

PSORIASIS VERSTEHEN



WAS IST PSORIASIS?

WIE ENTSTEHT PSORIASIS?

WIE BEHANDELT MAN PSORIASIS?

TIPPS FÜR DEN ALLTAG

AUTOR

MARTIN STÜRZINGER

Jahrgang 1956, lebt als freier Journalist in Zürich. Er schreibt unter anderem für GEO, FACTS, die Weltwoche und die Neue Zürcher Zeitung. Er berichtet seit 1985 aus und über Sri Lanka und ist Autor eines Buches über dieses Land. Als selber Betroffener ist er seit 1992 zudem Redaktor der Mitglierzeitschrift der Schweizerischen Psoriasis und Vitiligo Gesellschaft (SPVG).

MEDIZINISCHES
LEKTORAT

PD DR. F. NESTLÉ

Zürich

PSORIASIS, die Schuppenflechte, ist eine chronische Hauterkrankung, die sich durch sichtbare Veränderungen an der Hautoberfläche zeigt. Deshalb ist Psoriasis für viele Betroffene nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein psychosoziales Problem, das von Unsicherheit bis zu Isolation im täglichen Leben führen kann.

LEO, eines der weltweit führenden Unternehmen in der Entwicklung von Medikamenten und Therapiekonzepten zur Behandlung von Psoriasis, will mit der vorliegenden Broschüre einen wirksamen Beitrag leisten, die Krankheit in all ihren Facetten besser zu verstehen. Um besser damit leben zu können.

«Psoriasis verstehen» richtet sich nicht nur an Patienten. Wissen und Verständnis für die Situation der Betroffenen im familiären und öffentlich-sozialen Umfeld schaffen Vertrauen und Zuversicht und helfen, Ängste und Hemmungen abzubauen. Für ein aktives, erfülltes Leben sind dies wichtige Voraussetzungen.

«Psoriasis verstehen» zeigt auf, wie Sie trotz Krankheit nicht auf Lebensqualität und Lebensfreude verzichten müssen. Die ganzseitigen Fotos, die durch die Broschüre führen, reflektieren im Spiel von Licht und Körper etwas von der Wärme, die wir Ihnen mit auf den Weg geben möchten.

LEO Pharma

PSORIASIS VERSTEHEN

WAS IST PSORIASIS? _____	5	Kombinationstherapien _____	25
Krankheitsbild _____	5	Klimatherapien _____	27
Erscheinungsformen _____	6	Totes Meer _____	27
Psoriasis vulgaris _____	6	Hochgebirge _____	27
Erscheinungsbilder der		Alternativtherapien _____	28
Psoriasis vulgaris _____	6	Behandlung von problematischen	
Sonderformen _____	7	Bereichen _____	28
WIE ENTSTEHT PSORIASIS? _____	9	Kopfhaut _____	28
Krankheitsauslöser _____	9	Nagelpsoriasis _____	29
Krankheitsverlauf _____	10	Psoriasis in Hautfalten _____	30
Folgen _____	11	Psoriasis-Arthritis _____	30
WIE BEHANDELT MAN PSORIASIS? _____	13	Was bringt die Zukunft? _____	31
Hautpflege _____	13	TIPPS FÜR DEN ALLTAG _____	33
Hautreinigung _____	14	Allgemeine Vorsichtsmassnahmen _____	33
Duschen _____	15	Ernährung _____	33
Baden _____	15	Kleidung _____	34
Salben, Cremes, Lotionen _____	15	Berufswahl _____	34
Äusserliche Psoriasisbehandlung _____	16	Sonne _____	34
Salizylsäure _____	16	Urlaub _____	35
Urea (Harnstoff) _____	16	Alltag _____	35
Polidocanol _____	17	PSORIASIS BEI KINDERN _____	37
Teer _____	17	KRANKENKASSEN, VERSICHERUNGEN _____	38
Dithranol _____	17	Obligatorische Grundversicherung _____	38
Kortison _____	18	Zusatzversicherungen _____	39
Vitamin-D-Derivate _____	19	Invalidenversicherung _____	39
Vitamin-A-Derivate _____	20	Adressen _____	39
Kombination von Calcipotriol		RATGEBER _____	40
und Kortison _____	20	PATIENTENORGANISATIONEN _____	41
Lichttherapien _____	21	INDEX _____	42
Schmalspektrum-UVB-Therapie _____	21		
PUVA-Therapie _____	22		
Balneophototherapien _____	23		
Laser _____	23		
Innerliche Psoriasisbehandlung _____	24		
Methotrexat _____	24		
Retinoide _____	24		
Ciclosporin _____	24		
Fumarate _____	25		
Kortikosteroide _____	25		



