



PSO

MAGAZIN 6/21

Nagelpsoriasis: belastend, hartnäckig, vielfältig

**Wie entsteht
Therapietreue?**

Viele Faktoren tragen dazu bei

**Die Kinder riefen
„Warzenkönig“**

Meine Geschichte: Inge Strunck

**Die Video-
sprechstunde**

Gute Gründe sprechen dafür

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen

Die Therapie-Begleitprogramme von Amgen sind nun zusammen gefasst unter AmgenCare und unterstützen Sie rund um Ihre jeweilige Therapie.



Persönliche/r
Ansprechpartner/in



Abwechslungsreiche
Inhalte



Individueller
Erinnerungsservice



Persönliches
Starterset



bei oraler Therapie

Jetzt
QR-Codes
scannen und
kennen
lernen



bei Injektions-Therapie



Lernen Sie THEO kennen!

Tel.: 0800 373 3010
E-Mail: kontakt@deinTHEO.de
Web: www.deinTHEO.de

Lernen Sie THEA kennen!

Tel.: 0800 11 88 118
E-Mail: amgencare@sanvartis.de
Web: www.amgencare.de/THEA





Liebe Leserinnen und Leser,

wir sind wieder komplett! Auf der Mitgliederversammlung in Fulda wurden Uwe Willuhn als stellvertretender Vorsitzender und PD Dr. Thomas Rosenbach als Beisitzer gewählt. Ich gratuliere sehr herzlich und freue mich auf die Zusammenarbeit.

Mehr zu den beiden und ihren Kompetenzen für dieses Amt sowie einen ausführlichen Bericht über die Mitgliederversammlung finden Sie leider noch nicht in dieser Ausgabe des PSO Magazins, sondern erst in der nächsten. Der Abschluss des Produktionsprozesses von diesem Heft überschneidet sich mit der Versammlung in Fulda. So blieb keine Zeit mehr, noch einen längeren Text zu verfassen.

Ganz allgemein kann ich aber sagen, dass mir die freundliche und konstruktive Stimmung während der Mitgliederversammlung sehr gut gefallen hat. Es ist schön zu sehen, dass viele Mitglieder engagiert über die Zukunft des Vereins nachdenken und an den verschiedensten Stellen mitarbeiten wollen. Eine gute Möglichkeit zum Austausch unter ehrenamtlich Engagierten im Verein ist auch der „Digitale Schnack“, den die Hamburger Geschäftsstelle während der Corona-Monate eingerichtet hat. Informationen und Ideen gehen dort zwischen Vorstand, regional Aktiven und Geschäftsstelle hin und her. Beim letzten Treffen sind zwei wertvolle Hinweise zu den Themen „Mitgliederausweis“ und „Kontakte zu den Reha-Einrichtungen“ diskutiert worden.

Wenn auch Sie Interesse haben, sich ehrenamtlich im DPB zu engagieren, melden Sie sich gern in der Geschäftsstelle. Jana Bockelmann und Rieke Weyh geben Ihnen gern Auskunft, in welcher Form das zurzeit möglich ist. Aber auch hier suchen wir als Vorstand nach Lösungen, um Ihre unterschiedlichen Kompetenzen noch besser zum Wohle des Vereins nutzen zu können.

Ganz vorn auf unserer Agenda wird in der nächsten Zeit die Mitgliedergewinnung stehen. Viele Menschen mit Psoriasis fragen lieber Dr. Google als uns, und durch die modernen Biologika haben viele das Gefühl, sie seien ihre Erkrankung los. Dass das nicht so ist, merken sie dann später.

Wir stellen immer wieder fest, dass sehr viele Betroffene den DPB und seine Möglichkeiten gar nicht kennen. Und wir stellen auch fest, dass viele Dermatologinnen und Dermatologen den DPB nicht kennen und ihn deshalb nicht weiterempfehlen können.

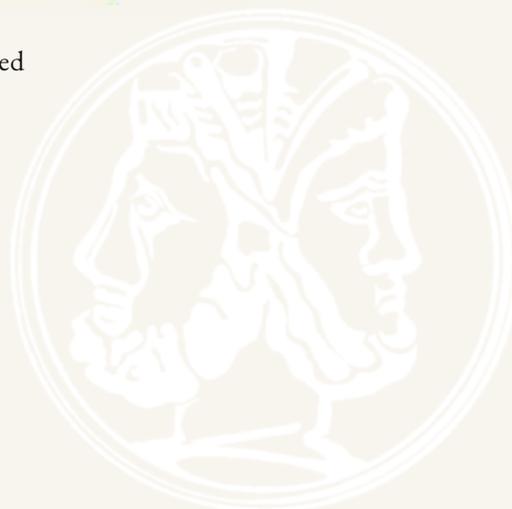
Aber Sie kennen den DPB und wissen, wie gut Ihnen der Austausch mit anderen Betroffenen, der kurze Weg bei medizinischen Fragen in die Hamburger Geschäftsstelle, die Informationsmaterialien, die Fortbildungen und Workshops, die Rechtsberatung tun und getan haben. Erzählen Sie es weiter!

Ohne starken Rückhalt durch viele Mitglieder haben wir als Vorstand und hat der Geschäftsführer nur eine schwache Stimme auf politischer Ebene. Dieses PSO Magazin erscheint nach der Bundestagswahl. Beim Schreiben dieses Editorials wusste ich nicht, wie sie ausgehen wird. Ich wusste nur, dass es spannend werden wird. Aber seien Sie versichert, dass wir als DPB auch zur neuen Bundesregierung den Kontakt suchen, auf die Belange der Menschen mit Psoriasis aufmerksam machen und uns in die gesundheitspolitische Diskussion einmischen werden.

Viele Grüße

Ihr

Manfred Greis
Vorstandsmitglied



Editorial	3
Kurz + knapp	6
Titelthema	
Nagelpsoriasis	8
Betroffene können wenig tun	15
Forschung und Praxis	
Arzt-Patienten-Verhältnis: Vertrauen ist das Wichtigste	16
Systemtherapie bei Psoriasis	18
Ihre Fragen an uns	20
Therapietreue: „Das nehme ich nicht ...“	22
Wann nehme ich mein Medikament?	22
Psoriasis: Weltweite Herausforderung	25



Titelthema

Nagelpsoriasis

8

**belastend,
hartnäckig, vielfältig**

Die Hände in den Taschen: Nagelpsoriasis ist kein rein kosmetisches Problem. Sie kann sehr belastend sein und kündigt in vielen Fällen eine Psoriasis-Arthritis an.

www.psoriasis-bund.de

Impressum

PSO Magazin

Verlag, Herausgeber und Anzeigenverwaltung:
Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)
Seewartenstraße 10, 20459 Hamburg

Telefon: 040 223399-0

E-Mail: info@psoriasis-bund.de

Internet: www.psoriasis-bund.de

Geschäftskonto des DPB:

Bank für Sozialwirtschaft AG, Hannover

IBAN: DE68 2512 0510 0007 4234 00

BIC: BFSWDE33HAN

Redaktion und redaktionelle Mitarbeit: Anette Meyer, Marius Grosser (v.i.S.d.P.), Prof. Dr. Joachim Barth, Jana Bockelmann, Joachim Koza, Prof. Dr. Ulrich Mrowietz, PD Dr. Thomas Rosenbach, Prof. Dr. Michael Sticherling, Rieke Weyh

Der Bezugspreis des PSO Magazins ist im Mitgliedsbeitrag (59 Euro jährlich) enthalten. Es gilt die Ordnung über den Beitrag (Bei O) des DPB. Das PSO Magazin erscheint mit sechs Ausgaben im Jahr (zweimonatlich).

Druckauflage: 6.000

Gedruckt auf Magno Natural – FSC-zertifiziert

PSO Magazin 1/22 erscheint Anfang Januar 2022

Anzeigenverwaltung: Rieke Weyh

Anzeigen- und Redaktionsschluss: 15.11.2021

C3280F ISSN 0938-8532

Fotos/Illustrationen: Titel, S. 4, 6/7, 36 Adobe Stock; S. 3, 5, 15, 16, 18, 20/21, 25, 28/29, 31, 33, 34/35 privat; S. 5, 11, 16/17, 18/19, 38 Gaby Meyer-Kortz; S. 8/9, 12/13 agenturimtum; S.26 Karolina Grabowska@Pexels



16 Vertrauen ist das Wichtigste

Dermatologe PD Dr. Sascha Gerdes und Patient Till Behrendt sprachen im DPB-Online-Seminar über ein gelungenes Arzt-Patienten-Verhältnis.



28

Die Kinder riefen „Warzenkönig“

Inge Strunck aus Mülheim a. d. Ruhr erzählt ihre Geschichte mit der Psoriasis.

Recht und Gesundheitspolitik

Gute Gründe für die Videosprechstunde 26

Mehr dermatologische Praxen in Sicht? 27

Meine Geschichte

Die Kinder riefen „Warzenkönig“ 28

Der DPB

Unser Verein 31

Dr. Ralph von Kiedrowski: „Wir müssen die Netzwerkbildung verbessern“ 32

News 34

Vor Ort 36

PsoWas?! 38

Gestaltung: agenturimturm.com, Bremen

Die im PSO Magazin erscheinenden Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des DPB unzulässig. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung, auch in Auszügen, ohne Einwilligung des Herausgebers unzulässig.

Anzeigen und Beilagen sind getrennt von den redaktionellen Inhalten und sind nicht als redaktionelle Empfehlung zu verstehen. Die Redaktion veröffentlicht keine anonymen Zuschriften und keine Briefe, die fingierte/unvollständige Adressen oder Postfachangaben enthalten. Zuschriften werden aus Gründen der Transparenz in der Regel mit Namen und Ortsangaben publiziert.

Alle nicht namentlich gekennzeichneten Beiträge wurden von der Redaktion erstellt.

Für unverlangt eingesandte Texte, Fotos und Illustrationen übernimmt die Redaktion keine Gewähr/Haftung. Die Redaktion behält sich vor, bei unverlangten Zuschriften Kürzungen vorzunehmen.

Informationen des PSO Magazins sind kein Ersatz für professionelle Beratung und Behandlung durch ausgebildete und anerkannte Ärztinnen und Ärzte.

Raus aus den Betten!

Um 23 Prozent ließe sich das Risiko einer Depression verringern, wenn Spätaufsteherinnen und Spätaufsteher eine Stunde früher aufstünden und zu Bett gingen. Zu diesem Ergebnis kommen Forschende nach Auswertung von Daten aus mehreren Studien. Würden Betroffene es schaffen, zwei Stunden früher aus dem Bett zu kommen, ließe sich das Risiko noch weiter senken.

Quelle: Psychologie Heute



„Hippocrates“ sucht personalisierte Therapien

Bisher gibt es keine guten Vorhersagevariablen (Prädiktoren) für das Ansprechen auf Therapien bei Psoriasis-Arthritis. Das soll ein großes neues EU-Forschungsprogramm jetzt ändern. Das Projekt mit dem Namen „Hippocrates – Promoting Early Identification and Improving Outcomes in Psoriatic Arthritis“ soll die Früherkennung der Erkrankung und die Ergebnisse bei der Therapie verbessern helfen. Die Beteiligten hoffen, ein besseres Verständnis des komplexen Zusammenspiels zwischen klinischen und Umweltfaktoren, zwischen Genetik und molekularen Signalwegen zu bekommen. Das Projekt hat eine Laufzeit von fünf Jahren und wird vom University College Dublin in Irland koordiniert.

Quelle: Ärzte Zeitung

Neues Biologikum zugelassen

Die Europäische Kommission hat einen weiteren neuen Wirkstoff zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Erwachsenen zugelassen. Es ist das Biologikum Bimekizumab (Handelsname: Bimxelz).

Es ist der erste Antikörper, der neben dem Botenstoff Interleukin IL-17A auch das für die Psoriasis bedeutsame IL-17F hemmt. Studien belegen, dass bei der Therapie mit Bimekizumab ein starker Wirkeintritt bereits nach vier Wochen erfolgt. Bei der Hälfte der Patientinnen und Patienten in Studien verschwanden die Hauterscheinungen sogar vollständig. Das Präparat ist als Injektion in Fertigspritzen oder Fertigspens erhältlich. Zwei subkutane Injektionen zu je 160 mg (insgesamt 320 mg) werden alle vier Wochen über einen Zeitraum von 16 Wochen, danach in der Regel alle acht Wochen, verabreicht.

Quelle: Pharmazeutische Zeitung



Corona-Impfreaktionen bei Autoimmunerkrankten

In einer Befragung von Menschen mit Autoimmunerkrankungen wie Psoriasis-Arthritis, rheumatoider Arthritis und Multipler Sklerose sowie gesunden Kontrollpersonen wurde ermittelt, wie gut sie ihre Coronavirus-Impfung vertragen hatten. In der Analyse zeigte sich, dass Personen mit Autoimmunerkrankungen vergleichbare Impfreaktionen entwickelten wie Kontrollpersonen ohne Autoimmunerkrankungen. Lediglich Gelenkschmerzen wurden bei den Erkrankten etwas häufiger als vorübergehende Impfreaktion beschrieben, jedoch traten nur bei wenigen Verschlechterungen der Grunderkrankung ein. Zusammen mit dem größtem Sicherheitsgefühl, von dem drei viertel beider Gruppen berichteten, hat somit die Coronavirus-Impfung auch für Personen mit Autoimmunerkrankungen vorwiegend positive Auswirkungen.

Quelle: DeutschesGesundheitsPortal

IL-17-Hemmer verursachen selten Darmerkrankungen

Interleukin IL-17 ist ein entzündungsfördernder Botenstoff (Zytokin), dem eine wichtige Rolle in der Entstehung unter anderem der Psoriasis und Psoriasis-Arthritis zugesprochen wird. Einige Biologika-Behandlungen zielen deshalb darauf ab, das IL-17 gezielt medikamentös zu hemmen. IL-17-Hemmer stehen allerdings unter Verdacht, bestehende entzündliche Darmerkrankungen verschlechtern oder gar auslösen (triggern) zu können. Forscherinnen und Forscher werteten deshalb jetzt systematisch alle zu dem Thema veröffentlichten Studien aus und schauten, wie häufig den Magen-Darm-Bereich betreffende (gastroenterologische) unerwünschte Ereignisse bei Personen auftraten, die IL-17-Hemmer bekamen. 105 Studien mit insgesamt 40.053 Teilnehmenden konnten analysiert werden. Über entzündliche Darmerkrankungen wurde bei 0,4 Prozent der Patientinnen und Patienten mit IL-17-Hemmer-Behandlung berichtet. Das werteten die Forscherinnen und Forscher als niedrige Rate.

Quelle: DeutschesGesundheitsPortal

Metabolisches Syndrom bei Psoriasis-Arthritis

In der Medizin wird von einem metabolischen Syndrom gesprochen, wenn bestimmte Erkrankungen beziehungsweise Symptome gemeinsam auftreten. Dazu zählen in erster Linie Übergewicht, Bluthochdruck sowie Zucker- und Fettstoffwechselstörungen. Eine Studie hat nun untersucht, ob das metabolische Syndrom bei Personen mit Psoriasis-Arthritis im Vergleich zu rheumatoider Arthritis und Psoriasis häufiger zu finden ist. Dazu wurden Studien in einer systematischen Übersichtsarbeit analysiert. Es kam heraus, dass Personen mit Psoriasis-Arthritis mit einer um 1,62-fach höheren Wahrscheinlichkeit am metabolischen Syndrom litten als Personen mit Psoriasis. Im Vergleich zur Gruppe der Menschen mit rheumatoider Arthritis war die Wahrscheinlichkeit für das metabolische Syndrom um 1,66 höher. Weitere Studien sollten nun ermitteln, ob eine Behandlung des metabolischen Syndroms auch die Psoriasis-Arthritis verbessern kann.

Quelle: International Journal of Rheumatic Diseases



Regelmäßig frische Luft tut gut

Wer regelmäßig an der frischen Luft ist, tut seinem Gehirn und seinem Wohlbefinden etwas Gutes – und das schon bei einem kurzen Aufenthalt im Freien. Zu diesem Ergebnis kommen Forschende aus Hamburg. Sie untersuchten sechs gesunde, in der Stadt lebende Personen mittleren Alters über ein halbes Jahr. Insgesamt wurden über 280 Gehirnschans mittels Magnetresonanztomographie (MRT) gemacht. Sie zeigten, dass sich in einem bestimmten Bereich im Gehirn die Struktur verbessert. Dies ist der Bereich, der an der Planung und Regulation von Handlungen und an der kognitiven Kontrolle beteiligt ist. In einer Mitteilung des Forscherteams heißt es: „Unsere Ergebnisse zeigen, dass sich unsere Gehirnsstruktur und unsere Stimmung verbessern, wenn wir Zeit im Freien verbringen. Es ist anzunehmen, dass sich dies auch auf die Konzentration, das Arbeitsgedächtnis und die Psyche insgesamt auswirkt.“ Dies wird zurzeit in einer weiteren Studie untersucht.

