonnette R et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2018; 32(9): 1507–1514.

1. Novartis financial report Q3/2023, Novartis Pharma AG, Basel, <https://www.novartis.com/investors>, abgerufen am 31.10.2023.

Cosentyx[®] 75 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx[®] 150 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx[®] 150 mg Injektionslösung in einem Fertigpen, Cosentyx[®] 300 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx[®] 300 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. Wirkstoff: Secukinumab (in Ovarialzellen d. chinesisches Hamsters [CHO-Zellen] produzierter, gg. Interleukin-17A gerichteter, rekombinanter, vollständig humaner monoklonaler Antikörper d. IgG1/k-Klasse). **Zus.-setz.:** Arzneil. wirts. Bestand.: 1 Fertigspritze enthält 75 mg Secukinumab in 0,5 ml bzw. 1 Fertigspritze/Fertigpen enthält 150 mg Secukinumab in 1 ml bzw. 300 mg Secukinumab in 2 ml. **Sonst. Bestand.:** Trehalose-Dihydrat, Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Methionin, Polysorbat 80, Wasser f. Inj.-zwecke. **Anwend.:** Behandl. v. Kindern u. Jugendl. ab 6 J. mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, d. für eine system. Therapie in Frage kommen. Behandl. v. Kindern u. Jugendl. ab 6 J. mit Enthesitis-assoziiierter Arthritis od. juveniler Psoriasis-Arthritis, allein od. in Kombination mit Methotrexat (MTX), wenn Erkrankung unzureich. auf eine konventionelle Therapie angesprochen hat od. d. diese nicht vertragen. **150/300 mg Injektionslösung zusätzl.:** Behandl. erw. Pat. mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, d. für eine system. Therapie in Frage kommen. Behandl. erw. Pat. mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Hidradenitis suppurativa (Acne inversa), d. auf eine konventionelle system. HS-Therapie unzureichend angesprochen haben. Behandl. erw. Pat. mit aktiver Psoriasis-Arthritis, allein od. in Kombination mit MTX, wenn d. Ansprechen auf eine vorhergeh. Therapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) unzureich. gewesen ist. Behandl. erw. Pat. mit aktiver ankylosierender Spondylitis, d. auf eine konventionelle Therapie unzureich. angesprochen haben. Behandl. erw. Pat. mit aktiver nicht-röntgenolog. axialer Spondyloarthritis mit objektiven Anzeichen d. Entzündung, angez. durch erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) u./od. Nachweis durch Magnetresonanztomographie (MRT), d. unzureich. auf nichtsteroid. Antirheumatika (NSAR) angesprochen haben. **Gegenanz.:** Überempfindlichkeit gg. d. Wirkstoff od. einen d. sonst. Bestand. Klinisch relevante, aktive Infekt. (z. B. aktive Tuberkulose). **Nebenw.:** Sehr häufig: Infekt. d. oberen Atemwege. Häufig: Orale Herpes. Kopfschmerzen. Rhinorrhö. Diarrhö. Übelkeit. Ermüdung. **Gelegentl.:** Orale Candidose, Otitis externa, Infekt. d. unteren Atemwege, Tinea pedis. Neutropenie. Konjunktivitis. Entzündl. Darmerkrankungen. Dyshidrot. Ekzem. Urtikaria. **Selten:** Anaphylakt. Reakt. Exfoliative Dermatitis, Hypersensitivitätsvaskulitis. **Häufigkeit nicht bekannt:** Mukokutane Candidose (einschl. ösophageale Candidose). Pyoderma gangraenosum. **Verschreibungspflichtig. Weit. Angaben:** S. Fachinformationen. Stand: Mai 2023 (MS 05/23.23). **Novartis Pharma GmbH, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg.** Tel.: (09 11) 273-0, Fax: (09 11) 273-12 653. www.novartis.de

 **NOVARTIS**

Bimzelx[®]
(bimekizumab)


cimzia[®]
(certolizumab pegol)



Gemeinsam **neue Wege gehen**

Wir setzen uns für einen kontinuierlichen Fortschritt in der Forschung ein, um das Leben unserer Patient:innen zu verbessern.



Inspired by **patients**.
Driven by **science**.