WAS IST PSORIASIS?

Psoriasis oder Schuppenflechte ist eine weltweit verbreitete Krankheit, von der in Europa schätzungsweise zwei Prozent der Bevölkerung betroffen sind. In der Schweiz rechnet man demzufolge mit 150 000 Betroffenen. Psoriasis gilt als unheilbar. Bisher gibt es lediglich Therapien, die den Verlauf einer Psoriasis günstig beeinflussen.

KRANKHEITSBILD

Von einer Psoriasis ist in erster Linie die Haut betroffen. Typisch sind runde oder ovale rote Herde, die sich auf der Haut bilden. Die Oberfläche ist rau und beginnt nach einiger Zeit zu schuppen. Die am häufigsten befallenen Stellen sind Ellbogen, Knie und Kopfhaut, doch kann auch der ganze Körper befallen sein.

Bei knapp zwei Dritteln aller Betroffenen tritt zusätzlich Nagelpsoriasis auf. Finger- und Zehennägel bekommen kleine Dellen, werden dicker oder verformen sich. Bis zu 20 Prozent leiden unter der schmerzhaften Psoriasis-Arthritis, die zu Gelenkbeschwerden bis hin zu Deformationen der Gelenke und Arbeitsunfähigkeit führen kann.

Bei einem Psoriasisherd treten fast immer drei typische Erscheinungen auf:

Kerzenwachsphänomen: Wenn man mit einem Holzspatel Schuppen abkratzt, erinnern die abgelösten Schichten an abgeschabtes Kerzenwachs

Phänomen des letzten Häutchens: Wenn die ganze Schuppenschicht abgekratzt wird, erscheint ein dünnes, feucht glänzendes Häutchen

Phänomen des blutigen Taus: Wenn weiter auf diesem Häutchen geschabt wird, entstehen punktförmige Blutungen

ERSCHEINUNGSFORMEN

Psoriasis vulgaris. Die überaus grosse Mehrheit der Psoriasispatienten leidet an der gewöhnlichen Schuppenflechte, Psoriasis vulgaris. Manche Patienten leiden gleichzeitig an anderen Formen. In den psoriatischen Herden laufen dabei zwei Prozesse gleichzeitig ab. Zum einen ist die Haut gerötet, dicker als normal und blutet leicht. Zum andern werden zu viele Hornzellen gebildet, die sich dann als Schuppen auf den Psoriasisherden ablagern.

Erscheinungsbilder der Psoriasis vulgaris. Psoriasisherde können an verschiedenen Körperteilen und in leicht veränderter Form auftreten. Je nach Form, Ausdehnung und dem Auftreten werden verschiedene Namen verwendet:

<i>Psoriasis follicularis</i>	stecknadelgrosse Herde an den Talgdrüsen
<i>Psoriasis punctata</i>	sehr kleine, lediglich punktförmige Herde
<i>Psoriasis guttata</i>	erbsengross und tropfenförmige Herde
<i>Psoriasis nummularis</i>	münzenförmige Psoriasisherde
<i>Psoriasis geographica</i>	grossflächige, landkartenähnliche Flecken
<i>Psoriasis generalisata</i>	über den ganzen Körper oder viele Regionen verteilt
<i>Psoriasis inversa</i>	Psoriasis in Körperfalten (Analfalte, Achsel, Nabelgegend, Leistenpartie)