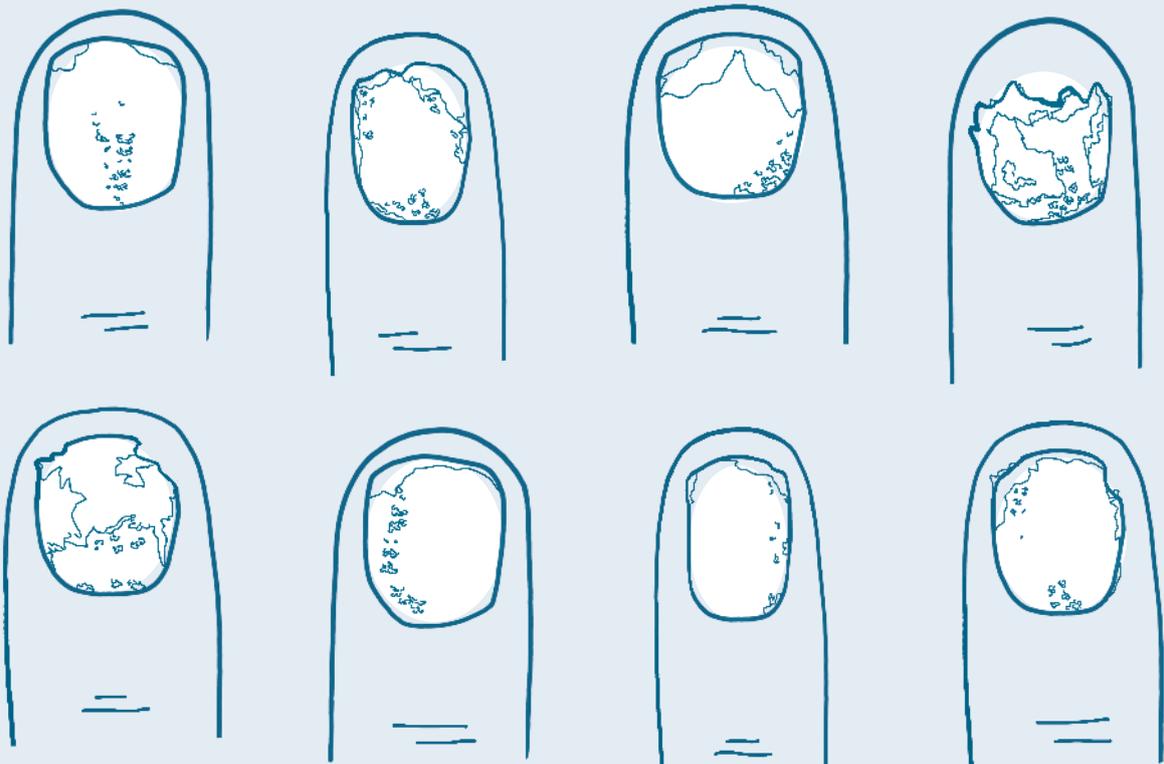
Quelle: Informationsdienst Wissenschaft (idw)

Hundertjährige werden mehr

Immer mehr Menschen in Deutschland werden 100 Jahre alt und älter. Nach Zahlen des Statistischen Bundesamts überschritten im Jahr 2020 genau 20.465 Personen die 100-Jahre-Marke. Das waren 3.523 Personen mehr als im Vorjahr. Dabei sind rund 80 Prozent weiblich. Als Gründe für das ständig steigende Alter werden der medizinische Fortschritt und der steigende Wohlstand angeführt.

Quelle: Ersatzkasse Magazin

Nagelpsoriasis: belastend, hartnäckig, vielfältig





Nagelpsoriasis ist nicht leicht zu behandeln.

Prof. Dr. Ulrich Mrowietz,
Kiel

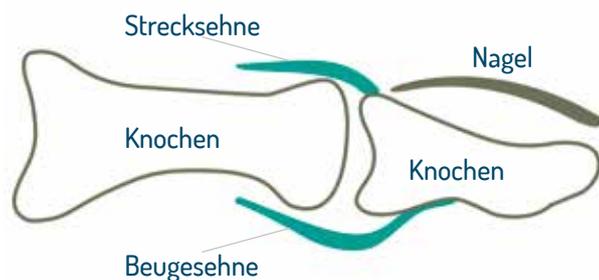
Häufig kommt sie fast unbemerkt: die Nagelpsoriasis. Sie beginnt vielleicht mit winzig kleinen punktförmigen Einbuchtungen auf einem oder mehreren Nägeln oder einer gelblichen Verfärbung, die unter einem Nagel hervorscheint. Die Veränderungen kommen sehr langsam, denn Nägel lassen sich beim Wachsen Zeit. Der Fingernagel braucht ungefähr sechs Monate bis zur kompletten Erneuerung. Beim Zehennagel sind es bis zu 18 Monate.

Die Wahrscheinlichkeit, dass bei Menschen mit Psoriasis im Laufe ihres Lebens die Nägel einmal betroffen sein werden, ist sehr hoch. Sie liegt zwischen 80 und 90 Prozent. Durchschnittlich haben rund 30 bis 50 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Psoriasis eine dauerhafte Nagelbeteiligung. Insgesamt sind mehr Männer (10 Prozent) als Frauen betroffen, sowie mehr Übergewichtige als Normalgewichtige. Das Risiko für eine Nagelpsoriasis steigt ebenfalls mit der Schwere der Psoriasis und mit der Krankheitsdauer. Zahlenmäßig gering sind die Fälle, bei denen eine Erkrankung der Nägel isoliert ohne Beteiligung der Haut auftritt. Sie liegen bei einem bis fünf Prozent.

Nagelpsoriasis und Psoriasis-Arthritis

Besondere Zusammenhänge scheinen zwischen der Nagelpsoriasis und der Psoriasis-Arthritis zu bestehen. Rund 70 bis 80 Prozent der Menschen mit Psoriasis-Arthritis haben gleichzeitig eine Nagelpsoriasis. Und es gibt Anzeichen, dass Personen mit einer Nagelpsoriasis häufiger auch eine Psoriasis-Arthritis entwickeln werden. Diese enge Wechselbeziehung zwischen Nagelpsoriasis und Psoriasis-Arthritis erklären Fachleute durch den engen Kontakt zwischen Nagelapparat und Finger- beziehungsweise Zehenendgelenken. Nägel, Sehnen, Sehnenansatz, Knochenhaut und schließlich Gelenk sind über die Fasern der Strecksehne miteinander verbunden. Entzündete Sehnenansätze (Enthesitis) sind die häufigste Form der Psoriasis-Arthritis. Es scheint sogar so zu sein, dass Patientinnen und Patienten mit Psoriasis häufig eine Enthesitis an den Sehnen der Finger- und Zehen-Endgelenke haben, auch wenn sie gar nichts spüren und keine krankhaften Hinweise vorliegen. Man nennt dieses Phänomen subklinische Enthesitis.

Enthesitiden am Fingerendgelenk



Wegen der engen, wenn auch nicht endgültig geklärten Zusammenhänge zwischen der Nagelpsoriasis und der Psoriasis-Arthritis sind Dermatologinnen und Dermatologen aufgefordert, auch besonders gründlich auf Zeichen einer Psoriasis-Arthritis zu achten, wenn sie bei einer Patientin oder einem Patienten eine Nagelpsoriasis diagnostiziert haben. Zu diesen Zeichen gehören: Fersenschmerzen, Schwellungen der Gelenke, (Druck-)Schmerzen, Morgensteifigkeit und nächtliche Rückenschmerzen.

Unterschiedliches Aussehen

Doch zunächst muss eine sichere Diagnose der Nagelpsoriasis erfolgen. Die Entzündungsprozesse können an unterschiedlichen Stellen des Nagelapparates ablaufen: im Nagelbett und/oder in der Nagelmatrix und/oder am Nagelwall. Je nach Position verändern sich Form, Struktur und Farbe der Nagelplatte und Nagelumgebung. Eine Nagelpsoriasis kann also sehr unterschiedlich aussehen.

Psoriasis der Nagelmatrix

Die Nagelmatrix (Nagelwurzel) ist die eigentliche Wachstumszone des Nagels. Dort bilden sich die Zellen, aus denen der Finger- beziehungsweise Fußnagel besteht. Spielt sich das Entzündungsgeschehen einer Psoriasis dort ab, werden Veränderungen auf der Nageplatte sichtbar.

Tüpfelnägel

Das ist die häufigste Form der Nagelpsoriasis. Sie macht 70 Prozent aller Fälle aus. Auf der Nagelplatte zeigen sich punktförmige Einbuchtungen, die meist nicht größer als einen Millimeter sind. Auf einer betroffenen Nagelplatte befinden sich in der Regel mehrere solcher Einsenkungen, auch Grübchen genannt.

Rote Pünktchen auf der Lunula

Als Lunula (lateinisch: „Möndchen“) bezeichnet man den hell rosafarbenen, halbmondförmigen Bereich an der Basis der Nagelplatte. Er entsteht durch das Durchscheitern der Nagelmatrix. Die Lunula ist oben von der Cuticula (Nagelhäutchen) bedeckt. Wird der Nagelhalbmond aufgrund der Psoriasis stärker durchblutet (Hypervascularisation), entwickeln sich dort rote Flecken.

Leukonychie

Das Wort Leukonychie setzt sich aus den griechischen Wörtern „leuko“ (weiß) und „onyx“ (Nagel) zusammen. Bei dieser Form der Nagelpsoriasis zeigen sich weiße Flecken innerhalb der Nagelplatte. Es wird angenommen, dass die weiße Farbe durch Lufteinschlüsse zwischen den Nagelblättern entsteht.

Krümelnägel

Bei Krümelnägeln zerfällt die Nagelplatte des betroffenen Fingers. Es handelt sich um eine besonders schwere Form der Nagelpsoriasis, wenn die Verhornungsstörung und Entzündung die gesamte Nagelmatrix betrifft. Dabei wird der Nagel mit seinen drei Nagelblättern fehlerhaft gebildet. Der medizinische Fachausdruck ist Nagel- oder Onychodystrophie. Dystrophie bedeutet wörtlich übersetzt „Fehlwuchs“.

Psoriasis des Nagelbettes

Ölflecken

Die häufigsten Verfärbungen bei Nagelpsoriasis sind Ölflecken. Unter den Nägeln sind dann stellenweise gelbliche bis bräunliche Verfärbungen sichtbar. Ölflecken entstehen, wenn sich eine Psoriasis im Bereich des Nagelbettes unterhalb der Nagelplatte bildet. Der Psoriasis-Plaue scheint durch die Nagelplatte und zeigt sich als gelblich-bräunliche Flecken.

Splitterblutungen

Feine Blutungen im Nagelbett nennen Ärztinnen und Ärzte Splitterhämorrhagien. Sie schimmern als dünne, längliche rotbraune bis schwärzliche Linien durch die Nagelplatte. Durch das Wachsen des Nagels werden diese Blutungen in die Länge gezogen.

Onycholyse

Verursacht die Entzündung des Nagelbettes eine starke Schuppenbildung, hebt sich die Nagelplatte oftmals teilweise oder vollständig ab. Das wird als partielle beziehungsweise totale Onycholyse bezeichnet. Verfärbt sich bei der Onycholyse die Nagelplatte grün, haben sich dort Bakterien oder Pilze angesiedelt. Sehr typisch für die Psoriasis ist eine verstärkte Abhebung des freien Nagelrandes vom Nagelbett. Das kann mit oder ohne Auftreibung des Nagels vorkommen (distale Onycholyse ohne oder mit Hyperkeratose). Die Nägel sind dann sehr empfindlich und spröde/brüchig.



Nagelpsoriasis kann für die Betroffenen eine starke Einschränkung der Lebensqualität bedeuten.

Prof. Dr. Ulrich Mrowietz,
Kiel

Entzündung am Nagelwall

Der Bereich links und rechts neben der Nagelplatte wird als Nagelwall bezeichnet. Eine Entzündung in diesem Bereich nennen die Fachleute Paronychie. Diese Form tritt besonders häufig zusammen mit einer Psoriasis-Arthritis auf.

Andere Nagelerkrankungen als Trigger

Schwierig ist manchmal die Abgrenzung von anderen Nagelerkrankungen wie Pilzbefall (häufig) oder bakterielle Infektionen (sehr selten). Beide können auch gemeinsam mit der Nagelpsoriasis auftreten. Besonders bei Personen, die keine Psoriasis an der Haut aufweisen, ist die Diagnose manchmal nicht leicht. Die häufigsten Verwechslungen passieren mit der Knötchenflechte (Lichen planus) oder Ekzemenägeln.

Eine Pilzinfektion des Nagels kommt sehr häufig in der Bevölkerung vor, besonders bei älteren Menschen. Daher sind auch viele Menschen mit Psoriasis betroffen. Wird die Pilzinfektion behandelt, ändert das nichts an der Nagel-Psoriasis. Eine Besonderheit ist vor allem der Befall des Nagelwalls mit dem Hefepilz *Candida albicans* (Candida-Paronychie). Das ist eine sehr entzündliche und meist schmerzhafteste Erkrankung.

Um eine Nagelpsoriasis von einem Pilz abzugrenzen, sind folgende Hinweise hilfreich: Die Nagelpsoriasis betrifft häufiger die Fingernägel als die Zehennägel. Ein Nagelpilz hingegen befällt vor allem die Zehennägel. Eine Nagelpsoriasis ist nicht ansteckend, eine Pilzinfektion der Nägel hingegen schon. Tüpfelnägel sind typisch für die Nagelpsoriasis, beim Nagelpilz findet man sie eher selten. Die Diagnose eines Nagelpilzes kann durch Kultur von Nagelmaterial/Schuppen erfolgen oder durch mikroskopische Untersuchung von Nagelstücken in einer Spezialfärbung.

Die Schwere der Erkrankung

Die Nagelpsoriasis kann für die Betroffenen eine starke Einschränkung der Lebensqualität bedeuten. Befragungen ergaben, dass die überwiegende Mehrheit (mehr als 90 Prozent) der Patientinnen und Patienten sich durch die veränderten Nägel kosmetisch beeinträchtigt fühlt. Rund die Hälfte der Betroffenen gab zudem an, auch unter Schmerzen und funktionellen Einschränkungen zu leiden. Viele erleben Einschränkungen beim Greifen und/oder Tasten. Schamgefühle aufgrund vermeintlich ungepflegter Nägel sowie die Angst vor einer Infektion der Nägel können negative Auswirkungen auf das Berufs- und Privatleben haben.

Wegen dieser Einschränkungen werden zum Bestimmen der Schwere der Erkrankung nicht allein die sichtbaren Erscheinungen der Haut, der Nägel und gegebenenfalls der Gelenke herangezogen, sondern auch die Beeinträchtigung der Lebensqualität. Sie wird meist mit dem Dermatologischen Lebensqualitätsindex (DLQI) ermittelt.

Zur objektiven Erfassung des Schweregrades einer Nagelpsoriasis werden in klinischen Studien vor allem der Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI), der Nail Assessment in Psoriasis and Psoriatic Arthritis (NAPPA) oder ein einfacher Nagelscore, der auf der ärztlichen Einschätzung beruht (Nagel-PGA), verwendet.



In leichteren Fällen bleibt der Rat: Nagellack drüber!

Prof. Dr. Ulrich Mrowietz,
Kiel



Therapie der Nagelpsoriasis

Für die Therapie der Nagelpsoriasis wird vor allem eines benötigt: Geduld. Das gilt sowohl für äußerliche (topische) als auch für innerliche (systemische) Therapieformen. Die Behandlung erstreckt sich meist über mehrere Monate. Sie kann auch ein Jahr und länger dauern. Denn Behandlungserfolge werden durch das langsame Wachstum der Nägel erst mit großer zeitlicher Verzögerung sichtbar. Häufig lassen sich trotz der Therapie die Nagelveränderungen nicht vollständig beseitigen. Auch kommt es nicht selten zu Rückfällen.

Äußerliche (topische) Therapie

Bei schwach ausgeprägten, wenig störenden Nagelveränderungen oder bei alleinigem Befall der Nägel ohne Beteiligung anderer Hautstellen werden in der Regel topische Therapieformen verwendet. Die Faustregel für eine leichtgradige Nagelpsoriasis ist: Befall von maximal zwei Nägeln ohne funktionelle Beeinträchtigung. Weil die Nagelplatte sehr dick ist, erreichen die Wirkstoffe der topischen Therapien sehr häufig nicht oder zumindest nicht ausreichend ihr Ziel und sind deshalb nicht immer effektiv. Bei einer äußerlichen Therapie gehen Dermatologinnen und Dermatologen grundsätzlich von einer Behandlungsdauer von rund einem Jahr aus.

Kortikosteroide

Kortikosteroide (umgangssprachlich: Kortison) mit hohen Wirkstoffklassen (3 und 4) werden als Salben, Cremes, Lotionen, Emulsionen oder Nagellack meist ein- oder zweimal täglich angewandt. Sie haben eine größere Wirksamkeit bei Nagelmatrix-Psoriasis als bei Nagelbett-Psoriasis. Der Nachteil: Bei Anwendung über einen längeren Zeitraum kann Gewebe abgebaut werden (Atrophie). Deshalb werden Kortikosteroide manchmal nur an vier aufeinanderfolgenden Tagen pro Woche angewandt mit einer Pause von drei Tagen.

