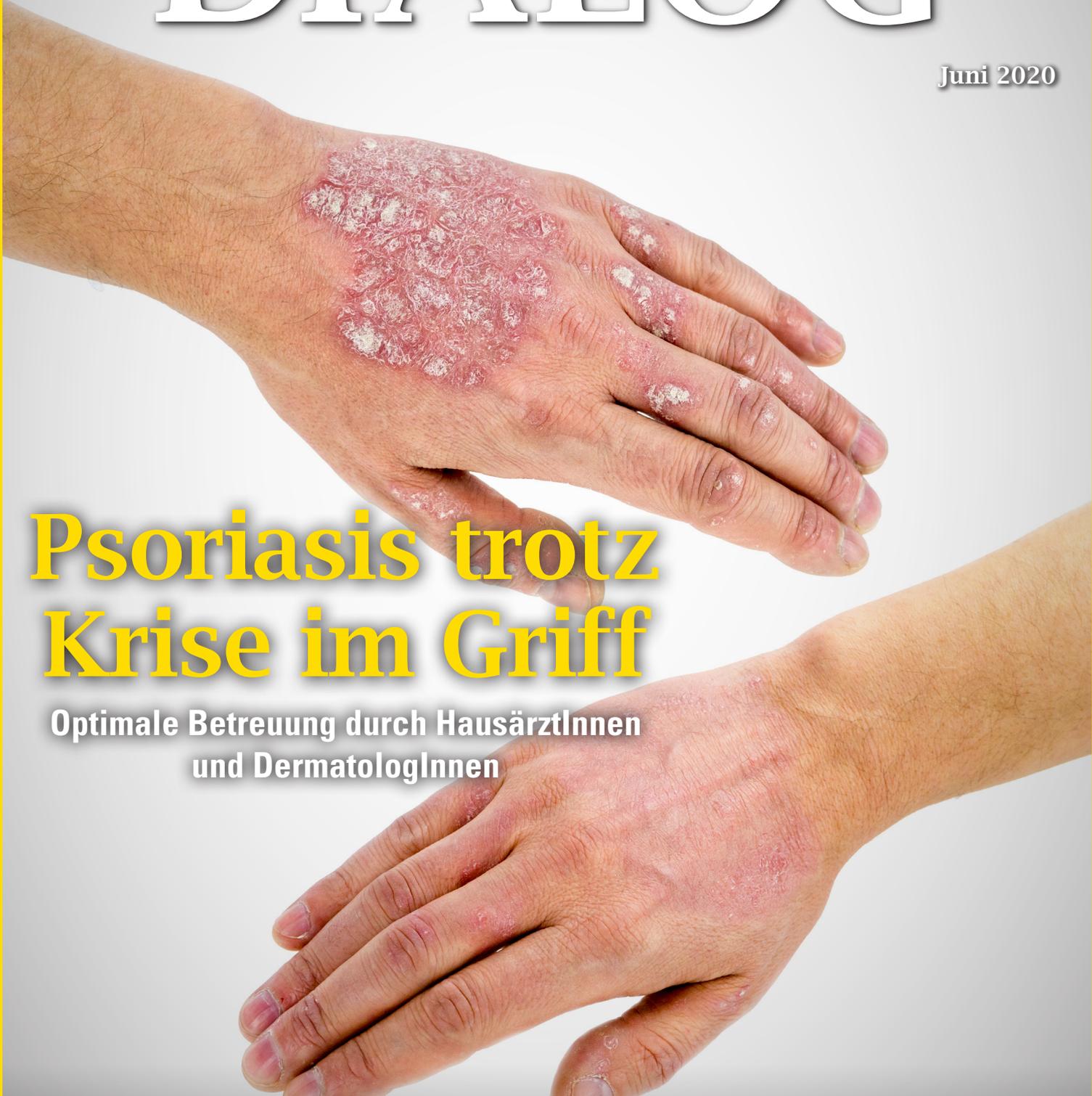


# „Hausarzt DIALOG“

Juni 2020

The image shows two hands, one above the other, both exhibiting symptoms of psoriasis. The skin is red, inflamed, and covered with thick, silvery-white scales. The top hand is held palm up, showing the back of the hand and fingers. The bottom hand is held palm down, showing the palm and fingers. The background is a plain, light grey color.

## Psoriasis trotz Krise im Griff

Optimale Betreuung durch HausärztInnen  
und DermatologInnen

# Psoriasis trotz Krise im Griff

Eine gute Kooperation zwischen HausärztInnen und DermatologInnen gewährleistet eine optimale Betreuung von Psoriasis-PatientInnen.