Sonderformen. Eine sehr selten auftretende Sonderform mit besonders gravierenden Auswirkungen ist die *psoriatische Erythrodermie*, der vollständige Befall der Haut mit Schuppenflechteherden. Die Haut ist gerötet, entzündet und zeigt Falten mit schmerzhaften Einrissen. Die Schuppen sind fein und dünn. Eine Psoriasis erythrodermica ist meistens mit Fieber verbunden und erfordert eine stationäre Behandlung.

Eine *Psoriasis pustulosa* ist gekennzeichnet durch zahlreiche kleine Pusteln, die mit Eiter gefüllt sind. Eine Variante der Psoriasis pustulosa beschränkt sich auf Handinnenflächen und Fusssohlen. Die so genannte Psoriasis pustulosa palmoplantaris ist sehr schmerzhaft und schwierig zu behandeln. Ebenfalls gravierende Auswirkungen hat die Psoriasis pustulosa des Typs von Zumbusch, bei der sich die Pusteln über die gesamte Haut verteilen. Dabei kommt es oft zu Fieber und Schüttelfrost, so dass eine Klinikeinweisung angezeigt ist.

Zwischen 10 und 20 Prozent aller Psoriatiker verspüren ab und zu leichte oder schwerere Gelenkbeschwerden. Diese psoriatische Gelenkentzündung heisst Psoriasis-Arthritis, bei Wirbelsäulenbefall spricht man von einer Psoriasis-Spondylitis. Bei der chronischen Psoriasis-Arthritis findet sich typischerweise der Befall der Finger- und Zehenendgelenke. Gleichzeitig weisen meist auch die Nägel psoriatische Veränderungen auf. Schubweise oder mit ständiger entzündlicher Aktivität kommt es zu Bindegewebs schrumpfung und schliesslich einer irreversiblen Zerstörung der Gelenke und der angrenzenden Knochen.





WIE ENTSTEHT PSORIASIS?

Psoriasis ist nicht ansteckend, sondern genetisch bedingt. Vererbt wird aber lediglich die Veranlagung, nicht die Krankheit selbst. Heute ist bekannt, dass bei einer Psoriasis mehrere Gene beteiligt sind. Gesichert ist ebenfalls, dass bei verschiedenen Betroffenen verschiedene Gene beteiligt sein können. So weiss man, dass bei einer Psoriasis Typ I, die früh ausbricht und schwerer zu behandeln ist, fast immer andere Gene betroffen sind als bei einer Psoriasis Typ II, die nach dem 40. Lebensjahr erstmals auftritt und einen milderen Verlauf zeigt.

KRANKHEITSAUSLÖSER

Damit die Krankheit wirklich ausbricht, müssen weitere Faktoren hinzukommen. Einige dieser möglichen Auslöser sind bekannt. Dazu gehören gewisse Bakterien (z.B. Streptokokken) und Viren. Oft tritt eine Psoriasis erstmals nach einem akuten Infekt auf, zum Beispiel nach einer Grippe, einer Bronchitis oder einer Entzündung der Nasennebenhöhlen, der Mandeln oder der Zahnwurzeln.

Daneben können Klimafaktoren oder jahreszeitliche Unterschiede einen Einfluss auf eine Psoriasis haben. So verschlechtert sich die Schuppenflechte bei vielen Patienten im Herbst, bessert hingegen am Meer dank der Kombination von Salzwasser und UV-Licht.

Auch physikalische Reize wie Druck, Verletzungen, eine ständige mechanische Belastung oder ein Sonnenbrand können eine Psoriasis verschlimmern oder auslösen. Das Auftreten von Herden nach Kratzern, Wunden oder Operationen bezeichnet man als Köbner-Phänomen.