Kortikosteroide können auch in das Nagelbett und mit einer Spritze oder einem speziellen Gerät in die Nagelmatrix injiziert werden. Das ist zwar besonders wirksam, aber auch sehr schmerzhaft. Nach der Behandlung können Schmerzen an der Einstichstelle von mehreren Monaten zurückbleiben, und auch weitere Nebenwirkungen sind bekannt. Diese Therapieform wird deshalb nur bei schwerem Befall von ein bis zwei Fingern überhaupt eingesetzt. Es gibt Dermatologinnen und Dermatologen, die diese Therapieform gar nicht nutzen, sondern einzelne Nägel, die so stark befallen sind, dass eine Injektion infrage käme, lieber mit innerlich wirkenden (systemischen) Therapien behandeln.

Vitamin-D-Derivate

Zu dieser Wirkstoffgruppe gehören Calcipotriol, Tacalcitol und Calcitriol. Calcipotriol wurde am häufigsten in Studien auf seine Wirksamkeit bei Nagelpsoriasis untersucht. Als Monotherapie wird es zweimal täglich angewandt und zeigt eine größere Wirksamkeit bei einer Nagelbett-Psoriasis als bei einer Nagelmatrix-Psoriasis.

Kombination aus Calcipotriol und Kortikosteroiden

Weil bei einer Nagelpsoriasis häufig sowohl eine Beteiligung des Nagelbettes als auch der Nagelmatrix vorliegt, wird gern eine Kombination der Wirkstoffe Calcipotriol und Kortikosteroid verabreicht.

Innerliche (systemische) Therapien

Eine innerliche (systemische) Therapie wird bei mäßig- bis schwergradiger Nagelbeteiligung (NAPSI > 10), bei schweren Nagelveränderungen (Nageldystrophien), bei funktionellen Einschränkungen oder bei einer hohen Beeinträchtigung der Lebensqualität (DLQI > 10) eingesetzt. Die persönliche Einschätzung des Leidensdrucks spielt hier eine besonders große Rolle. Hier sollten Patientinnen und Patienten offen über ihre Probleme durch die Nagelpsoriasis sprechen. Denn während bei den topischen Therapien der Erfolg in vielen Fällen ausbleibt, wirken systemische Therapien meist gut. Da oft eine schwere Nagelpsoriasis der Finger mit nur leichtem Befall der Haut vorliegt und daher keine systemische Therapie erfolgen kann, gilt der schwere Befall von mindestens zwei Fingernägeln (schwere Onycholyse oder Onychodystrophie) nach dem Europäischen Therapieziele-Konsensus als sogenanntes „upgrade-Kriterium“. Die Psoriasis wird dann als mittelschwer bis schwer eingeschätzt und damit können alle systemischen Therapieformen angewendet werden.

Konventionelle systemische Therapien (Acitretin, Apremilast, Dimethylfumarat, Methotrexat) sind etwas weniger wirksam als Biologika und ihre Wirkung tritt zudem langsamer ein. Mit einer 40- bis 50-prozentigen Reduzierung des NAPSI (siehe hierzu auch den Beitrag auf Seite 13) ist nach rund 24 Wochen zu rechnen. Methotrexat (MTX) scheint dabei eine bessere Wirkung auf die Nagelmatrix zu haben, während Ciclosporin eher auf Erkrankungen des Nagelbettes wirkt.

Biologika sind gegenüber den konventionellen systemischen Therapien in ihrer Wirkung schneller. Sie erreichen alle im Schnitt eine 50-prozentige Reduzierung des NAPSI nach zwölf Wochen. Bei Infliximab ist das bereits nach zehn Wochen der Fall. Nach einem Jahr Behandlungszeit werden weitere starke Verbesserungen, manchmal sogar die vollständige Erscheinungsfreiheit erreicht.



Biologika sind gegenüber den konventionellen systemischen Therapien in ihrer Wirkung schneller.

Prof. Dr. Ulrich Mrowietz,
Kiel

Der Fingernagel

Finger- und Zehennägel werden von Hautzellen gebildet. Sie zählen deshalb (wie auch die Haare) zu den Hautanhangsgebilden. Die Nagelplatte besteht vor allem aus harter Hornsubstanz (Keratin). Sie ist etwa einen halben Millimeter dick und leicht gewölbt.

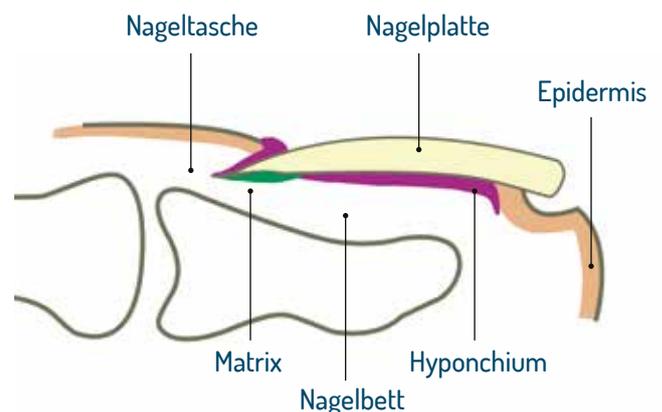
Die Nagelplatte ist mit dem darunterliegenden Nagelbett verwachsen. An der Finger- oder Zehenkuppe trennen sich Nagelplatte und Nagelbett, so dass der Nagel dort frei hervorragt. Dadurch können die Fingernägel beispielsweise als Kratzwerkzeuge eingesetzt werden. Außerdem sind die Nägel ein wichtiger Bestandteil des Tastsinns.

Die Hautkanten, die die Nagelplatte rechts und links einfassen, heißen Nagelwall. Der untere Hautrand ist der Nagelfalz. Hier wächst eine dünne Hautschicht über den Nagel, die sogenannte Nagelhaut (von „cuticula“, lateinisch: Häutchen).

Am Nagelfalz steckt der Nagel in einer Hauttasche. Dieser Bereich wird als Matrix bezeichnet. Sie ist als heller Bogen durch die Nagelplatte sichtbar. Der helle Bereich heißt aufgrund seiner Halbmondform Nagelmond oder Lunula (lateinisch für „Möndchen“).

In der Matrix entsteht ständig neue Hornsubstanz, die sich an die Nagelplatte anlagert und den Nagel langsam vorschiebt. Fingernägel wachsen pro Monat etwa drei Millimeter. Zehennägel sind etwas langsamer.

Der Aufbau des Fingernagels



Der Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI)

Um die Schwere einer Nagelpsoriasis möglichst objektiv zu erfassen und auch, um die Veränderungen im Laufe eines Zeitraums darstellen zu können, verwenden Medizinerinnen und Mediziner gerade in Studien häufig den „Nail Psoriasis Severity Index“ (NAPSI). Ins Deutsche übersetzt heißt das „Nagel Psoriasis Schwere Kennzahl“.

In den NAPSI gehen folgende Parameter ein:

Nagelmatrix:

- Tüpfelnägel
- Rote Pünktchen in der Lunula
- Leukonychie
- Krümelnägel

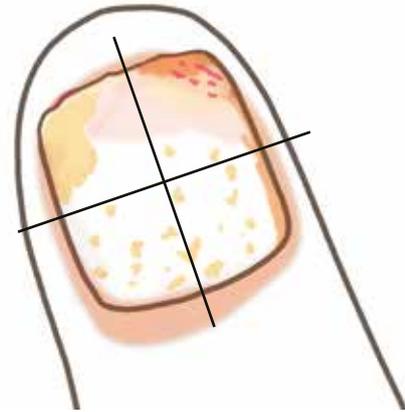
Nagelbett:

- Ölflecken
- Splitterblutungen
- Onycholyse
- Subunguale Hyperkeratosen (verstärkte Verhornung am freien Rand der Nagelplatte)

Um den NAPSI zu berechnen, wird jeder Nagel in vier Quadranten unterteilt. Für jeden der vier Quadranten wird nun geschaut, ob Anzeichen einer Psoriasis der Nagelmatrix und/oder des Nagelbettes vorliegen.

Gibt es ein Zeichen, wird das mit 1 bewertet. Gibt es kein Zeichen, ergibt das eine 0. Für jeden Quadranten können also im Höchstfall 2 Punkte vergeben werden. Pro Nagel ist die Höchstzahl der Punkte demnach 8.

Unterteilung des Nagels in vier Quadranten zur Errechnung des „NAPSI“



Alle Nägel können bewertet werden. Der NAPSI-Gesamtwert ergibt sich aus der Summe der Punktzahlen. Das können bis zu 80 Punkte sein, wenn nur die zehn Nägel der Finger berücksichtigt werden. Wenn auch die Zehennägel mitberücksichtigt werden, können es bis zu 160 Punkte sein.

Anzeige

Vervollständigen Sie Ihren Impfschutz bei Schuppenflechte!



Psoriasis, auch bekannt als Schuppenflechte, ist eine chronisch-entzündliche Hauterkrankung die den Erneuerungsprozess der Haut betrifft. Infektionen können Krankheitsschübe begünstigen. Zum Glück können Sie sich gegen viele Infektionskrankheiten impfen lassen und so Ihr Risiko senken.

Jetzt bei Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt einen Termin vereinbaren.

Weitere Informationen unter:

[Impfdichstark.de](https://impfdichstark.de)



Um zu ermitteln, ob und wie gut eine Therapie angesprochen hat, wird die NAPSI-Messung in regelmäßigen Zeitabständen wiederholt. In der Regel sind das etwa drei Monate. Dabei wird ermittelt, um wieviel Prozent sich der NAPSI zum Ausgangswert verbessert hat. Wer also zu Beginn einen höheren Ausgangswert hatte, bei dem sind nach einem Rückgang der Symptome um drei Viertel (NAPSI-75-Ansprechen) unter Umständen trotzdem noch recht starke Nagelveränderungen zu finden. Bei Patientinnen und Patienten, die mit einem niedrigeren Ausgangswert gestartet sind, ist bei einem NAPSI-75-Ansprechen möglicherweise fast nichts mehr an den Nägeln zu sehen. Vollkommen symptomfreie Nägel entsprechen einem NAPSI-100-Ansprechen, also der Reduzierung der Nagelveränderungen um 100 Prozent.

Der Nachteil des NAPSI ist, dass er nichts über die tatsächlich vorhandene Stärke des Befalls der einzelnen Nägel aussagt, sondern nur, ob überhaupt ein Befall der Nagelmatrix und/oder des Nagelbettes vorliegt. In der Praxis setzt sich immer mehr die Beurteilung der Schwere der Nagelpsoriasis mit Hilfe des Nagel-PGA durch.

Der Physician's Global Assessment (PGA)

In dermatologischen Praxen erfreut sich die Anwendung des Nagel-PGA (Physician's Global Assessment, deutsch: Gesamtbeurteilung durch die Ärztin/den Arzt) immer größerer Beliebtheit. Denn er ist einfach anzuwenden und gibt einen guten Aufschluss darüber, wie schwer die Nagelpsoriasis ausgeprägt ist.

Nagel-PGA (nur für Fingernägel)

Score	Schweregrad	Beschreibung des Nagels	Klinische Beispielbilder
0	kein Befall	Normales Erscheinungsbild	
1	leicht	Tüpfel und/oder Ölflecken; geringgradige Entstellung	
2	mittelschwer	Deutlich sichtbare Tüpfel und/oder Ölflecken, distale Onycholyse mit/ohne Hyperkeratose; mittelschwere Entstellung	
3	schwer	Ausgeprägte Nagelveränderungen einschließlich Tüpfeln, Ölflecken, distaler Onycholyse mit/ohne Hyperkeratose, Onychodystrophie; erhebliche Entstellung	
4	sehr schwer	Prominente, distale Onycholyse mit/ohne Hyperkeratose und/oder schwerer Onychodystrophie; sehr schwere Entstellung	

Hinweise zur Verwendung des Nagel-PGA:

Bei jeder Untersuchung wird/werden jeweils der/die Nägel mit dem schwersten Befall beurteilt. Hieraus kann sich ergeben, dass unterschiedliche Fingernägel im Rahmen der Behandlung/Studie beurteilt werden.

Betroffene können wenig tun

Prof. Dr. Ulrich Mrowietz im Gespräch zur Selbsthilfe bei Nagelpsoriasis



Prof. Dr. Ulrich Mrowietz,
Kiel

Die Behandlung einer Nagelpsoriasis gehört in die Hände von Expertinnen und Experten. Das PSO Magazin sprach mit Prof. Dr. Ulrich Mrowietz vom Psoriasis-Zentrum der Klinik für Dermatologie,

Venerologie und Allergologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel, und Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des DPB.

PSO Magazin: Was können Patientinnen und Patienten selbst tun, um die Behandlung einer Nagelpsoriasis zu unterstützen?

Prof. Mrowietz: Da muss man leider sagen: sehr wenig bis gar nichts. Die Nagelbildungsstörungen entstehen an Stellen, die von außen nicht zugänglich sind.

PSO Magazin: Gibt es Auslöser (Trigger), die für eine Nagelpsoriasis typisch sind und die die Erkrankung verschlimmern können?

Prof. Mrowietz: Direkte Trigger sind nicht bekannt. Allerdings sollte darauf verzichtet werden, sich lange Fingernägel wachsen zu lassen oder aufzukleben. Ebenso ist von Gelnägeln abzuraten. Da kommt dann nämlich eine mechanische Komponente ins Spiel: Lange Fingernägel üben einen Zug auf das Nagelbett aus. Und diese hohe mechanische Belastung kann dort dann schon als Trigger wirken. Bei einer Nagelpsoriasis sollten die Fingernägel also möglichst eine normale Länge haben. Bei Arbeiten in Haus und Garten oder ähnlichen Tätigkeiten sollten zusätzlich Handschuhe getragen werden, um mechanische Belastungen zu vermeiden ebenso wie Verschmutzungen, die zum Beispiel bei rauen Nägeln schwer zu entfernen sind.

PSO Magazin: Sind Nagellacke zum Verstecken der Nagelpsoriasis erlaubt?

Prof. Mrowietz: Ja. Kosmetische Nagellacke haben keine schädlichen Auswirkungen auf den Nagel. Damit lässt sich schon viel verbergen. Wenn die Nägel krümelig sind, gibt es in Apotheken spezielle glättende Nagellacke mit dem Wirkstoff Hydroxypropylchitosan (HPCH) oder Harnstoff (Urea). Aber hier gilt: Je krümeliger der Nagel, desto weniger können Betroffene selbst tun.

PSO Magazin: Sie sagten, dass eine Nagelpsoriasis von außen so gut wie gar nicht therapierbar ist. Ab wann sollte eine Nagelpsoriasis mit innerlichen Medikamenten behandelt werden?

Prof. Mrowietz: Laut Leitlinie kann ein Dermatologe eine Psoriasis als mittelschwer bis schwer einstufen, wenn an mindestens zwei Fingern die Nägel krümelig sind, also eine Onychodystrophie vorliegt, oder die Nagelplatte sich löst. Das nennt sich Onycholyse. Dann kann eine Systemtherapie eingeleitet werden. Das gilt allerdings nur für Fingernägel. Bei den Fußnägeln besteht dieser Therapiezwang nicht. Da wird die Auffassung vertreten, dass mit Socken und Schuhen das Problem unsichtbar gemacht werden kann. Eine Ausnahme ist es natürlich, wenn Beschwerden vorliegen, etwa wenn der Großzehennagel so verdickt ist, dass er Schmerzen beim Gehen verursacht.

PSO Magazin: Haben Sie noch weitere Tipps für den Umgang mit der Nagelpsoriasis?

Prof. Mrowietz: Ich hätte da noch den Rat, bei einer mittelschweren bis schweren Nagelbeteiligung mit einem erfahrenen Dermatologen zu sprechen. Nagelpsoriasis ist nicht leicht zu behandeln. Solche Ärztinnen und Ärzte sind vor allem unter dem Namen PsoNet in regionalen Psoriasis-Netzwerken zusammengeschlossen. Man findet sie über die Arztsuche auf www.psonet.de. In leichteren Fällen bleibt der Rat: Nagellack drüber!

PSO Magazin: Vielen Dank für die Informationen und herzlichen Dank für das Gespräch.

Prof. Mrowietz: Sehr gerne.

Weitere Fragen?

DPB-Mitglieder haben Anspruch auf kostenfreie medizinische oder juristische Beratung. Die DPB-Geschäftsstelle nimmt die Fragen gerne auf und leitet sie an die entsprechenden Fachleute aus dem Wissenschaftlichen Beirat weiter. Telefon: 040 223399-0 oder E-Mail: info@psoriasis-bund.de

DPB-Online-Seminar

Vertrauen ist das Wichtigste

Ein Arzt und ein Patient sprechen über das Arzt-Patienten-Verhältnis



Dr. PD Sascha Gerdes,
Kiel



Till Behrendt,
Kiel

PD Dr. Sascha Gerdes ist Dermatologe. Er leitet die Psoriasis-Sprechstunde in der Klinik für Dermatologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel. Er ist zudem Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des DPB. Till Behrendt ist Psoriasis-Patient. Er studiert in Hamburg und engagiert sich als DPB-Jugendmentor. Wenn diese beiden in der Sprechstunde zusammentreffen, sind ihre Interessen und Fragen manchmal sehr verschieden. Gleich ist für beide aber der Zeitdruck, unter dem die Begegnung steht. Im DPB-Online-Seminar „Patienten-Arzt-Kommunikation“* haben Gerdes und Behrendt ihre Zuhörer für diese besondere Situation sensibilisiert und Tipps gegeben, wie Patienten ihre Anliegen gut in der Sprechstunde unterbringen können.

