

Psoriasis mit Gelenkbeteiligung

# Ein interdisziplinärer Leitfaden für die Diagnosestellung und Therapie

R. von Kiedrowski\*, K. Becker#, G. Krähn-Senftleben, Th. Dirschka, H. Kirchesch, U. Reinhold, M. Sebastian, Ch. Termeer



Psoriasis mit Gelenkbeteiligung

# Ein interdisziplinärer Leitfaden für Diagnosestellung und Therapie

Für niedergelassene Dermatologen hat die bundesweite Autorengruppe des Netzwerkes Onkoderm e.V. einen übersichtlichen Leitfaden für die Diagnose und Therapie der Psoriasis-Arthritis (PsA) entwickelt. Er basiert auf internationalen Empfehlungen und wurde zusammen mit Rheumatologen<sup>#</sup> erstellt, um niedergelassene Dermatologen auch ohne enge Anbindung an eine rheumatologische Praxis zu unterstützen. Ziele: Bei primär dermatologisch betroffenen Patienten mit Beschwerden am Bewegungsapparat soll die Früherkennung der PsA verbessert werden. Und die knappen Ressourcen der interdisziplinären Zusammenarbeit mit der rheumatologischen Fachgruppe sollen optimal genutzt werden.

Das frühzeitige Erkennen von Hinweisen auf eine PsA in der dermatologischen Praxis ist von großer Bedeutung. Die Erkrankung führt zu erosiven und osteoproliferativen Veränderungen der Gelenke, die bis zu einem Verlust der Funktionalität führen können, wobei das Ausmaß der Gelenkdestruktion der einer rheumatoiden Arthritis (RA) vergleichbar sein kann [1] (**Abb. 1**). Somit wird die Lebensqualität erheblich eingeschränkt und Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausaufenthalte treten häufiger auf als bei einer Psoriasis ohne Gelenkbeteiligung [2, 3, 4]. Eine adäquate Therapie kann die Progression der Gelenkerosion und damit eine fortschreitende Behinderung verhindern – insbesondere wenn sie rechtzeitig erkannt wird. Vo-

raussetzung dafür ist eine Früherkennung und die suffiziente interdisziplinäre Versorgung [3].

Muskuloskeletale Beschwerden sind bei Patienten mit Psoriasis nicht selten. In einer deutschen Querschnittsstudie wies von 1.511 Patienten mit Plaque-Psoriasis in dermatologischer Behandlung mehr als jeder Fünfte (20,6%) eine Gelenkbeteiligung auf [2]. Bei den meisten dieser Patienten (85%) war eine PsA bislang nicht diagnostiziert worden, obwohl fast alle eine aktive Gelenkentzündung mit druckschmerzhaften und geschwollenen Gelenken hatten und bei jedem zweiten Patienten mehr als 5 Gelenke betroffen waren.

Eine PsA kann ein Prädiktor für einen schweren Verlauf der Psoriasis sein, sowohl den Haut- als auch den Nagelbefall betreffend. Patienten mit PsA weisen zudem deutlich mehr Komorbiditäten auf als Psoriasis-Patienten ohne Gelenkbefall. Häufiger sind sowohl kardiovaskuläre Begleiterkrankungen wie z. B. Bluthochdruck, Adipositas, Hyperlipidämie, Typ-2-Diabetes, Herzinfarkt oder Schlaganfall als auch nicht-kardiovaskuläre Begleiterkrankungen [4].

Dermatologische Gesellschaft (DDG) haben im Rahmen der für die Psoriasis definierten Nationalen Versorgungsziele eine Verringerung der nicht diagnostizierten PsA-Fälle auf unter 20% formuliert [5]. Dazu ist es notwendig, dass niedergelassene Dermatologen in der Lage sind, anamnestiche und klinische Hinweise zu erkennen und gegebenenfalls eine adäquate Therapie einzuleiten, insbesondere wenn keine internistische/rheumatologische Praxis zur gebotenen interdisziplinären Versorgung zur Verfügung steht. Bei einer rheumatologischen Praxis im Umfeld sollte die Zuweisung zum Rheumatologen möglichst rasch erfolgen und eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit in Diagnostik und Therapie angestrebt werden.

Dieser von der Autorengruppe des Netzwerkes Onkoderm e.V. entwickelte Leitfaden zur PsA für die dermatologische Praxis ergänzt den Behandlungspfad zur Psoriasis vulgaris, der bereits 2011 veröffentlicht wurde [6]. Er basiert auf internationalen Empfehlungen sowie der Zusammenarbeit mit Rheumatologen. Der Leitfaden soll für den niedergelassenen Dermatologen einfach in den Praxisalltag zu integrieren sein und soll es ermöglichen, PsA-Patienten frühzeitig zu diagnostizieren und rechtzeitig eine adäquate Therapie zu ermöglichen. Die im Folgenden aus-



**Abb. 1:** Die Psoriasis-Arthritis kann zu ausgeprägten Gelenkveränderungen mit starken Funktionseinbußen führen

© K. Krüger, München, Merckle

## Mehr Betroffene erkennen und behandeln

Der Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD) und die Deutsche

geführten Empfehlungen des Leitfadens sind kurz in **Abb. 2** zusammengefasst.