Eine hormonelle Umstellung, etwa in der Pubertät, während einer Schwangerschaft oder in den Wechseljahren, kann sich ebenfalls auf eine Psoriasis auswirken. Weitere mögliche Verschlimmerungsfaktoren sind Alkohol und Übergewicht. Besonders gravierend scheint der Einfluss des Rauchens auf die so genannte Psoriasis pustulosa palmoplantaris.

Auch psychische Einflüsse können die Krankheit auslösen oder verschlimmern. Betroffene stellen oft fest, dass sich etwa Probleme in der Partnerschaft, bei der Arbeit oder weitere Stresssituationen negativ auf den Verlauf einer Psoriasis auswirken.

Zusätzlich können auch einige Medikamente eine Psoriasis auslösen. Dazu gehören z.B. Betablocker, Lithium, ACE-Hemmer, also blutdrucksenkende Mittel, und teilweise nichtsteroidale Antiphlogistika, die zur Behandlung von Rheuma und Entzündungen eingesetzt werden.

Die eigentliche Ursache der Krankheit hingegen ist weitgehend ungeklärt. Man weiss heute, dass das Immunsystem etwas mit der Entstehung der Psoriasis zu tun hat. So wäre denkbar, dass ein Stoff fälschlicherweise als Eindringling klassifiziert und bekämpft wird oder dass nach erfolgter Abwehr, zum Beispiel von Streptokokken, die Immunantwort nicht abgeschaltet wird.

KRANKHEITSVERLAUF

Die äusserste Zellschicht der Oberhaut, die Hornschicht, besteht aus abgestorbenen Zellen ohne Zellkern. Diese Zellen werden über Berührungen, beim Waschen oder von den Kleidern ständig abgerieben und abgeschliffen. Deshalb arbeitet die Oberhaut ständig an ihrer Erneuerung. In ihrer untersten Schicht, der Basalschicht, teilen sich die Basalzellen permanent, wachsen nach und schieben die älteren Zellen nach aussen. Auf dem Weg nach aussen verstärken die Zellen ihre Zellwände und produzieren zusätzlich Eiweisse, um so ihre Schutzfunktion besser erfüllen zu können.

Bei einer Psoriasis finden in der Basalzellschicht gleich zwei krankhafte Prozesse statt. Zum einen faltet sich diese unterste Schicht der Epidermis, die normalerweise in leichten Wellen verläuft, zu richtiggehenden Bergen und Tälern auf. Die Blutgefässe in der Haut erweitern und knäueln sich. Sie sind der Grund dafür, dass Psoriasisherde rot sind und so leicht bluten.

Zum andern werden zu viele Hornzellen gebildet, die überdies zu rasch an die Hautoberfläche gelangen und sich dort als Schuppen auf den Psoriasisherden ablagern. Bis eine Zelle an die Körperoberfläche gelangt, ist bei gesunder Haut der Zellkern abgestorben. Die Zelle wird Teil der

Hornschicht. Normalerweise dauert die Entwicklung von einer Basalzelle zu einer Hornzelle etwa 28 Tage. In der psoriatischen Haut ist dieser Prozess drastisch verkürzt und dauert lediglich drei bis fünf Tage. Weil eine Basalzelle somit rund sieben Mal schneller an die Hautoberfläche gelangt, ist die Umwandlung zur Hornzelle nicht immer abgeschlossen. Unreife Hornzellen kleben besser aneinander als reife. Die Zellen können nicht rasch genug abgestossen werden und haften als silbrig glänzende Schuppen auf den Herden.



FOLGEN

Trotz der weiten Verbreitung ist die Krankheit in der breiten Öffentlichkeit wenig bekannt. Viele Leute glauben irrigerweise an falsche Ernährung oder mangelnde Hygiene als Ursache. Obwohl die Schuppenflechte nicht ansteckend ist, werden Betroffene oft gemieden. Als Folge davon ziehen sie sich häufig zurück, resignieren und meiden sogar den Kontakt mit dem Arzt. Dabei wäre gerade bei Psoriasis der regelmässige Arztbesuch sinnvoll, weil immer wieder neue Therapien entwickelt werden.