Gerdes beleuchtete die Ärzte-Seite bei dieser Begegnung: Weil es so viele Behandlungsmöglichkeiten für die Psoriasis gibt, sie aber nie für alle gleich angewendet werden können, muss der Dermatologe eine Menge Fragen stellen. Vieles lässt sich dabei nüchtern abklopfen, aber einiges betrifft auch subjektive Wahrnehmungen des Patienten. „Fragen wir auch das Notwendige? – Das müssen wir Ärzte immer wieder kritisch hinterfragen“, sagte Gerdes. Zum Beleg dafür, wie unterschiedlich die Wahrnehmungen von Ärzten und Psoriasis-Patienten sein können, zitierte er eine Studie, die belegt, dass die Ärzte zum Teil ganz andere Erwartungen an die Behandlung haben als die Patienten.

An erster Stelle steht natürlich für beide Seiten das Abklingen der Hauterscheinungen. Aber für Patienten ist das häufig nicht das einzige Anliegen. Sie leiden beispielsweise zusätzlich unter Juckreiz oder haben besondere Probleme mit der Psoriasis an speziellen Körperstellen (Kopfhaut, Genitalbereich, Nägel).

*In diesem Artikel sind grundsätzlich alle Geschlechter mit gemeint. Der Begriff „Patienten-Arzt-Kommunikation“ ist ein feststehender Ausdruck und wird durch das Gendern komplett unleserlich.

Oftmals empfinden Psoriasis-Patienten ganz allgemein eine Verminderung der Lebensqualität unter der Erkrankung, die sie gern wieder verbessert hätten. Dafür ist es sehr schwer, Worte zu finden. Ärzte haben Fragebögen, um auch subjektive Patienten-Wahrnehmungen abklären zu können. Sie müssen abwägen, bei wem sie diese einsetzen.



„Der Juckreiz war das Nervigste“

Behrendt kennt die Patienten-Sicht und bestätigte: „Für mich war Juckreiz das Nervigste und Zeitaufwändigste, was mit meiner Psoriasis zu tun hatte. Das überschattete alles andere.“ Für ihn ist es deshalb das Wichtigste in der Arzt-Patienten-Kommunikation, dass zwischen seinem Dermatologen und ihm ein Vertrauensverhältnis herrscht, das ihm ermöglicht, all seine Sorgen und Nöte erzählen zu können. Dieses Vertrauensverhältnis ist auch für den Arzt Gerdes ein grundlegendes Element. „Wenn man sich bei seinem Dermatologen schlecht fühlt, geht das gar nicht“, sagte er und ermunterte die Patienten dazu, sich in so einem Fall einen anderen Arzt/eine andere Ärztin zu suchen.

Gerdes ist überzeugt davon, dass die beste Behandlung die ist, bei der Patienten aktiv mitentscheiden. Um dafür die optimalen Voraussetzungen zu schaffen, wurde an seiner Universitäts-Klinik ein Nationales Kompetenzzentrum für Gemeinsame Entscheidungsfindung (englisch: Shared Decision Making – SDM) gegründet. Es ist damit beschäftigt, SDM in den klinischen Alltag einzuführen. Weitere Einzelheiten dazu sind auf der Homepage www.uksh.de/sdm abzurufen.

Doch auch, wenn Ärzte in Sachen Kommunikation gut geschult sind und Patienten genau wissen, was sie von der vor ihnen liegenden Sprechstunde erwarten können, bleibt der enorme Zeitdruck ein Problem, unter dem beide Seiten leiden.



„Die durchschnittliche Behandlungszeit beim Dermatologen beträgt eineinhalb Minuten. So kann man Behandlungen an chronisch Kranken nicht durchführen“, sagte Gerdes. Er und viele seiner Kollegen schaufeln sich deshalb bei kleinen und einfachen Fällen Zeiträume frei, die sie dann mehr für chronisch kranke Patienten einsetzen können.

Unbefriedigend bleibt das für beide Seiten. Und Patienten versetzt das häufig in Stress. „Wenn man eine Stunde im Wartezimmer gesessen hat, ist man schon ganz kirre. Und wenn man dann zum Arzt reinkommt, hat man am Ende seine Fragen längst wieder vergessen“, beschrieb Behrendt seine Erfahrungen.

Ziele des Arztbesuchs klären

Deshalb hatten er und Gerdes am Ende des Vortrags eine ganze Reihe Tipps parat, die dabei helfen können, dass der Arzttermin erfolgreich verläuft. Wichtig ist dabei, sich vorher darüber klar zu werden, welche Ziele man selbst für das Treffen hat. Sind beispielsweise Fragen seit dem letzten Besuch aufgetreten, die beantwortet werden sollen? Oder wirkt das Medikament nicht mehr ausreichend oder sind Nebenwirkungen aufgetreten, so dass aus Patientensicht die Therapie verändert werden sollte? Oder gibt es Hautstellen, die neuerdings stören und die deshalb behandlungsbedürftig sind – wie etwa im Genitalbereich oder auf der Kopfhaut? Oder hat sich die Lebensqualität insgesamt so verschlechtert, dass sie verbessert werden sollte? Ein Zettel mit den aktuellen Fragen und ein Stift, um gegebenenfalls Antworten zu notieren, sollten immer dabei sein.

Um die Entwicklung der Psoriasis verfolgen zu können, wäre es hilfreich, ein Therapietagebuch zur Psoriasis zu führen und es zum Termin mitzubringen. Darin sollten der Krankheitsverlauf sowie das körperliche und seelische Befinden notiert werden. Auch Notizen zu anderen Beschwerden oder Begleiterkrankungen können darin aufgeführt sein, ebenso wie Medikamente, die wegen anderer Beschwerden verwendet werden müssen. Ebenfalls sind Fotos von besonderen oder auffälligen Hautstellen interessant.

Hilfreich zur Vorbereitung auf das Arzt-Patienten-Gespräch ist ebenfalls das DPB-Info-Blatt „Tipps und Fragen für den Arztbesuch“, abzurufen im PSO Kiosk und über die DPB-Geschäftsstelle (Telefon: 040/22 33 99 0 oder per Mail: info@psoriasis-bund.de).

Vielen Dank!

Das DPB-Online-Seminar wurde von folgenden Firmen aus dem Kreis der DPB-Förderer finanziell unterstützt:

Systemtherapie bei Psoriasis

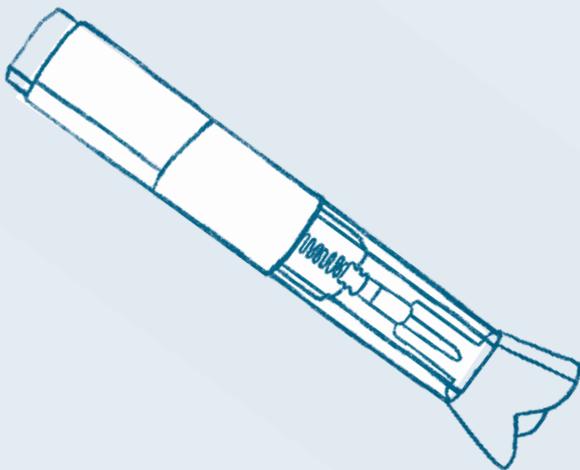
Für wen kommt welche Behandlung infrage?



Prof. Dr.
Michael Sticherling,
Erlangen

Die Möglichkeiten, eine Psoriasis innerlich (systemisch) zu therapieren, sind heute vielfältig. Wer von der Erkrankung betroffen ist, möchte die Alternativen möglichst alle kennen.

Deshalb wunderte es nicht, dass der DPB-Online-Vortrag „Systemtherapie der Psoriasis und Corona-Update. Besondere Lokalisation der Psoriasis: Kopfhaut und Nägel“ sehr gut besucht war. Prof. Dr. Michael Sticherling, stellvertretender Direktor der Hautklinik und Leiter des Psoriasiszentrums im Universitätsklinikum Erlangen und Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des DPB, gelang das Kunststück, dieses komplexe Thema gut verständlich und umfassend in eineinhalb Stunden Vortragszeit unterzubringen.



Dabei nahm sich der Dermatologe auch die Zeit und erläuterte, für wen eine systemische Therapie überhaupt infrage kommt. Das sind Personen mit einer mittelschweren und schweren Psoriasis. Zur Beurteilung der Schwere der Psoriasis bedienen sich Dermatologinnen und Dermatologen bestimmter Messinstrumente, die der Referent kurz vorstellte. Mit einigen erfassen die Ärztinnen und Ärzte selbst die äußerlich sichtbaren Hauterscheinungen. Die Erkenntnis, dass auch die subjektive Beurteilung der Krankheitslast durch die Patientinnen und Patienten ein wichtiges Kriterium ist, setzt sich in der Dermatologie jedoch immer mehr durch. Heute wird deshalb in dermatologischen Praxen häufig die Lebensqualität mit Hilfe des „Dermatology life quality index“, DLQI (deutsch: Dermatologischer Lebensqualitätsindex) abgefragt. Hier gibt es inzwischen weitere Fragebögen, die die subjektive Krankheitslast besser erfassen. Insgesamt gehen die Bemühungen dahin, Patientinnen und Patienten in die Entscheidungsfindung der Therapieziele und Behandlung einzubeziehen, weil das den Behandlungserfolg messbar erhöht.

Komplexe Wirkmechanismen

Der Referent erläuterte die Wirkmechanismen der Medikamente. Dabei wurde deutlich, dass Biologika/Biosimilars weit aus weniger Nebenwirkungen verursachen als konventionelle Systemtherapeutika. Das liegt daran, dass sie im Körper sehr gezielt nur einzelne Eiweiße (Proteine) beeinflussen, die das Wachstum und die Differenzierung von Entzündungs- und Hautzellen regulieren. Solche Proteine werden Zytokine genannt. Für die Psoriasis spielen die Zytokine TNF- α , Interleukin-23 und 17 eine wichtige Rolle und gegen sie richten sich die Biologika. Weitere Vorteile sind ein sehr schneller Wirkeintritt und wenig Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Sticherling benannte aber auch Nachteile dieser neuen Wirkstoffe. So sind sie eben neu, so dass es erst zehn bis 20 Jahre Erfahrung mit ihnen gibt. Zudem sind diese Präparate sehr teuer. Die Medikamentenkosten für eine Person liegen im Durchschnitt bei rund 20.000 Euro im Jahr.

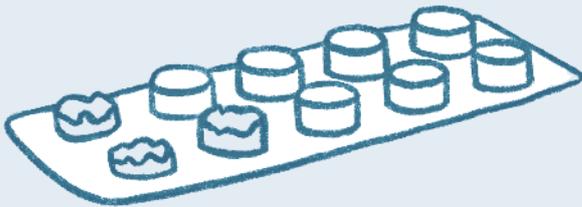
Wirkstoffgruppen der Systemtherapie

Konventionelle Systemtherapeutika	Small molecular antagonists (SMA)	„Alte“ Biologika	„Neue“ Biologika	Biosimilars (Nachahmerprodukte)
Fumarsäureester	Apremilast	TNF- α -Hemmer	Anti-IL-17-Hemmer	TNF- α -Hemmer
Methotrexat (MTX)		Anti-IL-12/23-Hemmer	Anti-IL-23-Hemmer	
Ciclosporin				
Acitretin				

Im Verlauf des Vortrags ging der Dermatologe auf die Problemlokalisationen Kopfhaut und Nägel ein. Eine Beteiligung dieser Körperstellen kann dazu führen, dass eine ansonsten leichte Psoriasis zu einer mittelschweren oder schweren Psoriasis heraufgestuft wird. Das ermöglicht dann ebenfalls eine Behandlung mit Systemtherapeutika.

Therapie der Kopfhaut

Für die Kopfhaut sind zur äußerlichen (topischen) Anwendung Kortikosteroide, Vitamin-D-Derivate und Ciclosporin wirkungsvoll. Auch die konventionellen Systemtherapeutika zeigen gute Wirkung. Eine Studie beschrieb anhaltende Effekte mit dem Small molecule antagonist Apremilast. Unter den Biologika sind besonders gute Wirkungen auf die Kopfhaut mit den Präparaten Brodalumab, Sekukinumab und Ixekizumab beschrieben. Für die Behandlung der Nagelpsoriasis sei an dieser Stelle auf die ausführlichen Beschreibungen im Schwerpunktthema dieses Heftes verwiesen.



Zum Themenkomplex „COVID-19 und Psoriasis“ wies der Referent darauf hin, dass die Risiken, an COVID-19 zu erkranken, in erster Linie folgende seien: höheres Alter, männliches Geschlecht, Lungenerkrankungen, Übergewicht sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Er präsentierte Studien, die belegten, dass der Einfluss der Psoriasis auf COVID-19 gering beziehungsweise fraglich sei, dass aber gegebenenfalls die Systemtherapie während einer COVID-19-Erkrankung abgesetzt werden sollte. Eine COVID-19-Impfung ist für Menschen mit Psoriasis in jedem Fall angezeigt, auch wenn sie eine Systemtherapie erhalten. Diese muss je nach Medikament gut geplant werden.

Dass der Referent sich am Ende seines Vortrags auch noch die Zeit für Fragen nahm, wurde von den Zuhörerinnen und Zuhörern sehr positiv bewertet und gern angenommen. Am Ende fasste es ein Teilnehmer folgendermaßen zusammen: „Es war ein Tornado an Informationen – herzlichen Dank dafür.“

Vielen Dank!

Das DPB-Online-Seminar wurde von folgenden Firmen aus dem Kreis der DPB-Förderer finanziell unterstützt:

abbvie

AMGEN

Biogen

Boehringer
Ingelheim



MSD
INVENTING FOR LIFE

NOVARTIS



Anzeige

Fachklinik
Bad Bentheim

Rheumatologie · Dermatologie
Orthopädie · Kardiologie

Moderne Psoriasis-Therapie mit Tradition

- Akutklinik, Rehabilitation und Ambulanz
- Einzelzimmer mit eigenem Bad und Balkon oder Terrasse
- ärztliche Betreuung durch erfahrene Spezialisten und Fachpersonal
- Schwefelmineralwasser und Thermalsole (27%ige Starkssole) und individuell angepasste UV-Therapie als Basis der Behandlung
- sämtliche Möglichkeiten der Systemtherapie
- umfangreiche Behandlungsmöglichkeiten von Psoriasis-Arthritis und Begleiterkrankungen in enger Kooperation mit den internistisch-rheumatologischen Kollegen
- individuell angepasste lokale und systemische Therapie

Wir senden Ihnen gerne unsere aktuellen Unterlagen.
Mehr Informationen unter: WWW.FK-BENTHEIM.DE



Ihre Fragen an uns

Ich spritze monatlich Taltz (Wirkstoff: Ixekizumab) und bin glücklich damit. Vor drei Monaten hatte ich auf der Kopfhaut Schmerzen, wie von Sonnenbrand. Es ging nicht weg. Inzwischen schmerzt es bei Berührung oder beim Bürsten. Kann es sich um Nebenwirkungen von Ixekizumab handeln?

Unter Ixekizumab ist eine Häufung von Pilzkrankungen der Haut bekannt (insbesondere Candida-Infektionen). Eine solche Infektion würde man bei der äußerlichen Betrachtung sehen und sollte einem Untersucher daher auffallen. Die hier genannten Beschwerden sind hierfür nicht typisch. Ein Zusammenhang zu Ixekizumab ist aus den geschilderten Symptomen aus meiner Sicht sehr unwahrscheinlich.



PD Dr. Sascha Gerdes,
Kiel

Aufgrund eines starken Schubes soll meine Psoriasis jetzt innerlich behandelt werden. Mein Hautarzt schlug Skilarence (Wirkstoff: Dimethylfumarat) vor. Ist diese Therapie erfolgreich und schonend für mich mit 77 Jahren? Ich nehme zusätzlich noch aus kardiologischen Gründen Nebivolol und Eliquis ein und – wegen des erheblichen Vitamin-D-Mangels – Dekristol 20000.

Skilarence ist eine sinnvolle Therapie, auch im höheren Alter, zumal mit Nebivolol auch weiterhin ein Betablocker eingenommen werden muss. Die Vitamin-D-Gaben sind zusätzlich hilfreich und können auch die Behandlung der Psoriasis unterstützen.



Prof. Dr. Joachim Barth,
Leipzig



Ich habe leider Endometriose (das sind versprengte Ansiedlungen von Gebärmutter-schleimhaut ähnlichem Gewebe außerhalb der Gebärmutter). Beim Googeln stößt man auf die Verbindung von Endometriose und Rheuma. Ich habe Psoriasis-Arthritis. Kann da ein Zusammenhang bestehen?

Mir ist als Rheumatologin keine Verbindung zwischen Endometriose und Psoriasis bekannt. Eine Verbindung existiert meiner Kenntnis nach nur für operative Eingriffe oder Entzündungen unter der jeweiligen immununterdrückenden Therapie.