Die Psoriasis ist eine genetisch bedingte, chronisch rezidivierende, entzündliche Hauterkrankung, die sich erst im Laufe des Lebens manifestiert. Abhängig vom Alter, in dem sich die Erkrankung zum ersten Mal manifestiert, werden zwei Psoriasis-Typen unterschieden:<sup>1</sup>

- **Typ I:** tritt vor dem 40. Lebensjahr auf (Inzidenzspitze um das 20. Lebensjahr), zeigt eine familiäre Häufung und kann unterschiedlich stark ausgeprägt sein.
- **Typ II:** tritt nach dem 40. Lebensjahr auf, zeigt keine familiäre Häufung und hat einen milderen Verlauf.

Die Psoriasis weist eine multifaktorielle Genese auf, die genetische Grundlage allein ist nicht für den Ausbruch der Erkrankung verantwortlich. Exogene Faktoren, z. B. Streptokokkeninfektionen, minimale physikalische, mechanische oder chemische Traumata (Köbner-Phänomen) oder bestimmte stressinduzierende Lebensereignisse, können zum Ausbruch der Erkrankung führen.<sup>2</sup>

Klinisch unterscheidet man mehrere Arten: Die **Plaque-Psoriasis** ist die häufigste Variante (90 Prozent der PatientInnen) – mit typischen Prädispositionsstellen an Knien, Ellenbögen und Stirnhaarsatz sowie mit Nagelbeteiligung.<sup>3</sup> Etwa 30 Prozent der Betroffenen entwickeln eine Gelenkbeteiligung, die **Psoriasisarthritis**.<sup>4</sup>

## Dauerbehandlung erforderlich

„Die Therapie der Psoriasis richtet sich nach dem Ausprägungsgrad der Erkrankung“, erläutert OA Dr. Gregor Holzer, Leiter der Psoriasis-Ambulanz, Abteilung für Dermatologie, SMZ Ost – Donauespital, Wien. Dr. Holzer führt folgende Therapieoptionen an:

- Die **Lokaltherapie** wird bei allen Psoriasis-Formen angewandt, insbesondere bei leichten Erkrankungen.
- Die **Lichttherapie** (Bestrahlung der Haut mit UV-Licht) wird häufig bei leichtem bis mittelschwerem Befall eingesetzt und kann sehr gute Er-

gebnisse erzielen. Die Lichttherapie bietet sich auch bei Multimorbidität oder Polypharmazie an, außerdem bei PatientInnen mit chronischen Infektionserkrankungen wie HIV.

- **Systemische orale Therapien:** Methotrexat, Fumarsäureester, Apremilast (PDE4-Hemmer) und Cyclosporin werden generell laut Leitlinien primär bei mittelschweren bis schweren Fällen eingesetzt. Haben PatientInnen einen geringen Befall, aber einen hohen Leidensdruck und eine stark beeinträchtigte Lebensqualität – wie es bei Befall exponierter Lokalisationen, etwa der Hände, Nägel, Kopfhaut und des Genitalbereichs, durchaus oft der Fall ist –, sollte eine solche Systemtherapie erwogen werden, wenn die Betroffenen nicht auf die Lokaltherapie ansprechen.

- **Gezielt wirkende Systemtherapien:** Zu diesen Biologika zählen TNF-Alpha-Inhibitoren, IL12/23-, IL17- und IL23-Blocker, die gut bis hervorragend wirken. Die neueste Generation von IL17- und IL23-Antagonisten kann bei bis zu 50 Prozent der PatientInnen Erscheinungsfreiheit erzielen und stellt einen Meilenstein in der Psoriasis-Therapie dar. Auch PatientInnen mit schwerer Psoriasis können innerhalb weniger Wochen erscheinungsfrei werden.

„Psoriasis ist eine chronische Erkrankung, die dauerhaft behandelt werden muss“, hebt Dr. Holzer hervor. „Dies sollte man den PatientInnen als betreuender/betreuende Arzt/Ärztin ins Bewusstsein rufen.“