### Hautärzte haben Lotsenfunktion

Hautärzte nehmen bei der Früherkennung der PsA eine wichtige Lotsenfunktion ein, weil bei mehr als zwei Drittel der Patienten mit PsA die Haut als erstes betroffen ist und zwar Jahre bevor die Gelenkbeschwerden auftreten [7, 8]. Nur bei 15% der Patienten mit PsA treten Haut- und Gelenkbeschwerden zeitgleich auf und nur selten kann eine PsA völlig ohne kutane Manifestation diagnostiziert werden [8]. Einen Überblick über das klinische Spektrum der PsA gibt **Tabelle 1** [9].

Kopfhautbefall, Nagelbeteiligung oder intergluteale/perianale Lokalisationen [10], aber auch mehr als 3 betroffene Lokalisationen bei Plaque-Psoriasis [11] erhöhen das Risiko für das Vorliegen einer PsA. Mittelschwer bis schwer betroffene Psoriatiker stellen damit ein Risikokollektiv für das Auftreten von muskuloskelettalen Entzündungsreaktionen dar [12]. Daher sollten Dermatologen

alle Patienten mit Psoriasis regelmäßig hinsichtlich einer möglichen Beteiligung des Bewegungsapparates screenen (z. B. durch einmal jährliche Fragebogenaktion) und über die Möglichkeit einer Gelenkbeteiligung aufklären. Ziel dieses Leitfadens ist es, die primäre Diagnostik und die Trennschärfe der eingesetzten diagnostischen Mittel zu verbessern.

### Diagnose beginnt im Wartezimmer

Grundsätzlich ist es sinnvoll, als Dermatologe neben den Hautmanifestationen der Psoriasis immer auch die möglichen Symptome am Bewegungsapparat (und weitere Komorbiditäten) im Blick zu haben und auch die Patienten dafür zu sensibilisieren. Möglicherweise kommen Patienten von sich aus beim Hautarzt nicht ohne weiteres auf Gelenkbeschwerden oder typische Begleiterkrankungen zu sprechen, weil diese vom Patienten nicht als miteinander assoziiert wahrgenommen werden.

Die Autorengruppe empfiehlt zudem, bei der Verlaufskontrolle von Patienten

#### Typische Arthropathien

- Polyarthritiden
- Spondylitis
- Enthesitis
- Arthritis der distalen Interphalangealgelenke
- Monoarthritis/Oligoarthritis
- Daktylitis

#### Seltener Arthropathien

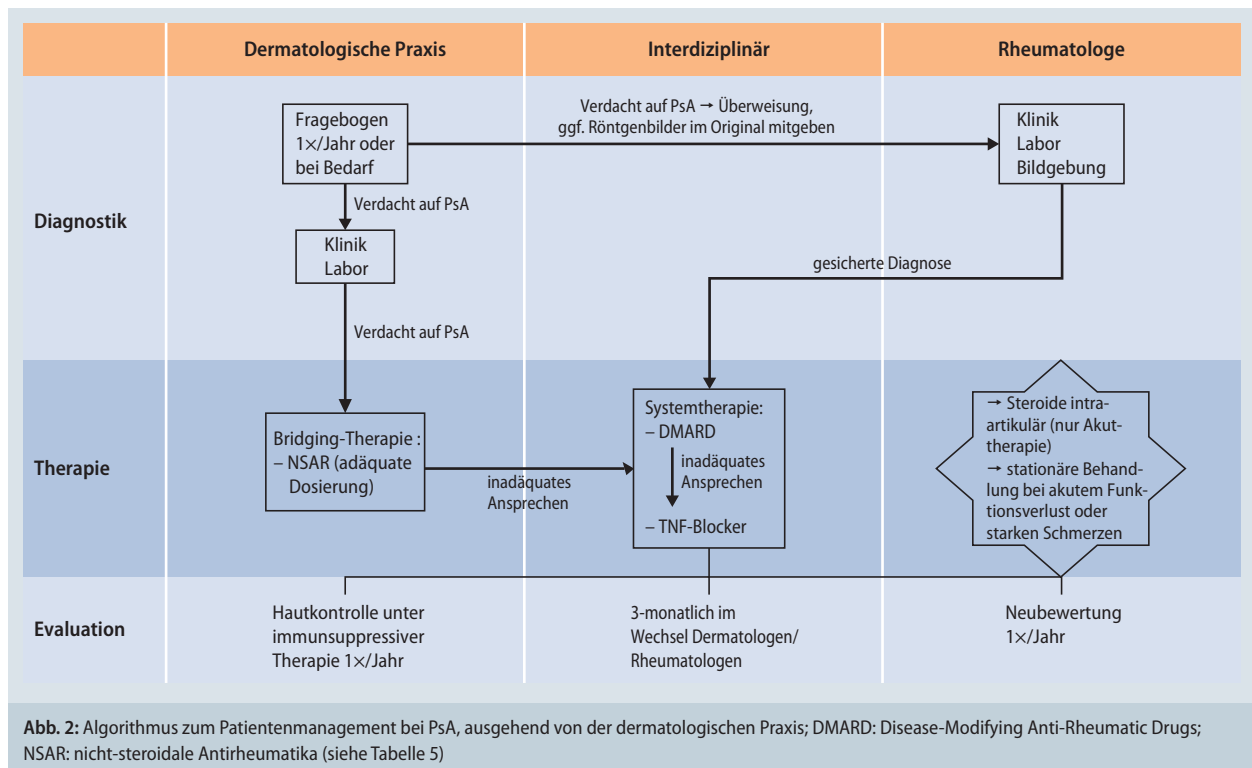
- Synovitis, Hyperostose und Osteolyse-syndrom
- Arthritis mutilans
- Onycho-Pachydermo-Periostitis
- Chronische multifokale rezidivierende Osteomyelitis