Dr. Susann Patschan
Brandenburg

Ich bin 73 Jahre. Etwa 10 Jahre lang hatte ich viel Erfolg mit Enbrel (Wirkstoff: Etanercept) und anschließend mit Remicade (Wirkstoff: Infliximab). Inzwischen hatte ich aber mehrere Krebserkrankungen (Schwarzer Hautkrebs, Brustkrebs) und jetzt wurde auch noch Blasenkrebs diagnostiziert. Deshalb musste ich das Biologikum absetzen und behandle die Psoriasis nur noch äußerlich, aber ohne Erfolg. Gibt es für mich noch ein anderes Biologikum, das ich trotz Krebserkrankungen nehmen kann?

Aufgrund des Wirkungsmechanismus könnte eine Behandlung mit Otezla (Wirkstoff: Apremilast) diskutiert werden. In Bezug auf die Datenlage käme eventuell auch eine Therapie mit TNF- α -Hemmern oder Ustekinumab (Handelsname: Stelara) infrage. Trotz des Mangels an Langzeiterfahrungen kann auch eine Behandlung mit

Interleukin-17 und -23-Hemmern erwogen werden. Es stellt sich die Frage, wie hoch der Leidensdruck durch die Psoriasis ist und wieviel Risiko man bezüglich eines möglichen Krebs-Rückfalls eingehen will. Grundsätzlich sollten Sie diese Möglichkeiten zusammen mit dem Onkologen und dem Dermatologen diskutieren.



PD Dr. Thomas Rosenbach,
Osnabrück

info@psoriasis-bund.de

Unsere Expertinnen und Experten aus dem Wissenschaftlichen Beirat beantworten Ihre Fragen. Schreiben Sie uns oder rufen Sie uns an: 040 223399-0



Adhärenz ist ein Begriff, der sich in der modernen Medizin mehr und mehr durchsetzt. Er bezeichnet das Einhalten der Therapieziele, die vorher gemeinsam von Ärztin/Arzt und Patientin/Patient festgelegt wurden. Gleichzeitig beinhaltet er die Erkenntnis, dass dieses Ziel nur durch Einvernehmen beider Seiten erreicht werden kann. Patientinnen und Patienten müssen ein Einsehen in die Notwendigkeit des Vorgehens haben, um treu bei einer Therapie zu bleiben. Das wiederum setzt ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen beiden Seiten voraus, bei dem Patientinnen und Patienten sich ermuntert fühlen, ihre Wünsche, Sorgen und Bedenken gegenüber vorgeschlagenen Behandlungen zu äußern.

Denn was nützt es beispielsweise, wenn eine Dermatologin/ein Dermatologe eine Salbe zur Behandlung der Psoriasis verordnet und der junge Single das zweimal tägliche Eincremen überhaupt nicht in seinen Tagesablauf einbauen kann? Oder wenn die ältere Dame starke Bedenken gegen die Verwendung eines bestimmten Wirkstoffs hat? Oder wenn der beruflich und privat überlastete Familienvater regelmäßig die Einnahme seines Medikaments vergisst? Wenn sie alle ihre Bedenken äußern können, ist das die Basis, um gemeinsam mit der Ärztin/dem Arzt die passende Lösung zu finden und damit die Adhärenz zu steigern.

Früher war es üblich, dass allein die Ärztin/der Arzt über die Therapie entschied. Doch die Perspektive der Patientinnen und Patienten wird in der Medizin immer wichtiger. Das wird allein schon

dadurch deutlich, dass ihre Sicht mehr und mehr Einzug in die medizinische Forschung nimmt. Ein Stichwort in dem Zusammenhang ist die „Personenbezogene Versorgungsforschung“, über die das neue DPB-Beiratsmitglied Dr. Rachel Sommer im PSO Magazin 5/21 erzählte.

Doch heute kommt im abrechnungsorientierten Praxisalltag die sprechende und beratende Medizin häufig noch zu kurz. Darunter leidet die Adhärenz. Für die Psoriasis hat das Prof. Dr. Matthias Augustin, Direktor des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), und Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des DPB bereits vor zehn

„Das nehme ich

Viele Faktoren tragen dazu bei, einer Therapie lange treu zu bleiben

„Ich spritze seit Anfang 2017 ein Psoriasis-Medikament einmal monatlich und merke mir den Tag. Es ist immer der 10. Bisläng habe ich noch keinen Termin vergessen.“ Barbara O.

Wann nehme ich mein Medikament?

Täglich, wöchentlich, alle zwei Wochen, monatlich, vierteljährlich – Medikamente zur Behandlung der Psoriasis müssen zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten verabreicht werden. Die Gefahr ist groß, diesen Zeitpunkt zu verpassen. Das PSO Magazin befragte DPB-Mitglieder, ob sie ihre Psoriasis-Medikamente regelmäßig einnehmen und wie sie sich an den richtigen Zeitpunkt erinnern lassen.

Die Redaktion erhielt sehr viele Antworten. Die meisten Mitglieder meldeten zurück, dass es ihnen ohne Schwierigkeiten gelänge, ihre Medikamente regelmäßig zu nehmen. Die häufigste Erinnerungshilfe ist das Smartphone, gefolgt vom guten alten Papier-Kalender. Einige Antworten sind in Auszügen als Zitate hier abgedruckt.

„Meine Psoriasis-Therapie erfolgt alle zehn Wochen. Ich trage mir manuell Folgendes in meinen Kalender ein: Datum der letzten Spritze sowie Erinnerungen an den Termin zum Labor, an die Rezeptbestellung, an die Bestellung und Abholung der Spritze bei der Apotheke und an den Termin beim Dermatologen für die Gabe der Spritze. Dazu schreibe ich wöchentlich die Nummerierung der Wochen von eins bis zehn. So weiß ich immer, wie weit ich bin und kann die nächsten Termine vereinbaren.“ Birgit S.

Seit einigen Jahren nehme ich gegen meine Psoriasis-Arthritis ein Medikament, das ich zweimal täglich im Abstand von zwölf Stunden einnehmen muss. Ich mache das morgens um 10.30 Uhr und abends um 22.30 Uhr. Für morgens stelle ich mir auf meinem Handy den Wecker. Danach lege ich die Packung auf mein Nachtschränkchen. Sollte ich einmal die Einnahme um 22.30 Uhr versäumt haben, sehe ich die Tabletten auf jeden Fall beim Aufwachen.“ Arno B.

Mein Biologikum spritze ich alle acht Wochen und lasse mich durch meinen Kalender erinnern. Das klappt gut. Bei den topischen (äußerlichen) Medikamenten bin ich allerdings nicht so vorbildlich. Da ist kein Intervall vorgeschrieben und das schludere ich häufig. Ulrich V.

„Ich spritze mein Medikament einmal wöchentlich und mache mir bei Beginn einer neuen Zwölf-Wochen-Packung für diese Wochen in meinem Google-Kalender einen Eintrag mit Erinnerungsfunktion – einen Tag vorher und eine Stunde vor der Injektion.“ Edith B.

nicht...“

Jahren untersucht. „Adhärenz in der Therapie der Psoriasis“ heißt die Studie, in der er zusammen mit einem Team alle verfügbaren Daten zu diesem Thema systematisch aufgearbeitet und zusammengefasst hat.

Die Auswertung ergab, dass nur etwa 50 bis 60 Prozent der Patientinnen und Patienten ihre Psoriasis-Therapie einhalten. In der Studie wird vermutet, dass dieser Prozentsatz sogar noch deutlich höher sein könnte. „Unsere Arbeit ist zwar schon einige Jahre alt, aber die Erkenntnisse gelten bis heute“, ist Augustin überzeugt.

Besonders negativ auf die Adhärenz wirkt sich die für die Behandlung benötigte Zeit aus. Ein weiterer starker Faktor sind auch Nebenwirkungen. Bei äußerlich anwendbaren (topischen) Therapien fand das Studienteam schlechte kosmetische Eigenschaften der Salben und

Cremes als einen wichtigen Grund dafür, dass die Therapie nicht eingehalten wurde. Manche Präparate werden als zu fettig oder zu klebrig empfunden. Manche trocknen die Haut aus oder haben einen unangenehmen Geruch.

Auf der anderen Seite fand das Team Faktoren, die sich positiv auf die Adhärenz auswirken. So befolgen Menschen eine Psoriasis-Therapie länger, wenn sie das Medikament zum ersten Mal bekommen. Positiv ist ebenfalls, wenn ein Medikament nur einmal täglich angewendet werden muss.

Auch ein schneller Wirkungseintritt kann die Adhärenz erhöhen. Verwundert hat Augustin und sein Team die Erkenntnis, dass Patientinnen und Patienten mit einer schwereren Erkrankung nicht stärker adhären waren als Menschen mit leichteren Formen von Psoriasis.

Die Studiendaten belegten das Gegenteil. Insgesamt machte die Studie deutlich, dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch Ärztinnen und Ärzte sich eine bessere Aufklärung der Betroffenen im Interesse der Adhärenz wünschten. Daten konnten zeigen, dass beispielsweise die Angst vor Nebenwirkungen geringer ist, wenn Patientinnen und Patienten vorher vollständig über die Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens informiert wurden.

Auch der emotionale Zustand der Patientinnen und Patienten hat einen Einfluss auf die Adhärenz. Die Daten belegen, dass Depressionen, Ängste, Sorgen, Resignation, Verleugnung der Erkrankung und eine geringe krankheitsbezogene Lebensqualität auf die Adhärenz einen negativen Einfluss haben. Im Gegensatz dazu fördern eine positive Einstellung zum verordneten Medikament und die Akzeptanz der Krankheit die Therapietreue.

Eine fehlende Adhärenz kann die Psoriasis-Therapie gefährden und unter Umständen sogar unerwünschte Nebenwirkungen hervorrufen. Der Wirkstoffspiegel muss unbedingt immer zur rechten Zeit aufgefrischt werden. Die Spielräume sind hier häufig gering.

Gerade zu Beginn einer neuen Therapie sollten Dosierungen und Einnahmeabstände sehr streng eingehalten werden. Eine fehlende Adhärenz verursacht zudem enorme Kosten für das Gesundheitssystem, wenn verordnete Arzneimittel zu Hause nicht genommen und weggeworfen werden.

Dermatologinnen und Dermatologen machen sich inzwischen verstärkt Gedanken dazu, wie die Adhärenz von Menschen mit Psoriasis verbessert werden kann. So hat beispielsweise jüngst

auf dem 6. Weltkongress für Psoriasis und Psoriasis-Arthritis (WPPAC) der Dermatologe PD Dr. Wolfgang Weger von der Universitäts-Klinik für Dermatologie und Venerologie der Medizinischen Universität Graz in Österreich über das Thema referiert.

Er bestätigte mit neuen Studien die Ergebnisse der Arbeit von Prof. Augustin und präsentierte daraus folgende Schlussfolgerungen, die dazu beitragen würden, die Adhärenz zu erhöhen:

- Eine gute PatientInnen-ÄrztInnen-Beziehung
- Einfühlungsvermögen der ÄrztInnen in die PatientInnen
- Gemeinsame Entscheidungsfindung für die Therapie
- Wirksame, sichere und einfach anzuwendende Therapien
- Interdisziplinärer Behandlungsansatz (ÄrztInnen verschiedener Fachbereiche arbeiten zusammen)

„Ich habe in meinem Kalender alle vier Wochen einen Sticker angebracht, der mich an die Injektion erinnern soll. Es passiert schon ab und zu, – alle paar Monate – dass ich sie trotzdem vergesse, aber nur ein bis zwei Tage, dann hole ich sie nach.“ Bettina J.

„Mein Psoriasis-Medikament muss ich wöchentlich schlucken. Ich erinnere mich durch Eintrag im Kalender. Und ich notiere mir nach der Einnahme das Datum auf dem Blister. Das ist meine Sicherheit, dass ich es tatsächlich genommen habe.“ Karin S.

Wenn ich die Injektionen in den Wintermonaten im Vier-Wochen-Rhythmus ohne Probleme überstehe, wird nach Absprache mit dem Rheumatologen über die Sommermonate pausiert. Spätestens im Oktober wird die Therapie fortgesetzt, je nach Beschwerden in einem Abstand von zwei bis vier Wochen. Zur Erinnerung an die geplanten Injektionstermine benütze ich den Kalender in meinem PC. Ich gebe die voraussichtlichen Injektionstermine ein und lasse mich drei Tage vorher täglich erinnern. Außerdem habe ich einen Kalender am PC erstellt, in den die Termine eingetragen sind. Somit habe ich einen Überblick, wann ich nicht zuhause bin oder wann ich wegen des Injektionstermins nicht verreisen kann, beziehungsweise den Termin vielleicht um ein zwei Tage verschieben muss.“ Heinz P.

Ihr Wunschthema

Haben auch Sie ein Thema rund um Psoriasis oder Psoriasis-Arthritis, über das Sie gerne mehr erfahren möchten? Dann setzen Sie sich mit uns in Verbindung: info@psoriasis-bund.de

Weltweite Herausforderung

Das komplementäre Programm der 6. Weltkonferenz für Psoriasis und Psoriasis-Arthritis

Die 6. Weltkonferenz für Psoriasis und Psoriasis-Arthritis (WPPAC), die die International Federation of Psoriasis Associations (IFPA), die weltweite Dachorganisation von Psoriasis-Vereinigungen, alle drei Jahre veranstaltet, wirkt bei den Teilnehmenden noch nach. Neben dem umfangreichen wissenschaftlichen Kongressteil findet dort traditionsgemäß auch ein komplementäres (ergänzendes) Begleitprogramm statt, in dem ausgewiesene Expertinnen und Experten über mehr praxisrelevante Aspekte der Psoriasis-Krankheit referieren. Prof. Dr. Joachim Barth, Dermatologe aus Leipzig und Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des DPB hat für das PSO Magazin die wichtigsten Inhalte des komplementären Programms zusammengefasst.

Prof. Dr. Luigi Naldi, Dermatologe aus Vicenza in Italien, fokussierte sich in seinem Vortrag auf Rauchen und Übergewicht als psoriasisrelevanteste Risikofaktoren. Besonders Übergewicht provoziert nicht nur den Ausbruch der Erkrankung, sondern erhöhe auch deren Schweregrad. Umgekehrt führe Gewichtsabnahme nachweislich zu einer deutlichen Verbesserung der Symptomatik und vermindere das Auftreten von Begleiterkrankungen (Komorbiditäten).

Der Experte präsentierte Programme, mit denen der schwierige Pfad der Gewichtsabnahme erfolgreich beschritten werden kann. In der Diskussion berichtete der US-amerikanische Psoriasis-Forscher Dr. Alan Menter über entsprechende Therapieerfolge bei Psoriasis-Patientinnen und -Patienten, die sich einem chirurgischen Eingriff zur Gewichtsabnahme unterzogen hatten.



Im Kontrast zu diesen Problemen der eher wohlhabenden Länder stehen die Probleme der Entwicklungsländer. Die Dermatologin Dr. Roop Saini aus Nairobi in Kenia verwies darauf, dass es in ihrem Land insgesamt nur 42 Dermatologinnen und Dermatologen gibt. Das entspricht einer Relation von einer Fachärztin/einem Facharzt für 1,28 Millionen Einwohner. Besonders deprimierend sei die dermatologische Versorgung in den ländlichen Regionen.

Es überrascht in diesem Zusammenhang ein wenig, dass Barbra Bohannon, Patientenvertreterin des schwedischen Psoriasis Bundes (Psoriasisförbundet), in einer Studie mit mehr als 11.000 Patientinnen und Patienten aus Schweden ebenfalls von einer unbefriedigenden Behandlungssituation in ihrem Land berichtete.

76 Prozent der Befragten hatten mit ihren Dermatologinnen und Dermatologen keine Behandlungsziele besprochen, 67 Prozent wussten nicht, dass Psoriasis eine Systemerkrankung ist. In einer weiteren Studie wurde deutlich, dass die primäre Betreuung durch die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner nicht befriedigend sei und dass die Überweisung in eine dermatologische Praxis nur zögerlich erfolge.

Diese Aussagen belegen, dass in entwickelten Ländern wie in Entwicklungsländern noch große Anstrengungen erforderlich sind, um die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gesteckten weltweiten Ziele einer angemessenen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Psoriasis zu erreichen. Große Aufgaben kommen damit auch zukünftig auf den Veranstaltungsorganisator, die verdienstvolle, weltweit agierende Patientenvereinigung IFPA (International Federation of Psoriasis Associations) zu, die in diesem Jahr ihr fünfzigjähriges Bestehen feierte, was im Rahmen des Weltkongresses gebührend gewürdigt wurde.



Prof. Dr. Joachim Barth,
Leipzig

Kein Anfahrtsweg, kein Warten: Für viele Deutsche ist die Zeitersparnis das wichtigste Argument für den virtuellen Arztbesuch. Das zeigt die bevölkerungsrepräsentative Umfrage „Datapuls 2021“, die 1.005 Menschen über 18 Jahren zur Digitalisierung des Gesundheitswesens befragt hat.



Gute Gründe für die Videosprechstunde

Demnach ziehen drei Viertel der Deutschen eine Videosprechstunde in Betracht, wenn sie dadurch schneller einen Termin bekommen (74,9 Prozent) oder lange Fahrtzeiten vermeiden können (74,6 Prozent). Sieben von zehn (69,4 Prozent) ließen sich mit dem Argument überzeugen, im virtuellen Wartezimmer nicht so lange warten zu müssen wie üblicherweise beim analogen Besuch einer Ärztin/eines Arztes.