## Zusammenarbeit wichtig

„Viele Betroffene ignorieren ihre gerötete, entzündete Haut, die Schuppung, den Juckreiz und häufig sogar auch begleitende Schmerzen“, berichtet Dr.<sup>in</sup> Angelika Reitböck, Ärztin für Allgemeinmedizin und Fachärztin für Dermatologie in Steyerling, Oberösterreich. „Obwohl sehr oft ein großer Leidensdruck

vorhanden ist, sucht nur ein Drittel der Psoriasis-PatientInnen wegen Beschwerden einen/eine Arzt/Ärztin auf.“ Dr.<sup>in</sup> Reitböck nennt als Grund Erfahrungen der Betroffenen mit langwierigen Salbentherapien, die nicht den gewünschten Erfolg gebracht haben. Dadurch besteht eine geringe Bereitschaft zu einer kontinuierlichen und effektiven Behandlung. „Wenn ein/eine Arzt/Ärztin aufgesucht wird, so ist es meist der/die Hausarzt/Hausärztin, weil bereits eine Vertrauensbasis besteht und rasch ein Termin vereinbart werden kann“, so Dr.<sup>in</sup> Reitböck weiter. „Die Aufgabe von HausärztInnen ist es, die zentralen Problemzonen, den Lebensstil und bereits angewendete Therapien zu erfragen. Oft kommen PatientInnen zu mir, die unbedingt die ‚modernen Medikamente‘ haben möchten.“ Sie betont daher: „Eine gut funktionierende Zusammenarbeit mit einem/einer Dermatologen/ Dermatologin und/oder einer dermatologischen Ambulanz ist für uns HausärztInnen sehr wichtig, damit die PatientInnen durchgehend verlässlich betreut werden.“

## Wann überweisen?

„Sobald mehr als zehn Prozent der Körperoberfläche von Psoriasis betroffen sind und jedenfalls, wenn eine Nagelbeteiligung besteht, weil diese oft auf eine Gelenkbeteiligung hinweist, sollte der/die Dermatologe/Dermatologin einbezogen werden“, sagt Dr.<sup>in</sup> Reitböck. Dr. Holzer ergänzt: „Auch Kopfhautbefall und Plaques im Genitalbereich stellen eine Indikation für die Überweisung dar. Wichtig ist es, die individuelle Belastung durch die Erkrankung anzuerkennen, denn der Befall an der Oberfläche korreliert nicht damit, wie sehr der/die PatientIn darunter leidet.“

Dr.<sup>in</sup> Reitböck empfiehlt außerdem, „alle PatientInnen, bei denen sich nach drei bis vier Wochen Lokaltherapie keine zufriedenstellende Wirkung eingestellt hat“, weiter zu überweisen. „DermatologInnen



**Experte zum Thema:**  
**Dr. Gregor Holzer**  
 Leiter der Psoriasis-Ambulanz, Abteilung für Dermatologie, SMZ Ost – Donauespital, Wien, Dermatologikum Wien,  
[www.dermatologikum.at](http://www.dermatologikum.at)



**Expertin zum Thema:**  
**Dr.<sup>in</sup> Angelika Reitböck**  
 Ärztin für Allgemeinmedizin und Fachärztin für Dermatologie in Steyrling (OÖ), ÖHV-Präsidentin

haben die größte Expertise und können eine fundierte Lokalthherapie anbieten“, so Dr. Holzer. „Sobald das Therapiekonzept steht, können HausärztInnen die weitere Betreuung der PatientInnen übernehmen. Ich bestelle meine PatientInnen zumindest zweimal im Jahr in die Ambulanz ein, um zu erfahren, wie es ihnen geht und wie zufrieden sie mit der Therapie sind.“

## Komorbiditäten managen

Im letzten Jahrzehnt sind zahlreiche Begleiterkrankungen der Psoriasis in den Fokus gerückt. „Als Multisystemerkrankung ist die Psoriasis mit zahlreichen Komorbiditäten assoziiert“, betont Dr. Holzer. Dazu zählen die Psoriasisarthritis sowie chronisch entzündliche Erkrankungen, etwa Morbus Crohn, Colitis ulcerosa und Uveitis. Zudem geht die mittelschwere bis schwere Psoriasis häufig mit Erkrankungen aus dem metabolischen Formenkreis einher, bspw. mit Arteriosklerose, Hypertonie, Diabetes mellitus und Adipositas. „HausärztInnen fungieren als Schnittstellen in der Betreuung von Psoriasis-PatientInnen, weil sie vor allem die Komorbiditäten managen“, unterstreicht Dr. Holzer. „Diese Kooperationen sind uns sehr wichtig, HausärztInnen kommt hier eine GatekeeperInnen-Rolle zu.“ Dazu Dr.<sup>in</sup> Reitböck: „Die Begleiterkrankungen sind oft ein wirksamerer Anknüpfungspunkt im Management als die Psoriasis selbst. Wenn möglich führe ich bei meinen Psoriasis-PatientInnen regelmäßig Labor- und Blutdruckkontrollen sowie jährlich eine Vorsorgeuntersuchung durch.“ Die Erfahrung zeigt, dass kleine