#### Andere Ausprägungen:

- Arthralgie
- Brustschmerz

**Tab. 1:** Klinisches Spektrum der PsA (nach [9])

mit Psoriasis in der dermatologischen Praxis einmal jährlich oder bei Bedarf, z. B. bei Gelenkschmerzen, einen Frage-



**Wann überweisen, wann weiter in dermatologischer Praxis betreuen?**

1. Verdacht auf PsA nach Fragebogen: eigene Entscheidung (je nach regionaler Gegebenheit und interdisziplinärer Absprache)
  - Option 1: Überweisung an den Rheumatologen oder
  - Option 2: weitere Diagnostik in dermatologischer Praxis mit klinischer Untersuchung und Labor
2. Verdacht auf PsA nach Fragebogen, klinischer Untersuchung und Labor: abhängig von Wartezeit für Termin
  - Option 1: Überweisung an Rheumatologe, wenn Termin innerhalb von 3–6 Monaten möglich (bei fulminant-progredientem Verlauf innerhalb von 6 Wochen) und Einleitung einer Bridging-Therapie mit NSAR
  - Option 2: Wenn Wartezeit für Termin zu lange, Einleitung einer DMARD-Systemtherapie (siehe „Systemtherapie in Kooperation“)

Bei Überweisung mitgeben:

- Arztbrief mit Befunden inklusive Fragebogen, Klinik und Labor
- Verfügbare Röntgenbilder nur im Original

Tab. 2: Schnittstelle Dermatologie – Rheumatologie

bogen ausfüllen zu lassen. Idealerweise sollte der Fragebogen vom medizinischen Assistenzpersonal ohne gesonderte Schulungsmaßnahmen ausgewertet werden können. Es stehen verschiedene Fragebögen zur Verfügung, die aber nicht alle in Deutsch erhältlich sind und in dieser Sprache evaluiert wurden.

Am einfachsten verfügbar ist der Fragebogen GEPARD (German Psoriasis Arthritis Diagnostic Questionnaire) [13], weil dieser in Deutschland entwickelt und evaluiert wurde. Allerdings ist zu beachten, dass die Zahl falsch-positiver Fälle bei seiner Nutzung groß ist. Die bei der Evaluation des GEPARD-Fragebogens verwendeten CASPAR (Classification Criteria for the Diagnosis of Psoriatic Arthritis)-Kriterien sind primär nicht zur PsA-Detektion bei bestehender Psoriasis entwickelt worden, da sie an einem Patientenkollektiv mit langer PsA-Dauer validiert wurden und nur bei akuter Gelenkentzündung einzusetzen sind [14]. Es handelt sich hierbei um Klassifikations- und nicht um Diagnosekriterien.

Der ToPAS (Toronto PsA Screening Questionnaire)-Fragebogen [15] wurde für den Einsatz in der Gesamtbevölkerung entwickelt und ist zur Kontrolle auch beim Hausarzt einsetzbar. Er besteht aus 12 Fragen, die interdisziplinär von Dermatologen und Rheumatologen

entwickelt wurden, und integriert das klinische Bild von Haut und Nägeln, um die Patientenbeurteilung zu vereinfachen. Die Sensitivität dieses Fragebogens liegt bei 94 %, die Spezifität bei 92 %.

Im Gegensatz dazu wurde der 15 Fragen umfassende PASE (Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation Questionnaire)-Fragebogen spezifisch für den Einsatz bei Patienten mit Psoriasis entwickelt [16]. Die Fragen explorieren sowohl Symptome als auch Funktionseinschränkungen, somit kann der PASE auch zur Verlaufskontrolle eingesetzt werden. Diagnostische Sensitivität und Spezifität werden gleichermaßen mit 76 % angegeben [17].