„Zwar will im Krankheitsfall nur jede/r Fünfte (19,1 Prozent) mittelfristig selbst eine Ärztin/einen Arzt per Videoschleife konsultieren. Die Studienergebnisse zeigen aber auch, dass die Bereitschaft deutlich zunimmt, wenn Patientinnen und Patienten die Vorteile sehen, die sich für sie ergeben. Für das Gros der Deutschen spielen die Zeitersparnis und das geringere Ansteckungsrisiko dabei eine zentrale Rolle“, erklärt Felix Schönfelder, Geschäftsführer des Kommunikationsdienstleisters Socialwave, der in Zusammenarbeit mit dem Marktforschungsinstitut Consumerfieldwork die Umfrage durchgeführt hat.

Ansteckungsrisiko und Mobilitätseinschränkungen

Den Studienergebnissen zufolge gibt es für Deutsche mindestens zwei weitere Gründe, eine Online-Visite in Anspruch zu nehmen. Mehr als acht von zehn (82,1 Prozent) ziehen eine Online-Sprechstunde in Erwägung, weil sich so die Ansteckungsgefahr nicht nur während der Pandemie verringern lässt. Weitere 80,8 Prozent schätzen den digitalen Ärztinnen-/Arztbesuch, weil dadurch Mobilitätseinschränkungen keine Hürden mehr darstellen.

Fernbehandlung häufig nur in Kombination sinnvoll

Einen großen Mehrwert erwarten sich Deutsche von einer kombinierten Anwendung telemedizinischer Elemente. Sieben von zehn (71,9 Prozent) würden die Sprechstunde per Video etwa dann in Betracht ziehen, wenn das Rezept und die Krankenschreibung ebenfalls digital bezogen werden können. „Ohne diese Möglichkeit wird tatsächlich in vielen Fällen der Nutzen der digitalen Sprechstunde konterkariert. Wenn Patientinnen und Patienten für die Krankenschreibung oder das Rezept dennoch in die Praxis kommen müssen, ist die virtuelle Zusammenkunft in den meisten Fällen sinnlos“, sagt Schönfelder.

Das E-Rezept wurde bis Oktober 2021 in der Region Berlin-Brandenburg mit ausgewählten Praxen, Apotheken sowie Patientinnen und Patienten im Probetrieb getestet. Seither sollen Ärztinnen und Ärzte bundesweit auf freiwilliger Basis das E-Rezept ausstellen können, bevor es ab 2022 für alle zur Pflicht wird. Auch die Krankmeldung auf Papier soll seit Oktober durch eine digitale Bescheinigung Stück für Stück ersetzt werden.

Tristan Thaller, SCRIVO

Mehr dermatologische Praxen in Sicht?

Bedarfsplanung wird angepasst

„Ich muss weit fahren, um zu meinem Dermatologen zu kommen.“ Dieser Aussage stimmen viele Menschen mit Psoriasis zu. Für andere Fachbereiche wie etwa die Rheumatologie gilt das noch mehr. Auch die hausärztliche Versorgung wird in manchen ländlichen Gegenden immer schlechter.

Das soll sich jetzt ändern, denn die Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung wird angepasst. Dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) jüngst die Bedarfsplanungsrichtlinie verändert. Vor allem eine Neuberechnung der bislang geltenden Verhältniszahlen sowie eine stärkere Berücksichtigung regionaler Besonderheiten sind nun vorgesehen.

In Zukunft werden die Verhältniszahlen – also das Verhältnis von Einwohnerzahl zu Ärztin/Arzt – alle zwei Jahre unter Berücksichtigung der Häufigkeit von Erkrankungsfällen in der Bevölkerung (Morbidität) angepasst. Gleichzeitig soll bei der Planung auf regionaler Ebene erheblich flexibler auf Änderungen etwa der Alters- und Morbiditätsstruktur der Patientinnen und Patienten reagiert werden. Vor Ort müssen jetzt die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Landesverbände der Krankenkassen – die sogenannten Länderausschüsse – jeweils einen regionalen Bedarfsplan erstellen. Die unterschiedlichen Morbiditäten der Regionen sollen von nun an alle zwei Jahre analysiert und bei Bedarf entsprechend mehr hausärztliche und fachärztliche sowie psychotherapeutische Sitze ausgewiesen werden.

Wenn die Beschlüsse des G-BA umgesetzt werden, entstehen laut Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV Spitzenverband) bundesweit rund 3.500 zusätzliche Sitze für Ärztinnen und Ärzte. Dabei entfallen auf hausärztliche Praxen rund 1.500 Sitze, auf psychotherapeutische Praxen 800 Sitze, auf kinderärztliche Praxen 400 Sitze, auf nervenärztliche (neurologische) Praxen 480 Sitze, auf augenärztliche Praxen 130 Sitze und auf rheumatologische Praxen 100 Sitze. Dermatologische Praxen sind dort nicht erwähnt. Sie scheinen also jetzt schon in ausreichender Zahl vorhanden zu sein.

Daran ist zu erkennen, dass die Bereitstellung von mehr ärztlichen Sitzen das Problem von fehlenden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten allein nicht lösen kann. Die zweite wichtige Frage ist, ob es vor Ort überhaupt niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte geben wird. Und die lautet – gerade für ländliche Regionen – zunehmend: nein!

Anzahl der Dermatologinnen und Dermatologen in Deutschland

Laut Bundesarztregister gab es zum 31.12.2020 genau 3.964 Dermatologinnen und Dermatologen in Deutschland, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnahmen.

Was ist der Gemeinsame Bundesausschuss?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Er bestimmt in Form von Richtlinien, welche medizinischen Leistungen die rund 73 Millionen Versicherten beanspruchen können. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für Praxen und Krankenhäuser.

Quelle: www.g-ba.de

Kostenfreie
Rechtsberatung
für DPB-Mitglieder

DPB-Mitglieder können zu Fragen rund um die Schwerbehinderung eine kostenfreie Rechtsberatung erhalten:
info@psoriasis-bund.de

Die Kinder riefen

„Warzenkönig“

Psoriasis und Psoriasis-Arthritis verlaufen sehr individuell. Das PSO Magazin sprach mit Inge Strunck. Die 73-Jährige ist verheiratet und lebt in Mülheim a. d. Ruhr. Sie ist gelernte Steuerfachgehilfin und hat trotz ihrer Psoriasis vom 15. Lebensjahr an bis zu ihrer Rente in unterschiedlichen Büros in Vollzeit gearbeitet. Psoriasis ist bei ihr schon in der Kindheit aufgetreten. Die Nägel kamen dazu, als sie ungefähr 50 Jahre alt war. Einige Jahre später trat die Psoriasis-Arthritis erstmals auf. Bereits 1977 ist Inge Strunck in den DPB eingetreten, seit 2005 engagiert sie sich dort auch ehrenamtlich als Kontaktperson.

Wie war Ihr Weg mit Ihrer Erkrankung?

Im Alter von neun Jahren bekam ich nach einem Sonnenbrand die Psoriasis. So genau erinnere ich mich allerdings nicht mehr daran. Es war alles voll Eiter. Aber es gab auch überall Schuppen, besonders auf dem Kopf. Ich kam für sechs Wochen ins Krankenhaus nach Bochum. Ohne Eltern, nur drei Mal wöchentlich Besuch und ohne Schulaufgaben. So weit war man damals noch nicht, dass man Kindern Aufgaben weitergab. Ich hatte Glück und einen Klassenlehrer, der mich sehr förderte. Sonst wäre ich bestimmt sitzengeblieben.

Die Zöpfe mussten abgeschnitten werden.

Es wurden Lappen auf die Brandwunden gelegt und verbunden. Beim Abziehen gab es höllische Schmerzen. Die Psoriasis wurde mit Cignolin behandelt. Besonders stark hatte ich es auf dem Kopf. Ich hatte Zöpfe. Die mussten abgeschnitten werden, damit die Psoriasis besser behandelt werden konnte. Das war wirklich schlimm. Gut, dass es heute anders geht.

Es wurden Lappen auf die Brandwunden gelegt und verbunden. Beim Abziehen gab es höllische Schmerzen. Die Psoriasis wurde mit Cignolin behandelt. Besonders stark hatte ich es auf dem Kopf. Ich hatte Zöpfe. Die mussten abgeschnitten werden, damit die Psoriasis besser behandelt werden konnte. Das war wirklich schlimm. Gut, dass es heute anders geht.

Wie lange die Heilung anhielt, weiß ich nicht mehr. Meine Mutti behandelte mich zu Hause jeden Abend mit angerührten Salben aus der Apotheke. Ich hatte starke Plaques auf den Handrücken. Deshalb musste ich oft mit Verbänden an den Händen in die Schule gehen. Ich hatte auch fettige Haare wegen der Behandlung der Kopfhaut. Heute wäscht man das ja glücklicherweise gleich wieder aus. Damals nicht. Ich wurde viel gehänselt.

Die Kinder riefen „Warzenkönig“ und vieles mehr. Ich erinnere mich, dass mein Papa einmal auf dem Spielplatz zu Kindern hingerrannt ist, die mich hänselten. Er hat sie unglaublich zusammengeschrien. Danach war das zwar für mich viel schlimmer mit diesen Kindern. Aber er war so wütend. Damals war es sehr schlimm, heute bin ich selbstbewusst.

Kurz vor Beginn meiner Lehre 1962 – ich war 14 Jahre alt – kam ich nochmals für fünf Wochen ins Krankenhaus. Danach ging es mir eigentlich die Lehrzeit über gut. Ich machte eine Ausbildung zur Steuerfachgehilfin gleich um die Ecke. Das war nicht mein Traumberuf, aber es hatte sich so ergeben. Und es war ein glücklicher Zufall. Denn ich hatte tolerante Kollegen und fühlte mich wohl dort. Wie lange die Heilung anhielt, weiß ich nicht. Aber im Sommer trug ich oft Kleider mit langen Ärmeln, die mir meine Mutti nähte.



Eine Perücke verbirgt die mit fettigen Salben behandelte Kopfhaut. (1974)



Inge Strunck, Mülheim a. d. Ruhr

1970 bekam ich nach zahlreichen Mandelentzündungen die Mandeln herausgenommen. Mit etwa zehn Jahren hatte man mir bereits die Polypen entfernt. Der Hintergrund war immer, dass die Infektionen eine Psoriasis auslösen können. Ich habe nicht bemerkt, dass das geholfen hat. Aber es hat zumindest dazu geführt, dass ich viel weniger Erkältungen bekam als vorher.

Behandelt wurde ich mit allem, was man sich auf die Haut schmieren konnte – Kortison und auch Cignolin. Das habe ich trotz der starken Verfärbungen auch zuhause verwendet. Meine Mutti hatte dunkelblaue Bettwäsche für mich und legte alles mit Plastikfolie aus. Auch trug ich oft Folienverbände über Nacht. Das hat mir alles nicht so viel ausgemacht, weil es gut half.

Ebenfalls nichts ausgemacht hat mir, dass ich in den 1970er Jahren Perücken getragen habe. Die Kopfhaut wurde nämlich mit fettigen Salben behandelt, damit die Schuppen sich lösen konnten. Das dauerte jedes Mal zwei bis drei Tage. Ich hatte zwei Perücken. Die wurden von der Krankenkasse bezahlt. Man trug in der Zeit sowieso gerade Perücke. Und ich eben auch.

Bereits mit etwa 20 Jahren bekam ich dann Bestrahlungen. Der Aufwand war enorm.

**Die Klima-
behandlung tat
mir gut.**

Dreimal die Woche musste ich zum Hautarzt fahren. Aber das war es mir wert. Die Bestrahlungen liefen damals noch ohne Lichtschutz. Es wurden immer kleine Sonnenbrände verursacht. Das half mir sehr. Ich hatte später auch eine eigene Höhensonne zuhause und einen Lichtkamm. Heute habe ich oft kleine OPs wegen weißem Hautkrebs. Trotzdem würde ich die Bestrahlungen immer wieder machen. Sie machten damals mein Leben lebenswert und die Psoriasis erträglich.



Kur auf Norderney: Kopftuch im Dauereinsatz – Salben müssen auf der Kopfhaut zwei bis drei Tage einwirken. (1976)

1974 bekam ich die erste Reha-Maßnahme auf Norderney. Damals waren das noch sechs Wochen. Die Klimabehandlung tat mir gut. Die Urlaube im Süden (Spanien) hatten nie diesen Erfolg. 1976 und 1978 durfte ich wieder nach Norderney. Dort hörte ich auch das erste Mal vom Deutschen Psoriasis Bund. Ich bin seitdem Mitglied und habe sehr viel Positives mitgenommen. 2005 konnte ich auch das erste Mal an einem Seminar in Oberammergau teilnehmen. Seitdem regelmäßig. Hier erhielt ich immer sehr viele wertvolle Informationen.

Insgesamt war ich sieben Mal zur Reha. Das hat mir wirklich immer sehr gutgetan. Ansonsten habe ich mich in 46 Berufsjahren nie wegen meiner Psoriasis krank gemeldet. Mein ganzes Leben bestand aber aus Bestrahlungen und Bädern mit Bestrahlungen, Eigenblutübertragungen und Salben. Mit einer Freundin war ich einmal zusammen in den Urlaub gefahren. Sie lacht heute noch über die ganzen Salben und Cremes, die ich immer dabei hatte. Noch heute creme ich regelmäßig mit einem Urea-haltigen Produkt zur Pflege.

1998 hatte ich eine Reha auf Borkum. Hier erhielt ich die ersten Punktbestrahlungen der Nägel. Wann die Nagelpsoriasis begann, weiß ich nicht mehr genau. Ich war so um die 50 Jahre alt. Vorher schon ging ich ab und zu zur Fußpflege. Psoriasis kannten die nicht, aber sie hatten oft den Verdacht, dass ich einen Fußpilz hätte. Ich musste dann beim Arzt einen Pilz-Test machen. Meist – aber nicht immer – war er negativ. Bei meinem Arzt erhielt ich ebenfalls eine Zeit lang auch Nagelbestrahlungen.

**Handschuhe,
um die Nägel
zu verstecken,
trug ich nie.**

Wegen der Nagelpsoriasis an den Händen habe ich mich nicht besonders eingeschränkt gefühlt. So schlimm war das nicht. Sie waren geribbelt und einge-

drückt. Manchmal habe ich sie überlackiert. Dann sah man es nicht so sehr. Aber das tat ich nicht so oft. Es hieß, man solle da lieber Luft dranlassen. Handschuhe, um die Nägel zu verstecken, trug ich nie.

2005 begann dann mein Jahr! Ich hatte inzwischen Gelenkbeschwerden bekommen. Meine Finger wurden krumm und dick, so dass ich meine Ringe immer größer machen lassen musste. Es wurde Psoriasis-Arthritis diagnostiziert. Mein Dermatologe wollte mir Methotrexat (MTX) verschreiben. Ich wollte das zuerst nicht nehmen wegen der Nebenwirkungen. Mein Arzt sagte mir damals klipp und klar: „Gut, dann können Sie als Rentnerin halt ihre Finger nicht mehr bewegen“. Diese klare Ansage habe ich gebraucht. Danach habe ich MTX genommen. Erst Tabletten, dann Spritzen und heute Fertipens – Luxus.

Und seit 16 Jahren geht es mir gut! Zwischen-durch habe ich kleine Stellen mit Psoriasis am Körper und ab und zu Gelenkbeschwerden. Ich gehe regelmäßig zur Blutuntersuchung, habe inzwischen einen Rheumatologen, der sich mit meinem Haut-arzt abspricht.

**Und seit
16 Jahren geht
es mir gut!**

Seit Anfang dieses Jahres machen mir meine Fingernägel zum ersten Mal wieder Probleme. Sie splintern und spalten sich. Sie sehen aus wie abgekaut. Mein Hautarzt empfahl Kieselsäure und Biotin. Das half nicht. Jetzt will er mich auf Biologie umstellen. Mein Rheumatologe will zusätzlich das MTX beibehalten. Es ist mir wichtig, dass die beiden zusammenarbeiten und miteinander die Therapie abstimmen. Ich habe bald einen Termin beim Rheumatologen. Mal sehen, was dann kommt.

Wollen Sie mehr erfahren?

Wer Kontakt zu Inge Strunck aufnehmen möchte, kann sich gerne in der DPB-Geschäftsstelle melden:
Telefon: 040 223399-0 oder E-Mail: info@psoriasis-bund.de

Wie meistern Sie Ihr Leben mit der Psoriasis?