Änderungen im Lebensstil schon viel bewirken können: „Körperliche Bewegung verbessert nachweislich das Hautbild und das Befinden – und auch die Komorbiditäten werden positiv beeinflusst. Daher ist eine gute Aufklärung der PatientInnen essenziell“, hebt Dr.<sup>in</sup> Reitböck hervor. Im persönlichen Gespräch können ein bis zwei Ziele – mehr Bewegung, eine gesündere Ernährung, ein geringerer Alkoholkonsum, ein Rauchstopp etc. – vereinbart werden, um sich in kleinen Schritten und mit regelmäßigen Kontrollen dem Ziel der Lebensstilmodifikation zu nähern. „Interessanterweise schien es PatientInnen gerade in der Corona-Krise leichter zu fallen, von Gewohnheiten Abstand zu nehmen – z. B. mehr Bewegung in den Alltag einzubauen und sich gesünder zu ernähren“, schildert Dr.<sup>in</sup> Reitböck.

## COVID-19-Situation

„In Zeiten von COVID-19-Erkrankungen wird nicht die Psoriasis selbst als Risiko erachtet, sondern die Komorbiditäten, die das Erkrankungsrisiko sowie das Risiko eines möglicherweise schwereren Verlaufs der Infektion erhöhen“, gibt Dr. Holzer zu bedenken. „Die AG Biologika der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie sowie der Deutsche Psoriasis-Bund empfehlen, die Psoriasis-Therapien nicht zu unterbrechen, weil bei einer Neueinstellung das Ansprechen nicht mehr so effizient sein könnte.“ Obwohl bislang zu COVID-19 und Biologikatherapie noch nicht genügend Daten ausgewertet wurden, gibt eine kleine Fallstudie<sup>5</sup> über PatientInnen mit chronischen

Erkrankungen (u. a. Psoriasis, Psoriasisarthritis, Morbus Crohn) unter Systemtherapie und COVID-19-Infektion keinen Anlass zur Beunruhigung: So mussten Betroffene eher hospitalisiert werden, wenn sie eine Methotrexat- oder Kortikosteroid-Therapie hatten, und wurden eher ambulant behandelt, wenn sie auf Biologika eingestellt waren. Dr. Holzer resümiert: „Auch wenn die Fallzahl mit 86 PatientInnen klein war, zeigte sich durchaus eine Tendenz, dass unter einer Biologikatherapie keine schwereren COVID-19-Fälle zu befürchten sind.“ Da sämtliche Biologika als Immunsuppressiva eingestuft werden, sind jedoch alle Psoriasis-PatientInnen unter Biologikatherapie zur COVID-19-Risikogruppe zu zählen. „Das gilt ebenso für Personen, die mit Methotrexat und oralen Kortikosteroiden behandelt werden“, ergänzt Dr. Holzer und gibt zu bedenken: „Insbesondere PatientInnen unter Biologikatherapie sollten die coronaspezifischen Verhaltensregeln beherzigen.“

## Kaum Probleme mit Adhärenz

„Bei den neuen Therapien nehmen die PatientInnen den Erfolg sehr deutlich wahr und wollen diesen Zustand erhalten“, berichtet Dr.<sup>in</sup> Reitböck. „Schwierigkeiten mit der Adhärenz zeigen sich vor allem beim Einsatz von Methotrexat oder bei jungen Patientinnen, wenn es um Empfängnisverhütung geht. Grundsätzlich gestaltet sich die Einleitung der Therapie schwierig, aber sobald die Betroffenen sehen, dass ihre Haut schön aussieht, ist die Adhärenz kein Thema mehr.“ Das bestätigt Dr. Holzer. <

### Literatur:

- 1 Henseler T & Christophers E; J Am Acad Dermatol 1985; 13(3):450-6.
- 2 Fry L & Baker BS; Clin Dermatol 2007; 25(6):606-15.
- 3 Griffiths CE & Barker JN; Lancet 2007; 370(9583):263-271.
- 4 Mease PJ et al.; Dermatol 2013; 69(5):729-735. [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17658397/?from\\_term=plaque+psoriasis&from\\_pos=3](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17658397/?from_term=plaque+psoriasis&from_pos=3)
- 5 Haberman R et al.; NEJM 2020 Apr 29; NEJMc2009567. Online ahead of print.