Der PEST (Psoriasis Epidemiology Screening Tool)-Fragebogen ist ebenfalls ein nur bei Patienten mit Psoriasis einzusetzendes Instrument. Dieser Fragebogen umfasst 18 Fragen und eine grafische Darstellung zur Markierung der betroffenen Gelenke. Die Sensitivität wird mit 97 %, die Spezifität mit 79 % angegeben [18]. Einer aktuellen Untersuchung zufolge schneidet der PEST-Fragebogen bei der Identifizierung von PsA-Patienten etwas besser ab als ToPAS und PASE [19]. Die Autorengruppe empfiehlt daher, die entsprechende Publikation [18] zu erwerben und diesen Fragebogen zu nutzen. Die Bedeutung

des Fragebogens liegt nicht primär in der sicheren Detektion einer PsA, sondern insbesondere in der Gewährleistung einer standardisierten, mindestens jährlich erfolgenden Erhebung von Hinweisen auf eine muskuloskeletale Manifestation.

Ergibt die Auswertung des Fragebogens oder das klinische Bild einen Verdacht auf eine PsA, kann je nach regionalen Gegebenheiten und Absprachen entweder direkt die Überweisung an den Rheumatologen erfolgen oder die weitere klinische und laborchemische Diagnostik von der dermatologischen Praxis eingeleitet werden (Tabelle 2).

**Klinische und Labordiagnostik**

Bei der klinischen Diagnostik werden die Gelenkbeschwerden genau charakterisiert und abgeklärt. Die Befragung des Patienten mithilfe eines einfachen

- Wo sind die Schmerzen?
- Sind die Gelenke morgens schwer beweglich?

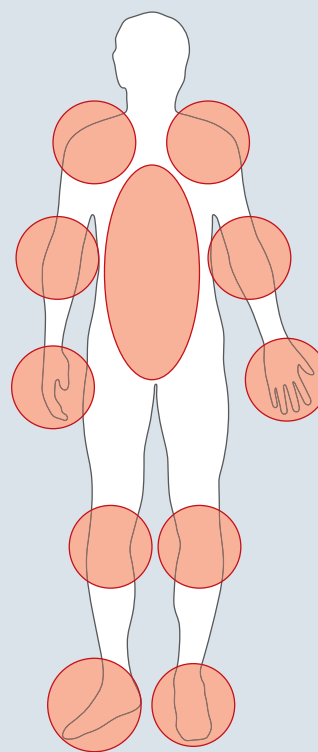


Abb. 3: Schema zur Abklärung von Schmerzen und Schwellungen

Schemas (Abb. 3) gibt einen Hinweis auf die von Schmerzen und Schwellungen betroffenen Gelenke. Hierbei werden die Gelenke (und die Sehnenansätze) auf Druckschmerz und Schwellung durch Palpation untersucht. Falls noch keine Erfahrung in der palpatorischen Gelenkbeurteilung besteht, sollten entsprechende Qualifikationsangebote an rheumatologischen Kliniken, Zentren oder Praxen im Umfeld wahrgenommen werden.

Da das Risiko einer PsA-Entwicklung bei gleichzeitiger Psoriasis an Nägeln, Kopfhaut und im Intergluteal-/Perianalbereich besonders groß ist, sollte auf einen Befall dieser Körperpartien geachtet werden. Bei Vorliegen dieser Symptome ist die Erhebung etwaiger Gelenksbeschwerden besonders wichtig.

Laboruntersuchungen tragen nur begrenzt zur Diagnose bei, weil es keine für die PsA typischen Laborbefunde gibt. Im Gegensatz zur RA liegen unspezifische Entzündungsmarker wie Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) oder C-reaktives Protein (CRP) häufig im Normbereich. Eine erhöhte BSG ist bei ca. 40–60 % der Patienten mit PsA festzustellen, eine Erhöhung des CRP-Wertes bei weniger als der Hälfte der Patienten [20]. Nach Einschätzung der Autorengruppe sind in der dermatologischen Praxis für die Diagnostik und Abgrenzung gegenüber einer RA sowie für die Therapie die in Tabelle 3 zusammengestellten Laborparameter sinnvoll.

### Bildgebung

Einheitliche Empfehlungen für die PsA-Diagnostik mit bildgebenden Verfahren (Tabelle 4) werden immer noch evaluiert, in der dermatologischen Praxis nutzbare Standards sind nicht verfügbar. Die Autorengruppe empfiehlt daher, die Bildgebung durch Rheumatologen beauftragen und beurteilen zu lassen. Wenn bereits Röntgenbilder vorhanden sind, sollten diese im Original (ohne begleitenden Befund) an den Rheumatologen übermittelt werden. Frühere Befunde sind meist nicht hilfreich, da die zur PsA-Diagnostik wichtigen Areale selten mitbeurteilt werden.