Schildern Sie uns gerne Ihren Weg. PSO Magazin-Redakteurin Anette Meyer nimmt Ihren Anruf unter 040 223399-15 entgegen. Oder schreiben Sie eine E-Mail an: meyer@psoriasis-bund.de

Der Deutsche Psoriasis Bund e.V. (DPB)

Selbsthilfe bei Psoriasis und Psoriasis-Arthritis seit 1973

Vorteile für Mitglieder

- umfangreiches **Informationsmaterial** rund um die Psoriasis und Psoriasis-Arthritis inklusive jährlich sechs Ausgaben **PSO Magazin** mit Neuigkeiten aus den Bereichen Forschung und Praxis, Recht und Gesundheitspolitik, unkonventionelle Medizin und Informationen aus dem DPB und von seinen Mitgliedern sowie **Newsletter** mit aktuellen Hinweisen
- freier Zugang zu allen DPB-Publikationen über das digitale Angebot „**PSO Kiosk**“ mit komfortabler Stichwortsuche
- **Workshops, Seminare** und **Regionalgruppentreffen**
- **Hilfe zur Selbsthilfe** durch Erfahrungsaustausch und Beratungsgespräche unter Mitgliedern
- **Rechtsberatung** durch die DPB-Juristin
- **medizinische Beratung** durch Expertinnen und Experten aus dem Wissenschaftlichen Beirat des DPB
- **ein offenes Ohr** für alle Anliegen rund um die Psoriasis durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle

Darüber hinaus

- setzt sich der DPB auf allen gesellschaftlichen und politischen Ebenen dafür ein, die medizinische Versorgung und die Lebenssituation von Menschen mit Psoriasis und Psoriasis-Arthritis zu verbessern.
- klärt der DPB in der Öffentlichkeit über die chronische Erkrankung auf und tritt der gesellschaftlichen Ausgrenzung von Menschen mit Psoriasis und Psoriasis-Arthritis entgegen.
- unterstützt der DPB jährlich ein ausgewähltes Forschungsvorhaben zu Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten der Psoriasis und Psoriasis-Arthritis.



Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)

Seewartenstraße 10
20459 Hamburg

040 223399-0
info@psoriasis-bund.de
www.psoriasis-bund.de

Der DPB ist auf internationaler Ebene Mitglied in der „Federation of European Psoriasis Associations“ (EUROPSO) und in der „International Federation of Psoriasis Associations“ (IFPA) sowie in der „International Alliance of Dermatology Patient Organizations“ (IADPO). Auf nationaler Ebene ist der DPB u.a. Mitglied in der „Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.“ (BAG SELBSTHILFE) und im „Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.“ (DER PARITÄTISCHE) sowie im „Deutschen Behindertenrat“ (DBR). Der DPB ist den „Leitsätzen der Selbsthilfe für die Zusammenarbeit mit Personen des privaten und öffentlichen Rechts, Organisationen und Wirtschaftsunternehmen, insbesondere im Gesundheitswesen“ (Leitsätze) von BAG SELBSTHILFE und FORUM im PARITÄTISCHEN verpflichtet.

Vorstand:

Joachim Koza (Vorsitzender), Uwe Willuhn (stellv. Vorsitzender), Helene Ball, Manfred Greis, PD Dr. Thomas Rosenbach

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. M. Augustin, Dermatologe; Prof. Dr. J. Barth, Dermatologe; Dr. N. Buhles, Dermatologe und Sozialmediziner; PD Dr. S. Gerdes, Dermatologe; Prof. Dr. W. Harth, Dermatologe; Dr. K. Jepsen-Schiemann, Rheumatologin; Prof. Dr. S. M. John, Dermatologe; Prof. Dr. A. Körber, Dermatologe; Prof. Dr. U. Mrowietz, Dermatologe; PD Dr. S. Patschan, Rheumatologin; Dr. S. Philipp, Dermatologin; PD Dr. J. Rech, Rheumatologe; PD Dr. T. Rosenbach, Dermatologe; Prof. Dr. M. Schön, Dermatologe; PD Dr. K. Seikowski, Psychologe; Dr. R. Sommer, Gesundheitswissenschaftlerin (MPH); Prof. Dr. M. Sticherling, Dermatologe; Prof. Dr. D. Thaçi, Dermatologe; Dr. R. von Kiedrowski, Dermatologe; PD Dr. D. Wilsmann-Theis, Dermatologin; Prof. Dr. U. Wollina, Dermatologe; PD Dr. Dr. A. Zink, Dermatologe

„Wir müssen die Netzwerk- bildung verbessern“

Interview mit Dr. Ralph von Kiedrowski, dem neuen Mitglied
des Wissenschaftlichen Beirats

Dem DPB steht ein Wissenschaftlicher Beirat zur Seite, dem 22 Mitglieder aus den unterschiedlichsten medizinischen Bereichen angehören. Mit ihrer fachlichen Kompetenz unterstützen sie die Arbeit des Deutschen Psoriasis Bundes e.V. (DPB). Neu berufen wurde Dr. Ralph von Kiedrowski, Dermatologe und Allergologe aus Selters. Das PSO Magazin stellt ihn hier in einem Interview vor.

PSO Magazin: Herr Dr. von Kiedrowski, wir vom DPB freuen uns sehr, dass Sie unseren Wissenschaftlichen Beirat mit Ihrem Wissen und Ihrer Erfahrung verstärken. Unter Kolleginnen und Kollegen sind Sie bestens bekannt durch Ihre zahlreichen Vorträge bei Fortbildungen und Kongressen und durch Ihr großes ehrenamtliches Engagement in zahlreichen ärztlichen Gremien und Verbänden. Unseren DPB-Mitgliedern wollen wir Sie hier ein wenig vorstellen. Sie betreiben eine dermatologische Praxis in Selters in Rheinland-Pfalz. Das ist eine Dermatologische Spezialpraxis. Einer Ihrer Schwerpunkte ist die Psoriasis. Wieso gerade die Psoriasis?

Dr. von Kiedrowski: Das war tatsächlich vom Zufall geprägt. Ich habe meine Facharztausbildung zum Dermatologen als Zeitsoldat am Bundeswehrkrankenhaus in Koblenz absolviert. Weil die Psoriasis ein Ausschlussgrund für die Wehrdienstfähigkeit war, ist die Psoriasis so gut wie gar nicht vorgekommen. Stationär hatte mein damaliger Chef ein paar Privatpatientinnen und -patienten mit schweren Verläufen aufgenommen. Für die gab es Teersalbe und anschließende Bestrahlung, später kam als erste innerliche Therapie das Methotrexat (MTX) hinzu. Dann hörte er von der Balneo-Phototherapie nach dem Kieler Modell – also Baden in Sole und Bestrahlung. Er schickte mich los, damit ich mich darüber informiere. Das tat ich und so bekamen wir in die Klinik zusätzlich Solebäder und Licht.

PSO Magazin: 1997 haben Sie dann Ihre eigene Praxis eröffnet.

Dr. von Kiedrowski: Und ich habe das Baden mitgenommen. Über die DPB-Regionalgruppe Koblenz hatte sich die Nachricht schnell verbreitet, dass bei mir eine Therapiewanne steht. Von Anfang an kamen also besonders viele Patientinnen und Patienten mit Psoriasis zu mir. Meine Wanne lief rund um die Uhr.

PSO Magazin: 1999 wurde die Kostenübernahme für diese Therapie durch die Krankenkassen eingestellt. Was haben Sie da gemacht?

Dr. von Kiedrowski: Das war dramatisch. Ich habe die Wanne stillgelegt und musste plötzlich überlegen, was es für Alternativen gibt. Ich fuhr auf Kongresse, um mich zu informieren. Das war dann der eigentliche Beginn meiner Spezialpraxis. Ich erweiterte mein Behandlungsspektrum um alle Formen der Systemtherapie – also die innerlich wirkenden Therapien.

PSO Magazin: Das waren zu der Zeit Fumarsäure, MTX, Acitretin und Ciclosporin.

Dr. von Kiedrowski: Richtig. Und ich war auch einer der ersten niedergelassenen Dermatologen, der mit Biologika behandelte. Das war schon 2004.

PSO Magazin: Glauben Sie, dass es die Zukunft sein wird, Psoriasis nur in Schwerpunktpraxen zu behandeln?

Dr. von Kiedrowski: Das wird leider nicht funktionieren. Wir als Fachgruppe Dermatologie sind einfach zu wenige, um uns so stark zu differenzieren. Ich selbst habe ja auch noch weitere Schwerpunkte: Atopische Dermatitis, Urtikaria und Acne Inversa, sowie Hautkrebs. Eine gute Basisversorgung muss jede dermatologische Praxis gewährleisten können. An was wir aber arbeiten müssen, ist eine bessere Sichtbarkeit bestimmter Spezialisierungen.

PSO Magazin: Wie läuft das bei Ihnen?

Dr. von Kiedrowski: Bei uns in der Region funktioniert ein Zuweisungssystem in kollegialer Absprache. Dermatologische Praxen schicken ihre Patientinnen und Patienten mit schweren Formen der Psoriasis zu mir, wenn sie innerliche Therapien nicht selbst anbieten. Wegen anderer Erkrankungen können sie aber gerne in ihrer wohnortnahen Hautarztpraxis bleiben. Das ist es, was ich unter einem Netzwerk verstehe.

Dr. Ralph von Kiedrowski, Selters, 60 Jahre, Dermatologe und Allergologe, ehrenamtliches Engagement unter anderem als stellvertretender Vorsitzender im Psoriasis-Praxisnetz Südwest, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des Deutschen-Psoriasis-Registers, Mitglied der Leitlinien-Kommission „Psoriasis“, Mitglied des Präsidiums und des Vorstandes der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG), Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen (BVDD).



PSO Magazin: Ist das Netzwerk, das Sie in der Region Westerland geschaffen haben, auch fachübergreifend?

Dr. von Kiedrowski: Die nächsten Rheumatologen – es sind zwei – sitzen in Koblenz. Das ist knapp 40 Kilometer von Selters entfernt. Wir diagnostizieren und behandeln hier also die Psoriasis-Arthritis häufig einfach mit. Das ist etwas, wohin wir in der Dermatologie unbedingt mehr kommen müssen: Wenn der Hautbefund einer Psoriasis da ist und ich den begründeten Verdacht habe, dass zusätzlich eine Psoriasis-Arthritis vorliegt, nehme ich ein Medikament, das beide Erkrankungen gleichzeitig behandelt. Das entlastet die rheumatologischen Praxen und die Patientinnen und Patienten.

PSO Magazin: Seit 2012 betreiben Sie zusätzlich zu Ihrer dermatologischen Praxis ein Studienzentrum. Was machen Sie dort?

Dr. von Kiedrowski: Wir führen hauptsächlich klinische Studien mit Medikamenten durch, die in Deutschland eine Zulassung erhalten wollen. Nur durch die Teilnahme an solchen Untersuchungen eröffnet sich vielen Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, von neuen innovativen Behandlungsmethoden und Medikamenten zu profitieren. Als ich mit meiner Praxis anfang, konnte ich keine meiner Patientinnen und Patienten in solche Studien bekommen. Die Kliniken mit Studienzentrum liegen alle 100 Kilometer und weiter von Selters entfernt. Da habe ich eben ein eigenes Studienzentrum gegründet.

PSO Magazin: Sie sind seit vielen Jahren im Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD) engagiert. In diesem Jahr wurden Sie zum Präsidenten gewählt. Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Themen, die Sie mit Ihrem Verband jetzt in Angriff nehmen müssen?

Dr. von Kiedrowski: Wie ich schon sagte, müssen wir die Sichtbarkeit bestimmter Spezialisierungen und die Netzwerkbildung verbessern. Damit einher geht aber auch, dass diese Teilbereiche betriebswirtschaftlich abgesichert werden müssen. Das geht mit 17 bis 20 Euro Pauschale pro Quartal allein nicht. Wir benötigen andere Vergütungsmodelle. Nachdem wir in den letzten zehn Jahren in medizinischer Hinsicht bei der Versorgung der Psoriasis schon sehr viel geleistet und erreicht haben, müssen wir in Zukunft die Versorgungsziele politischer machen. Ein weiteres großes Ziel wird es sein, den Behandlungspfad der Psoriasis zu aktualisieren. Er gibt eine Orientierung, wie Patientinnen und Patienten bei unterschiedlichen Formen der Psoriasis und auch beim Vorliegen von zusätzlichen Erkrankungen behandelt werden sollten. Es gibt da eine Reihe neuer Daten, die in diesen Pfad eingearbeitet werden müssen.

PSO Magazin: Lieber Dr. von Kiedrowski, wir danken für das Gespräch.

Dr. von Kiedrowski: Sehr gerne.



Der DPB gratuliert

Annette Behlau-Schnier ist seit zehn Jahren Leiterin der Regionalgruppe Dortmund. Der Vorstand und die Geschäftsstelle gratulieren und bedanken sich ganz herzlich für die viele geleistete Arbeit für Menschen mit Psoriasis.

Leserbrief

Geschlechtergerechte (Gender-)Sprache im PSO Magazin

Hallo Ihr Lieben,

eine lebendige Sprache ist gut und wichtig. Wörter verschwinden (z.B. Telefonzelle) und neue kommen hinzu (z.B. Handy). Menschen verständigen sich mit ihren eigenen Worten.

Aber Vorsicht, wenn die Gendersprache per Gesetz und Runderlass verordnet wird, um Männer und Frauen gleichzustellen. Gleichstellung durch Sprache? Es wäre schön, wenn eine Gleichstellung im täglichen Miteinander erfolgen würde.

Und unsere alte Sprache? Wie schön waren bisher die Wörter Patienten, Mitglieder, Besucher, Touristen, Fahrgäste, Mitbürger u.ä. Damit waren alle Menschen, Männer wie Frauen, Kinder und sogar Geschlechtslose gemeint.

Und jetzt? Jeder „gendert“ einfach auf seine Weise los, wie z.B. Patient/innen, Patient*innen, Patient:innen, Patienten und Patientinnen, Dermatologen und Dermatologinnen, dem Dermatologen/der Dermatologin, Mediziner/-innen. Arzt/Ärztin. So auch im PSO Magazin.

Und doch: In seinem Online-Seminar sagt Dr. Zink: „Ihr Arzt hat Ihre Psoriasis ...“

Und bei der Einladung zur Mitgliederversammlung schreibt der DPB: „Liebe Mitglieder ...“

Es geht also auch in bisheriger, verständlicher Sprache.

Die Gendersprache ist schwer zu lesen, noch schwerer zu sprechen und verschwendet unnötig Zeit, Papier und Druckerfarbe. Und besonders in der Öffentlichkeit versuchen bekannte Fernsehfrauen, sich über die Gendersprache zu emanzipieren. Emanzipation über Gendersternchen, Bindestrich und Schluckauf. Die eigentlichen Probleme der Gleichstellung werden dadurch überdeckt.

Ich hoffe, die von oben verordnete Gendersprache geht bald wieder vorbei und wir sprechen und schreiben unsere Sprache so wie uns der Schnabel gewachsen ist.

Bis dahin und Gruß
Peter Saechtling, Düsseldorf



Welt-Psoriasis-Tag 2021

Being united – grenzenlos vereint



Gemeinsam am Welt-Psoriasis-Tag ein Zeichen setzen

„Being united – grenzenlos vereint“ lautet das diesjährige Motto des Welt-Psoriasis-Tages, der jährlich am 29. Oktober stattfindet.

Hierfür haben sich auch in diesem Jahr der Deutsche Psoriasis Bund e.V. (DPB), das Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD) sowie die Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG) zusammengeschlossen.

Das Team bietet Patientinnen und Patienten im Rahmen einer Aktionswoche vom 25. bis 29. Oktober 2021 die Möglichkeit, sich umfassend über ihre Psoriasis-Erkrankung zu informieren. Betroffene und Angehörige können in diesem Zeitraum die kostenlose telefonische Beratung des DPB wahrnehmen oder sich telemedizinisch über OnlineDoctor und derma2go mit ausgewählten Psoriasis-Dermatologinnen und -dermatologen austauschen.

Weitere Informationen unter: www.weltpsoriasistag.de

Auch **„Bitte berühren“** macht sich für die Aufklärung und Verbesserung der Versorgung von Schuppenflechte-Betroffenen stark und unterstützt das Vorhaben. Auf der Kampagnenwebsite wird es pünktlich zum Welt-Psoriasis-Tag 2021 Informationen, Materialien und Links zu den Aktionen des DPB, IVDP/UKE, BVDD und der DDG geben.

Weitere Informationen finden Sie unter www.psoriasis.bitteberuehren.de.



Uwe Willuhn



PD Dr. Thomas Rosenbach

DPB-Vorstand wieder komplett

Auf der DPB-Mitgliederversammlung in Fulda wurden Uwe Willuhn, Hygienebeauftragter aus Mülheim a.d. Ruhr, und PD Dr. Thomas Rosenbach, Dermatologe aus Osnabrück, in den Vorstand nachgewählt. Uwe Willuhn bekleidet das Amt als stellvertretender Vorsitzender und Thomas Rosenbach ist Beisitzer. Der DPB gratuliert ganz herzlich! Weil der Produktionsprozess für dieses PSO Magazin bereits fast abgeschlossen war, als die Mitgliederversammlung stattfand, konnte ein ausführlicher Bericht darüber hier nicht mehr berücksichtigt werden. Näheres zur Versammlung und zu den beiden neuen Vorstandsmitgliedern erfahren Sie in der nächsten Ausgabe.

Der DPB vor Ort

Ihre Ansprechpartnerinnen und -partner beim Deutschen Psoriasis Bund



Sie haben Psoriasis und wollen etwas für sich tun? Dann sind Sie beim DPB genau richtig. Ein wichtiger Baustein zur Krankheitsbewältigung ist der Austausch mit anderen Betroffenen.