WIE BEHANDELT MAN PSORIASIS?

Dank neuen Therapien ist heute eine Besserung praktisch ohne Nebenwirkungen möglich. An erster Stelle steht die sorgfältige und tägliche Hautpflege. Mit einer konsequenten Anwendung von äusserlichen Präparaten kann die grosse Mehrheit der Patienten eine Psoriasis sehr gut behandeln. Wenn eine äusserliche Behandlung nicht reicht, versprechen Lichttherapien – insbesondere in Kombination mit Salben, Cremes und Lotionen – eine bessere Wirkung. Falls die betroffenen Hautareale zu ausgedehnt oder die Gelenke ebenfalls betroffen sind, hilft nur eine innerliche Behandlung.

HAUTPFLEGE

Die Haut ist das grösste Organ des Menschen. Sie hat im Durchschnitt eine Oberfläche von 1,7 Quadratmeter und wiegt nicht weniger als 14 Kilogramm. Auf jedem Quadratcentimeter befinden sich drei bis fünf Millionen Zellen. Die Haut erfüllt äusserst vielfältige Funktionen. Sie ist ein wichtiges Sinnes- und Ausdrucksorgan, leitet Reize wie Schmerz, Kälte oder Wärme an das Gehirn weiter und reagiert je nachdem mit Erröten, Erbleichen, Angstschweiss oder Gänsehaut. Die Haut reguliert zudem den Flüssigkeitshaushalt im Körper und dessen Temperatur.

Besonders wichtig ist ihre Funktion als Schutzbarriere gegen schädigende Einflüsse von aussen. Spezialisierte Zellen können Krankheitskeime erkennen und sofort abwehren. So erzeugen die Talgdrüsen eine Emulsion aus Öl und Wasser. Über die Haarfollikel gelangt dieser Talg an die Hautoberfläche und bildet dort einen Wasser-Fett-Mantel. Ohne diesen Schutz würde der Körper austrocknen. Nach intensivem Waschen dauert es mindestens zwei Stunden, bis dieser Fettschutzmantel wieder erneuert ist. Mit warmem Wasser wird mehr Talg herausgelöst als mit kaltem Wasser. Zudem dauert die Ausbreitung des Talgs bei niedrigen Temperaturen, also etwa im Winter, länger als bei warmer, feuchter Umgebungstemperatur.

Die Haut wird zudem durch den Säureschutzmantel geschützt. Weil auf der Hautoberfläche freie Fettsäuren, Schweissanteile und Kohlendioxyd gelöst sind, ist dieser Säureschutzmantel leicht sauer, sein pH-Wert liegt im Normalfall bei 4,6–6,0. Seine Hauptaufgabe ist es, die Haut vor Bakterien, Viren und Pilzen zu schützen. Darüber hinaus bietet er eine gewisse Abwehr gegen körperfremde Chemikalien. Der Säureschutzmantel reagiert auf Umwelteinflüsse sehr empfindlich. Wenn die Umgebung zu feucht ist, zum Beispiel bei einem Vollbad, werden die feuchtigkeitsbindenden Stoffe fortgeschwemmt und die Haut trocknet schnell aus. Wenn die Luft hingegen zu trocken ist, etwa im Winter oder bei zu grosser Hitze, geht seine Feuchtigkeitsbindungsfähigkeit verloren. Die Hornschicht verliert ihre Elastizität und die Haut wird rau und rissig.

Hautreinigung. Die Funktion des Säureschutzmantels wird durch alle Substanzen beeinträchtigt, welche die natürlichen Feuchthaltefaktoren auf der Haut stören. Dazu gehören Seifen und Syndets. Weil es bei einer Psoriasis ohnehin an natürlichem Talg fehlt, ist die Säureschutzschicht gestört. Schon das allein hat zur Folge, dass die Haut empfindlich und anfällig für Krankheiten wird. Ungeeignete Reinigungs- und Pflegemittel können dieses Problem noch verstärken.