Parameter	Anmerkungen
<b>Zur Diagnostik und Abgrenzung der PsA gegen eine RA</b>	
Zyklisches citrulliniertes Peptid (CCP)	— KV-spezifische Abrechnungsmodalitäten beachten — Anti-CCP-Antikörper sind bei PsA wesentlich seltener als bei RA nachweisbar, aber häufiger als bei Psoriasis ohne Arthritis
Rheumafaktor	— bei PsA meist negativ. — Aber: ab 60 Jahren sind ca. 30 % der Bevölkerung positiv
C-reaktives Protein (CRP)	— im Gegensatz zur RA bei weniger als 50 % der Patienten erhöht — bei PsA nur wichtig für Prognose und Verlauf
BSG	— im Gegensatz zur RA nur bei 40–60 % der Patienten erhöht
Blutbild	
(HLA-B27)	Für die dermatologische Praxis nur begrenzt praktikabel, da mit genetischer Beratungspflicht verbunden und teuer
<b>Im Rahmen der Therapie</b>	
Nieren- u. Leberwerte	— bei NSAR-Therapie (Bridging, siehe „Wartezeit überbrücken“)
Parameter gemäß Fachinformation	— bei Systemtherapie

Tab. 3: Laborbestimmungen bei PsA (nach [16, 20, 21])

### Allgemeine Therapiegrundsätze

Die Therapie der Psoriasis vulgaris orientiert sich an dem bereits publizierten Behandlungspfad [6] und der S3-Leitlinie „Psoriasis vulgaris“ [22]. Muss nach dem Fragebogen, der klinischen Diagnostik und den Laborwerten von einer manifesten PsA ausgegangen werden, ist die Einbindung eines rheumatologisch tätigen Kollegen zu empfehlen. Basis für die Pharmakotherapie der PsA sind die Empfehlungen der European League Against Rheumatism (EULAR) [21]. Diese richten sich aber speziell an Rheumatologen; in der dermatologischen Praxis sind sie nur eingeschränkt anwendbar.

Allgemein ist bei geschwollenen und schmerzhaften Gelenken die Einleitung

einer Bridging-Therapie zu empfehlen. Eine Systemtherapie der PsA in der dermatologischen Praxis sollte, wo möglich, in enger Abstimmung mit einem rheumatologischen Kollegen eingeleitet werden oder wenn innerhalb von 3–6 Monaten kein Termin beim Rheumatologen möglich ist. Ist eine Systemtherapie bereits wegen der dermatologischen Indikation erforderlich, sollte eine potenzielle PsA Einfluss auf die Wahl des Therapeutikums haben.

### Bridging-Therapie mit NSAR

Vorrangig werden nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) zur Behandlung der muskuloskelettalen Symptome eingesetzt. Eine adäquate, d. h. ausreichend

<b>Röntgen</b>	Darstellung kumulativer Knochenveränderungen über die Zeit, Staturerhebung
<b>Hochauflösende Arthrosonographie mit Farb- und Powerdoppler</b>	zeigt akute Aktivität, ermöglicht Darstellung von Sehnenansätzen, Synovia, Knorpel, Knochen und Perfusion
<b>Magnetresonanztomographie</b>	Darstellung früher Gewebeveränderungen wie Synovitis, Entesitis oder Osteitis betroffener Gelenke
<b>Skelettszintigraphie</b>	nicht mehr empfohlen

Tab. 4: Bildgebende Verfahren zur PsA-Diagnostik (nach [12])

Wirkstoff	Dosis	Anmerkungen
<b>Bridging-Therapie</b>		
<i>NSAR (Beispiele)</i>	ausreichend hoch!	Kardiovaskuläre und gastrointestinale Risiken beachten
Ibuprofen	400–800 mg dreimal täglich	Magenschutz mit Protonenpumpen-Inhibitoren (PPI)
Diclofenac retardiert	75 mg zweimal täglich	Magenschutz mit Protonenpumpen-Inhibitoren (PPI)
Coxib, z. B. Celecoxib	100–200 mg zweimal täglich	
<b>Basis-Systemtherapie (wichtigste Wirkstoffe)</b>		
Methotrexat	15–25 mg s.c.	Regelmäßige Kontrolle der Transaminasen! Blutbild und Kreatinin Folsäure 5 mg 1x pro Woche 24 Stunden nach MTX
Leflunomid	10–20 mg/Tag (Induktion mit 100 mg/Tag über 3 Tage)	Auf Haut nur begrenzt wirksam Regelmäßige Kontrolle der Transaminasen!

**Tab. 5:** Bridging- und Basis-Systemtherapie

hohe Dosierung ist zu beachten. Daneben sind auch kardiovaskuläre und gastrointestinale Risiken entsprechend den Fachinformationen der gewählten Präparate zu berücksichtigen. Beispiele für NSAR sind Ibuprofen (400–800 mg dreimal täglich), Diclofenac retardiert (75 mg zweimal täglich) oder Coxibe, z. B. Celecoxib (100–200 mg zweimal täglich; **Tabelle 5**).