Hier finden Sie Ansprechpartnerinnen und -partner, die Ihnen zuhören und Ihnen weiterhelfen können. Sie alle sind selbst an Psoriasis und/oder Psoriasis-Arthritis erkrankt, engagieren sich ehrenamtlich für den DPB und haben ein offenes Ohr für Ihre Fragen und Anliegen. Rufen Sie gerne an! Lernen Sie andere Menschen mit Psoriasis kennen. Sie sind nicht allein!

Die DPB-Geschäftsstelle in Hamburg hilft Ihnen ebenfalls gerne weiter. Sie erreichen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter Telefon: 040 223399-0 oder per E-Mail: info@psoriasis-bund.de sowie per Post: Deutscher Psoriasis Bund (DPB), Seewartenstraße 10, 20459 Hamburg. Die Geschäftszeiten sind Montag bis Donnerstag von 9 bis 12 Uhr und von 14 bis 16 Uhr sowie Freitag von 9 bis 13 Uhr.

Alle Infos finden Sie auch unter www.psoriasis-bund.de.

Baden-Württemberg

Freiburg im Breisgau

Gaby Stünzi, Tel. 07631 7 31 50

Hilzingen

Siegfried Schätzle, Tel. 07731 6 12 61

Offenburg

Gabriela Rühle, Tel. 0781 7 09 66

Schorndorf

Kemal Bilgic, Tel. 0176 38 70 29 81

Ulm

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Hans Frank (Leitung),

Tel. 07391 781 90 74

Brigitte Aßfalg, Tel. 07582 25 24

Hilmar Buschow, Tel. 0731 5 79 18

Bayern

Bad Abbach

Albert Kiener, Tel. 09405 74 14

Biberbach-Markt

Franz Herden, Tel. 08271 81 48 32

Burglengenfeld

Hubert Steinbauer, Tel. 09471 60 05 70

Grafenau

Renate Eiler, Tel. 08552 35 21

Hof

Edith Kliewer, Tel. 09280 98 19 44

Ingolstadt

Franz Baldauf, Tel. 0841 3 81 75

Kelheim

Brigitte Hanl, Tel. 09405 57 49

Landshut

Martin Gebendorfer, Tel. 08782 94 18 15

Josef Payer, Tel. 0871 4 45 60

München + Region

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Torsten Dibbert (Leitung),

Tel. 0171 566 60 86

Arno Goebel, Tel. 0157 36 31 45 45

Heinz Mielewsky, Tel. 08136 96 28

Nürnberg/Erlangen

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Karin Pflieger (Leitung),

Tel. 0911 48 36 35

Reiner Löffler, Tel. 0911 30 70 99 80

Maria Marx, Tel. 09129 98 34

Regensburg

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Veronika Zajontz (Leitung),

Tel. 09491 687

Michael Lodermeier,

Tel. 09401 88 05 22

Lilo Michler, Tel. 0941 8 01 27

Roland Westinger, Tel. 09181 46 45 93

Würzburg

Elisabeth Teiwes, Tel. 0931 6 37 09

Berlin

Ingrid Bullerdieck, Tel. 030 663 56 00

Sabine Schulz, Tel. 0176 96 81 36

Brandenburg

Meyenburg

Rosemarie Hoellinger,

Tel. 033968 8 93 61

Oranienburg

Manuela Selten, Tel. 03301 80 11 94

Bremen

Jörg Bäuerle, Tel. 04768 922 45 46

Hamburg

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Michael Kröger (Leitung),

Tel. 040 49 78 22

Ulrich Hamann, Tel. 040 735 85 69

Hartmut Junge, Tel. 040 714 001 45

Regina König, Tel. 040 520 51 71,

Anruf ab 15:00 Uhr

Hessen

Dillenburg

Tanja Jarschinski, Tel. 02774 92 25 22

Gießen-Wetzlar

Ulrich Voigt, Tel. 0641 7 43 15

Groß-Umstadt

Brigitte Hofferberth,

Tel. 06078 964 99 88

Kassel

Rosemarie Lojek, Tel. 0561 49 52 23

Limburg Weilburg Diez

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Cäcilia Hannappel, Tel. 06435 86 06

Roswitha Jagomast, Tel. 06431 2 23 22

Oswald Stahl, Tel. 06436 60 29 18

Mücke-Sellnrod

Rüdiger Müller, Tel. 06400 89 46

Ulrichstein

Sigrid Stasch, Tel. 06645 15 05

Wiesbaden

Beate Rösler, Tel. 0611 17 25 06 60

Mecklenburg-Vorpommern

Neubrandenburg

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Armin Schneider, Tel. 0151 20 17 42 23

Rostock

Jürgen Klein, Tel. 0152 02 31 93 17

Schwerin

Günter Hahn, Tel. 038874 22 35 1

Niedersachsen

Bremervörde

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Jörg Bäuerle (Leitung),

Tel. 04768 9 22 45 46

Celle

Klaus-D. Ziera, Tel. 05141 8 23 70

Johanna Wenninger, Tel. 05144 5 66 60

Hannover

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Bettina Schelm, Tel. 0511 604 60 44

Jürgen Stelter, Tel. 0511 843 72 89,

Anruf ab 18:00 Uhr

Hipstedt

Jörg Bäuerle, Tel. 04768 922 45 46

Stade

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Johannes Steinforth, Tel. 04163 58 44

Varel

Monika Eilers, Tel. 04451 37 56

Klaus Fischbeck, Tel. 04455 94 85 78

Wolfsburg

Gerhard Ludewig, Tel. 05308 32 82

Nordrhein-Westfalen

Aachen

Franz-Josef Prinier, Tel. 02403 83 89 07,

Anruf ab 19:00 Uhr

Werner Schmitz, Tel. 0171 194 78 60

Bad Berleburg

Uwe Haustein, Tel. 02758 720 90 60

Bonn/Rhein-Sieg

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Micaela Wenkel (Leitung),

Tel. 0228 48 61 04

Dortmund

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Annette Behlau-Schnier (Leitung),

Tel. 02307 71 72 5

Heike Schmidt, Tel. 0231 73 26 13

Peter Stockamp, Tel. 0231 59 92 51

Beate Wagner, Tel. 0231 20 19 76

Düsseldorf

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Ottfrid Hillmann (Leitung),

Tel. 0211 934 54 46

Lukas Nordt, Tel. 0211 94 21 64 46

Heidrun Pohl, Tel. 02173 6 09 42

Peter Saechtling, Tel. 0211 759 17 85

Martha Werner, Tel. 02103 6 32 82

Essen

Sabine Bach, Tel. 02054 8 46 87

Uwe Willuhn, Tel. 0208 437 19 10

Kamen

Annette Behlau-Schnier,

Tel. 02307 71 72 5

Köln

Agi Berger, Tel. 0221 36 46 69

Astrid Ducqué, Tel. 0221 29 49 77 12

Natascha Schuhmacher,

Tel. 0221 29 88 05 57

Krefeld

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Bernd Rodeck (Leitung),

Tel. 02151 59 18 18

Helga Rodeck, Tel. 02151 59 18 18

Achim Seyfarth, Tel. 02154 42 76 00

Langenfeld

Hannelore Herkenrath,

Tel. 0162 735 98 18

Minden/Porta Westfalica

Gerd Heine, Tel. 0571 4 55 25

Paul Humke, Tel. 0571 972 43 95,

Anruf ab 18:30 Uhr

Mönchengladbach

Vera Fervers, Tel. 02166 399 99 45

Michael Maaßen, Tel. 02161 66 04 27

Mülheim an der Ruhr

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Inge Strunck, Tel. 0208 59 35 25

Uwe Willuhn, Tel. 0208 437 19 10

Oberhausen

Uwe Willuhn, Tel. 0208 437 19 10

Siegen

Edith Kämpfer, Tel. 0271 7 95 60

Soest

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Detlef Düsekow (Leitung),

Tel. 02921 1 64 25

Viersen

Renate Neumann, Tel. 0157 34 91 29 38

Wuppertal

Marion Tix, Tel. 0202 467 06 28

Rheinland-Pfalz

Altenkirchen

Dirk Filter, Tel. 02686 98 74 41

Bad Dürkheim

Elisabeth Keller, Tel. 06353 50 85 09

Kaiserslautern

Günter Hoppe, Tel. 06351 999 89 95

Joachim Stemler, Tel. 0631 350 69 70

Koblenz

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Gudrun Hartmannsgruber,

Tel. 0261 5 75 72

Ingrid Kröwerath, Tel. 0261 21 07 75

Roswitha Pauken, Tel. 02653 13 78

Wolfgang Scherf, Tel. 02623 29 01

Sabine Simons, Tel. 0261 2 41 01

Landau/Pfalz

Harald Löffler, Tel. 06344 13 60

Mainz

Erwin Geier, Tel. 06131 47 56 47

Ingmar Holl, Tel. 06131 67 86 04

Dieter von Kiedrowski,

Tel. 06131 277 85 20

Mündersbach/Westerwald

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Manfred Greis (Leitung),

Tel. 02680 80 24

Michael Christ, Tel. 0170 472 48 80

Dirk Filter, Tel. 02686 98 74 41

Heidemarie Huber, Tel. 02624 87 18

Tanja Jarschinski, Tel. 02774 92 25 22

Schifferstadt

Regina Striebinger, Tel. 06235 78 70

Wörth am Rhein

Katrin Törpisch, Tel. 07271 49 91 92

Zemmer

Dorette Polnauer, Tel. 06580 82 27

Saarland

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Helene Ball (Leitung),

Tel. 06852 99 17 39

Karl Joachim, Tel. 06852 99 17 39

Sachsen

Dresden

Frank Meise, Tel. 0351 803 25 38

Thomas Socke, Tel. 0351 804 49 43

Leipzig

Ingrid Rammelt, Tel. 034298 20 92 20

Oelsnitz

Catrin Michael, Tel. 037434 8 05 11

Taucha

Ingrid Rammelt, Tel. 034298 20 92 20

Sachsen-Anhalt

Halle

Dr. Roswitha Sommerfeld,

Tel. 01575 930 90 63

Osterwieck

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Joachim Klaus (Leitung),

Tel. 039421 2 94 50

Schleswig-Holstein

Kiel

Herta Teetzen, Tel. 0431 24 17 91

Thüringen

Eisenach

Bärbel Heiden, Tel. 03691 62 86 44

Gera

Eberhard Martini, Tel. 036608 901 35

Jena

(Regionalgruppe – Treffen erfragen)

Sieglinde Plöthner (Leitung),

Tel. 036628 8 35 93

Online-Gruppe

Generalisierte Pustulöse Psoriasis (GPP)

Kontakt über die DPB-Geschäftsstelle:

Tel. 040 22 33 99-0

info@psoriasis-bund.de

Kontakte für Eltern

Bei Problemen mit der Psoriasis bei

Kindern wenden Sie sich bitte an die

DPB-Geschäftsstelle:

Tel. 040 22 33 99-0

info@psoriasis-bund.de

Kontakte für Jugendliche

Jugendliche mit Psoriasis können sich

gerne an die ehrenamtlichen Jugend-

mentorinnen und -mentoren des DPB

wenden: jugend@psoriasis-bund.de

Die DPB-Jugendmentorinnen und

-mentoren betreiben außerdem einen

Instagram-Account: @psojugend

Termin Hamburg

Wahl der Regionalgruppenleitung,

am 07.12.2021, um 19.30 Uhr,

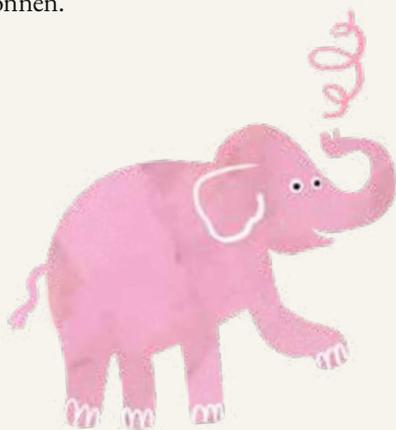
Restaurant „Athen“, Fuhlsbüttler

Straße 527, 22337 Hamburg

Schnüffelnasen für die Psoriasis

Der tierische Geruchssinn ist dem von uns Menschen weit überlegen. Hunde beispielsweise besitzen etwa eine Milliarde Geruchsnerven und können durch eine besondere Atemtechnik und Nasenkonstruktion Gerüche wahrnehmen, die Menschen erst in einer eine Million Mal stärkeren Konzentration riechen würden. Deshalb setzen Menschen die freundlichen Vierbeiner schon seit Langem für die verschiedensten Bereiche ein: etwa zum Aufspüren von Drogen, Sprengstoff oder verschütteten Menschen.

Jetzt zeigen erste Untersuchungen, dass Hunde auch zum Erschnüffeln des Coronavirus geeignet sind. In zahlreichen Tests haben sie Speichelproben von Sars-CoV-2-Infizierten und gesunden Personen mit mehr als 90-prozentiger Sicherheit unterscheiden können. Nun soll unter anderem erforscht werden, ob solche Corona-Spürhunde etwa bei Großveranstaltungen eingesetzt werden können.



Wir finden, dass der tierische Geruchssinn in der Medizin noch viel zu wenig Beachtung findet. Nehmen wir beispielsweise die Psoriasis. Da haben Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler inzwischen so viele unterschiedliche Zytokine entdeckt, die bei den Entzündungsreaktionen in der Haut und in den Gelenken eine Rolle spielen. Zytokine sind Eiweiße, die das Wachstum und die Differenzierung von Zellen regulieren. Es sollte doch verwundern, wenn unterschiedliche Eiweiße nicht unterschiedlich riechen würden.

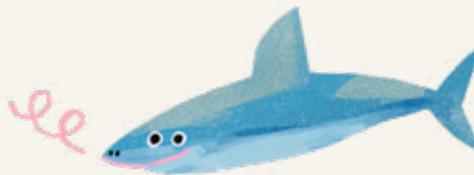
Tierische Supernasen müssten deshalb doch bei Patientinnen und Patienten mit Psoriasis schon im Vorfeld erschnüffeln können, welche Zytokine im individuellen Einzelfall eine besondere Rolle spielen. So könnte die individuelle Psoriasis-Therapie gleich gezielt auf die Hemmung der beteiligten Zytokine abgestimmt werden. Was würde das für Zeit, Geld und Frustration ersparen, wenn schon im Vorfeld bekannt wäre, welches Medikament, bei wem anschlägt oder eben nicht!



Vielleicht sind aber Hunde mit dieser Aufgabe überfordert. Sie sind im Tierreich nicht die besten Schnüffler. Ihnen überlegen ist beispielsweise der Bär. Er kann einen Tierkadaver erschnüffeln, der sich bis zu 32 Kilometer entfernt befindet. Vom männlichen Eisbär ist bekannt, dass er ein paarungsbereites Weibchen über eine Entfernung von mehr als 100 Kilometern riecht.

Auch infrage kämen Elefanten. Sie können mit ihrem langen Rüssel Wasser aus 19 Kilometern Entfernung wahrnehmen. Besonders interessant ist auch der Weiße Hai. Sein Geruchssinn wird von etwa zwei Dritteln seines Gehirns gesteuert. Er kann über 1,5 Kilometer Entfernung einen einzigen Blutstropfen erschnüffeln.

*Uhu
Anette Meyer*



Vielen Dank! Die Herstellung des PSO Magazins wird mit Mitteln aus der „GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene“ finanziell unterstützt.

Mein PEN

UNSER SERVICE FÜR SIE

- ▶ Umfangreiches Informationsmaterial
- ▶ Persönliche Beratung:
04103 8006-384 | autoimmun@medac.de
- ▶ Weitere Infos unter www.medac.de





Das geballte Wissen des DPB in einer App: PSO Kiosk

Das PSO Magazin und alle weiteren DPB-Publikationen stehen zusätzlich zu den gedruckten Versionen jetzt auch digital zur Verfügung – ganz komfortabel als Smartphone-/Tablet-App und für den Internet-Browser. Über die Stichwortsuche lassen sich bequem einzelne Texte wiederfinden und aufrufen.

Für DPB-Mitglieder ist der Service natürlich kostenfrei! Mit Ihrem persönlichen Freischaltcode können Sie auf alle Inhalte im PSO Kiosk zugreifen. Er setzt sich zusammen aus: Mitgliedsnummer-Postleitzahl (beispielsweise 0023456-53469). Die Mitglieds-Nummer finden Sie in Ihrer Beitrittsbestätigung oder im Adressfeld des PSO Magazins. Wenn sie nicht siebenstellig ist, müssen ihr entsprechend viele Nullen vorangestellt werden.

Weitere Infos und auch eine Schritt-für-Schritt-Anleitung finden Sie unter:
www.psoriasis-bund.de/pso-kiosk

PSO Kiosk im
Internet-Browser:
kiosk.psoriasis-bund.de



PSO Kiosk im
Google Play Store:
store/apps/details?id=com.pressmatrix.pskiosk



PSO Kiosk im
Apple App Store:
apps.apple.com/de/app/pso-kiosk/id1548465330



Der laufende Betrieb des PSO Kiosk wird dankenswerterweise von der „GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene“ finanziell unterstützt.