Der pH-Wert einer Seife liegt im leicht alkalischen Bereich von 8–11. Dadurch werden mit Seife immer auch eigene Fette und Schutzstoffe aus der Haut gelöst, der Säureschutzmantel wird zerstört. Schon eine gesunde Haut braucht etwa zwei Stunden, um ihren natürlichen Säuregehalt selbständig wieder herzustellen, nachdem sie mit Seife gewaschen wurde. Kranke Haut reagiert besonders empfindlich: Sie kann sich nicht mehr von der vorangegangenen Entfettung erholen, verliert ihr biologisches Gleichgewicht, wird trocken, spröde, rissig und schuppt.

Syndets (synthetische Detergenzien) sind künstlich hergestellte Reinigungsmittel. Diese flüssigen, waschaktiven Substanzen besitzen eine ähnlich gute Reinigungswirkung wie Seife, sind jedoch nicht so alkalisch und haben deshalb den Vorteil, dass sie den Säureschutzmantel weniger angreifen. Bei Patienten mit trockener Haut sind sie auch weniger schädlich als Seifen, weil sie oft einen grösseren Anteil an rückfettenden Substanzen enthalten. Bei der Anwendung von Syndets muss man aber beachten, dass diese oft weniger schäumen als Seifen. Deshalb besteht die Gefahr, dass man sie in zu grossen Mengen einsetzt, was sich wiederum schädlich auf den Säureschutzmantel auswirkt.

Duschen. Als wichtige Regel gilt, dass Körperreinigungsmittel möglichst sparsam eingesetzt werden sollten. Oft liegt gar keine starke Verschmutzung vor, sondern es geht lediglich darum, Schweißrückstände abzuwaschen. Dazu genügt Wasser. Es löst die wasserlöslichen Schmutzanteile, Staub und Schweiß gut von der Hautoberfläche ab. Als zweite Regel sollte nicht zu heiss geduscht werden. Je wärmer das Wasser ist, desto grösser ist auch der entfettende und damit austrocknende Effekt. Die Wassertemperatur beim Duschen sollte deshalb immer unter der Körpertemperatur liegen. Als dritte Regel sollte man sich nach der Reinigung mindestens so lange abduschen, wie man sich eingeseift hat. Seifen und Syndets können die Haut reizen und dazu führen, dass sie anfälliger wird für Entzündungen, wenn sie längere Zeit auf der Haut bleiben.

Baden. Bäder sind nicht nur ein bewährtes Mittel zum Entschuppen, sondern eignen sich auch für die Körperreinigung. Insbesondere Salz- und Ölbäder beruhigen nicht nur die Haut, sondern wirken für den ganzen Körper entspannend.

Salzbäder können entzündungsfördernde Stoffe aus der Haut herauswaschen. Bekannt ist die Wirkung des Salzes vom Toten Meer, eine Vermutung ist, dass die darin enthaltenen Magnesiumsalze besonders gut gegen Schuppenflechte wirken.

Auch Ölbäder können den Entzündungsprozess in der Haut dämpfen. Die trockene Haut wird gefettet und durchfeuchtet. Der Ölfilm auf der Haut sorgt zudem dafür, dass diese nicht ausgelaugt wird. Ölbädern kann man therapeutische Stoffe zusetzen, zum Beispiel entzündungshemmende Produkte wie Teer, Schwefel, Kamille oder Ringelblume. Nach einem Ölbad sollte man sich nicht abrubbeln, sondern den Körper lediglich leicht abtupfen, damit der Ölfilm erhalten bleibt.

Salben, Cremes, Lotionen. Nach dem Duschen oder Baden muss die Haut gefettet werden. Allein schon die richtige Anwendung von pflegenden Produkten kann den Hautzustand wesentlich verbessern.