Steroide sind nur intraartikulär und zur Akuttherapie beim Rheumatologen

geeignet, z.B. bei akuten Entzündungen einzelner Gelenke bei sonst gut kontrollierter Polyarthrit und bei Enthesitis oder Daktylitis.

**Systemtherapie in Kooperation**

In die Therapieentscheidung bezüglich der PsA geht das Ausmaß der Hautbeteiligung bzw. die Schwere der Psoriasis ein:

■ Bei einer mittelschweren bis schweren Psoriasis mit Arthritis ist eine sys-

temische Therapie mit Wirkung auf die Arthritis und die Haut zu wählen.

■ Bei einer leichten Psoriasis mit Gelenkbeteiligung (Krankheitsschwerpunkt auf den Gelenken) sollten Dermatologen und Rheumatologen interdisziplinär eine Systemtherapie mit potenziell günstigem Hauteffekt auswählen.

Basistherapeutika (Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs, DMARD) werden eingesetzt, wenn keine Symptombesserung unter NSAR erreichbar ist, ein aktiver Entzündungsprozess vorliegt (z. B. druckschmerzhafte Gelenke) oder ungünstige prognostische Faktoren vorliegen (z. B. erhöhte Akute-Phase-Proteine oder Funktionsverlust).

■ Häufig bei PsA eingesetzt wird Methotrexat (MTX), obwohl die Evidenzlage aus klinischen Studien begrenzt ist. MTX ist ein Folsäureantagonist, der immunsuppressiv wirkt und die Symptome sowohl von Gelenken als auch der Haut verbessern kann [24]. Empfohlen wird eine Dosierung von 15–25 mg pro Woche. Die Autorengruppe empfiehlt, bei PsA auf die orale Anwendung zu verzichten und MTX wegen der besseren Wirksamkeitsdaten bei der RA sowie der besseren Steuerbarkeit und Bioverfügbarkeit von Beginn an subkutan zu applizieren. Um die Therapietoleranz zu verbessern, sollte 24 Stunden nach MTX Folsäure (5 mg einmal pro Woche) addiert werden.

■ Der Pyrimidinantagonist Leflunomid hat sich in Studien bei PsA als wirksam erwiesen. Allerdings ist sein Effekt auf die Haut begrenzt [24]. Empfohlen wird eine Dosierung von 10–20 mg pro Tag, wobei in den ersten drei Tagen zur Therapieeinleitung eine Dosis von 100 mg pro Tag verabreicht wird.

Zu beachten ist, dass DMARD bei Achsenskelettbeteiligung keine positiven Effekte zeigen, der Nachweis der Effektivität auf Enthesitis und Daktylitis aus kontrollierten Studien fehlt. Auch Daten zur Inhibition der radiologischen Progression, wie bei TNF-Blockern gezeigt, fehlen für konventionelle DMARD.

TNF-Blocker	Wirksamkeit bei PsA in Woche 24*			Dosierung bei PsA
	ACR 20**	ACR 50**	ACR 70**	
Adalimumab	57 %	39 %	23 %	40 mg s.c. alle 2 Wochen
Etanercept	50 %	37 %	9 %	zweimal wöchentlich 25 mg s.c. oder einmal wöchentlich 50 mg s.c.
Golimumab	52 %	32 %	19 %	50 mg s.c. einmal pro Monat
Infliximab	54 %	41 %	27 %	5 mg/kg i.v., Folgeinfusionen nach 2 und 6 Wochen, danach alle 8 Wochen

\* Die Angaben sind nicht direkt vergleichbar, da sie in unterschiedlichen Studien mit unterschiedlichen Studienpopulationen und nicht im direkten Vergleich erhoben wurden.

\*\* ACR: Kriterien der American College of Rheumatology, ACR 20, ACR 50, ACR 70: Anteil der Patienten mit Besserung um 20 %, 50 % oder 70 % nach ACR-Kriterien

**Tab. 6:** Für die Therapie der PsA zugelassene Tumornekrosefaktor (TNF)-Blocker (alphabetisch, nach [25–28])

Aufgrund der potentiell erhöhten Hepatotoxizität sollten Transaminasen regelmäßig kontrolliert werden, v. a. bei zusätzlichen Risiken wie Alkoholabusus, Adipositas, Lebersteatose, Diabetes mellitus oder bei Anwendung weiterer hepatotoxischer Medikamente (z. B. Statine).

### TNF-Blocker bei Nichtansprechen

Erzielt eine Therapie mit MTX oder Leflunomid kein ausreichendes Ansprechen, wird interdisziplinär und gemäß der EULAR-Kriterien [22] die Therapie mit einem TNF-Blocker durchgeführt. Bei Nichtansprechen auf einen TNF-Blocker erfolgt die Umstellung auf einen anderen.

Als Behandlungsversagen gelten nach den Kriterien der EULAR [20] Fälle, bei denen trotz adäquat dosierter und ausreichend langer Therapie mit einem oder mehreren DMARD über mindestens 3–6 Monate das Ziel einer niedrigen Krankheitsaktivität nicht erreicht werden konnte. Dabei wird Krankheitsaktivität definiert wie folgt: aktive Arthritis, geschwollene Gelenke, Funktionseinschränkung und/oder Einschränkung der Lebensqualität.

Für die PsA-Therapie zugelassen sind Adalimumab, Etanercept, Golimumab und Infliximab. Sie alle haben sich in

klinischen Studien als wirksam sowohl auf die Haut-, als auch gegen die Gelenksymptome der PsA erwiesen und reduzieren das Fortschreiten der peripheren Gelenkerstörung (**Tabelle 6**) [25–28]. Zwischen den TNF-Blockern gibt es keine evidenten Unterschiede in der Wirksamkeit. Direkte Vergleichsstudien liegen nicht vor.

### Interdisziplinär evaluieren

Eine Dauertherapie ist bei akuter Arthritis genauso wie bei mittelschwerer bis schwerer Psoriasis vulgaris zwingend erforderlich! Die Therapieeffizienz bezüglich der Arthritis sollte vom Rheumatologen durch validierte Instrumente dokumentiert werden. Die Evaluation der Wirksamkeit auf die Haut bleibt Aufgabe des Dermatologen. Die interdisziplinäre Kontrolle und Bewertung der Wirksamkeit der Therapie muss in regelmäßigen Abständen erfolgen (**Abb. 2**):

- Alle drei Monate evaluieren wechselseitig Rheumatologe (Schwerpunkt Gelenke) und Dermatologe (Schwerpunkt Haut).
- Einmal im Jahr erfolgt interdisziplinär eine Neubewertung.
- Einmal im Jahr sollte auch bei rein rheumatologischen Patienten unter immunsuppressiver Therapie eine Hautkontrolle beim Dermatologen durchgeführt werden.

Ein akuter Funktionsverlust und sehr starke Schmerzen können Indikationen für eine stationäre Behandlung in einer rheumatologischen Klinik sein.

### Praxis- und Versorgungsmanagement

Ein regelmäßiges Screening von Psoriasis-Patienten über im Wartezimmer auszufüllende Fragebögen erleichtert die Früherkennung und ist – auch aufgrund der einfachen Auswertbarkeit durch das Praxisteam – gut in die Routinen einer dermatologischen Praxis zu integrieren.

Die Behandlung der PsA erfordert, wie die Therapie der Psoriasis vulgaris, eine standardisierte Dokumentation und darüber hinaus eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Rheumatologen. Spezifische Arbeitsblätter für Praxis und Zuweiser vereinfachen die Prozesse, ermöglichen die Integration beispielsweise in die Praxisroutine und erlauben ein effektives Qualitätsmanagement. Um die Prozesse zu optimieren, ist eine EDV-Implementierung anzustreben.

Eine Übersicht über die Kodierung gibt **Tabelle 7**.

Bei der Versorgung von Patienten mit PsA können Hautärzte von einem Erfahrungsaustausch und dem Fachwissen erfahrener Rheumatologen profitieren.

Primärcode mit I: Ätiologie	Sekundärcode mit *: Manifestation	5. Stelle: Lokalisation
L40.5 I Psoriasis-Arthropathie	M07.0-* Distale interphalangeale PsA	0 Mehrere Lokalisationen
	M07.1-* Arthritis mutilans	1 Schulterregion (inkl.: Klavikula, Skapula, Akromioklavikulargelenk, Schultergelenk, Sternoklavikulargelenk)
	M07.2-* Spondylitis psoriatica	2 Oberarm (inkl.: Humerus, Ellenbogengelenk)
	M07.3-* Sonstige PsA0	3 Unterarm (inkl.: Radius, Ulna, Handgelenk)
	M09.0-* Juvenile Arthritis	4 Hand (inkl.: Finger, Handwurzel Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen)
		5 Beckenregion und Oberschenkel (inkl.: Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, [Hüftgelenk], Iliosakralgelenk)
		6 Unterschenkel (inkl.: Fibula, Tibia, Kniegelenk)
		7 Knöchel und Fuß (inkl.: Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes)
		8 Sonstige (inkl.: Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule)
		9 Nicht näher bezeichnete Lokalisationen

Tab. 7: Übersicht PsA-Kodierung nach ICD-10 GM (German Modification) Version 2012

ren. Sinnvoll ist die Bildung regionaler Behandlernetzwerke, die in besonderem Maße die Möglichkeit des (interdisziplinären) Erfahrungsaustauschs und der Implementierung qualitätssichernder Maßnahmen unterstützen. Dazu zählt auch das deutsche Psoriasis-Register PsoBest, das Daten von Patienten mit Psoriasis und PsA erfasst, denen erstmalig ein Biologikum oder ein Systemtherapeutikum verordnet wurde. Mit Stand vom 8. Januar 2013 sind bereits 2.634 Patienten gemeldet worden, etwa zwei Drittel davon durch niedergelassene Ärzte. Damit trägt PsoBest proaktiv zur Überwachung der Sicherheit und Wirksamkeit der systemischen Psoriasis-therapie bei. Nähere Informationen sind im Internet unter [www.psobest.de](http://www.psobest.de) abrufbar.

**Literatur**

[1] Gladman DD et al., Ann Rheum Dis 2005; 64(Suppl II): ii14-ii17  
 [2] Reich K et al., Br J Dermatol 2009; 160: 1040–7  
 [3] Radke et al., J Eur Acad Dermatol Venerol 2009; 23: 683–91  
 [4] Husted JA et al., Arthritis Care Res (Hoboken) 2011; 63: 1729–35  
 [5] <http://www.versorgungsziele.de/2010/10/27/psoriasis-arthritis-wird-fruehzeitig-erkannt-und-behandelt/> Download 28.12.2012  
 [6] von Kiedrowski R et al., Der Deutsche Dermatologe 2011; 9: Therapie Report aktuell 1748  
 [7] Armstrong AW et al., Dermatology 2012; 225: 121–6  
 [8] Gladman DD et al., Q J Med 1987; 62: 127–41  
 [9] McGonagle D et al., Arthritis Rheum 1999; 42: 1080–6  
 [10] Wilson FC et al., Arthritis Rheum 2009; 61: 233–9  
 [11] Geifand JM et al., J Am Acad Dermatol 2005; 53: 573  
 [12] Köhm M, Behrens F, Z Rheumatol 2012; 71: 46–52  
 [13] Härle P et al., Z Rheumatol 2010; 69: 157–160, 162–3

[14] Taylor W et al., Arthritis Rheum 2006; 54: 2665–73  
 [15] Gladman DD et al., Ann Rheum Dis 2009; 68: 497–501  
 [16] Husni ME et al., J Am Acad Dermatol 2007; 57: 581–7  
 [17] Dominguez PL et al., Arch Dermatol Res 2009; 301: 573–9  
 [18] Ibrahim GH et al., Clin Exp Rheumatol 2009; 27: 469–74  
 [19] Coates LC et al., Br J Dermatol 2013, Epub ahead of print  
 [20] Philipp S, hautnah dermatologie 2012; 28: 292–300  
 [21] Alenius et al., Ann Rheum Dis 2006; 65: 398–400  
 [22] Nast A, Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG), Berufsverband Deutscher Dermatologen (BVDD). Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris. Update 2011. AWMF Register-Nr. 013/001, <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/013-001.html>  
 [23] Gossec L et al., Ann Rheum Dis 2012; 71: 4–12  
 [24] Philipp S, hautnah dermatologie 2012; 28: 365–70  
 [25] Mease PJ et al., Arthritis Rheum 2005; 52: 3279–89  
 [26] Mease PJ et al., Arthritis Rheum 2004; 50: 2264–72  
 [27] Kavanaugh A et al., Arthritis Rheum 2009; 60: 976–86  
 [28] Antoni C et al., Ann Rheum Dis 2005; 64: 1150–57

**Fazit für die dermatologische Praxis**

Die PsA ist eine schwerwiegende Erkrankung, die in der Mehrzahl der Fälle erst Jahre nach ersten Psoriasis-Symptomen auftritt. Die Nationalen Versorgungsziele für Betroffene mit Psoriasis und PsA sehen eine frühere Erkennung und die bessere Schmerztherapie der PsA vor. Der hier vorgelegte interdisziplinäre Leitfaden „Psoriasis mit Gelenkbeteiligung“ soll die S3-Leitlinie Psoriasis [21] und den von der Autorengruppe Onkoderm vorgeschlagenen Behandlungspfad Psoriasis [6] ergänzen und dazu beitragen, die Nationalen Versorgungsziele zu erreichen.

Für die frühere Erkennung der PsA ist die dermatologische Praxis als Lotse von größter Bedeutung, da in der Regel Haut- vor Gelenksbeschwerden auftreten. Die PsA ist andererseits aber auch als Risikofaktor für einen schweren Verlauf der Psoriasis dermatologisch von Bedeutung. Das Screening unter Patienten mit Psoriasis ist einfach in den Praxisalltag zu integrieren. Die Therapieentscheidung und Evaluation sollte, wenn möglich, gemeinsam mit Rheumatologen durchgeführt werden. Eine solch interdisziplinäre Versorgung der Patienten mit PsA ermöglicht eine optimierte Symptomkontrolle, beugt funktionellen Einschränkungen vor und kann deren Lebensqualität verbessern.

# Mitglieder Onkoderm e.V. und Rheumatologen: Dr. Klaus Becker, Blaubeuren, und Dr. Frank Behrens, Frankfurt

\*Korrespondenzadresse:  
 Dr. Ralph von Kiedrowski, Kirchstraße 1,  
 56242 Selters/Ww.,  
[vonkiedrowski@onkoderm.de](mailto:vonkiedrowski@onkoderm.de),  
[www.onkoderm.de](http://www.onkoderm.de)