Bei einer Wasser-in-Öl-Emulsion (Salbe) sind feinste Wassertropfen von Öl umgeben. Deshalb lässt sie sich nicht mit blossem Wasser von der Haut entfernen. Salben sind stark fetthaltig und eignen sich gut zur Pflege extrem trockener Haut. Wenn die Salbe zu fetthaltig ist, kann sie auch nur nachts aufgetragen und tagsüber eine Creme benützt werden.

Eine Öl-in-Wasser-Emulsion (Creme) kann hingegen gut mit Wasser von der Haut abgewaschen werden. Das ist sinnvoll, wenn die Haut nicht allzu trocken ist.



Eine Lotion ist eine Öl-in-Wasser-Emulsion, enthält allerdings noch weniger Fett als eine Creme. Weil hier der Fettfilm kaum stört, eignen sich Lotionen gut für die Behandlung tagsüber oder als Zusatz zu einem Therapeutikum in Salbenform.

Es ist sinnvoll, verschiedene Produkte auszuprobieren, um das Beste für sich zu finden. Wenn man sich für ein Produkt entschieden hat, sollte man es täglich – allenfalls sogar mehrmals – am ganzen Körper auftragen, um die Haut in einem guten Zustand zu halten. Ob Salbe, Creme oder Lotion: Wichtig ist die Art der Anwendung. Eine Salbe oder Creme sollte dünn aufgetragen und dann leicht einmassiert werden. Dickes Einschmieren nützt der Haut nichts und verschmutzt lediglich die Kleider. Erstaunlicherweise genügen solche Mittel oft allein, Psoriasisherde zu bessern oder gar abzuheilen, wenn sie oft genug angewendet werden.

ÄUSSERLICHE PSORIASISBEHANDLUNG (TOPISCHE THERAPIEN)

Weitaus am häufigsten wird eine Schuppenflechte mit Salben, Cremes oder Lotionen behandelt. Mit neuen Wirkstoffen lassen sich praktisch ohne Nebenwirkungen gute Resultate erzielen.

Salizylsäure. Das Ablösen der Schuppen ist unerlässlich vor Beginn aller äusserlichen Therapien und Lichtbehandlungen. Gut geeignet ist Salizylsäure, die in Vaseline, Carbowachs oder Öl gelöst ist. Je nach Dicke der Schuppen wird eine Konzentration von 5% bis 10% gewählt.

Besonders empfehlenswert ist eine Einwirkung der Salizylsäure über Nacht. Bei hartnäckigen Stellen kann die Wirkung mit einer Plastikfolie oder einer Badehaube verstärkt werden. Am nächsten Morgen wird nach Möglichkeit längere Zeit gebadet. Dabei können die Schuppen mit einem Waschlappen vorsichtig gelöst werden.

Salizylsäure dringt in geringen Mengen in den Blutkreislauf ein. Insbesondere bei Kleinkindern darf deshalb nie die gesamte Haut behandelt werden. Vorsicht ist auch bei Salizylat-Überempfindlichkeit geboten.

Urea (Harnstoff). Viele Salben, Cremes oder Lotionen enthalten Harnstoff (Urea). Harnstoff wird vom Körper zusammen mit Schweiß und Urin ausgeschieden. Reiner Harnstoff ist farb- und geruchlos.

Harnstoff hemmt die Entzündung und den Juckreiz und weicht die Hornschicht auf. Dadurch können andere Wirkstoffe besser in die Haut eindringen. Weil Harnstoff Wasser in der Haut bindet, ist er auch ein wichtiger natürlicher Feuchthaltefaktor.

In der psoriatischen Haut ist der Harnstoffgehalt deutlich erniedrigt. Der Zusatz von Harnstoff ist also äusserst sinnvoll. Einziger kleiner Nachteil ist, dass Harnstoff auf offenen Hautstellen brennen kann.

Polidocanol. Als weitere Ergänzung kann der Wirkstoff Polidocanol sinnvoll sein, der in verschiedenen Salben, Cremes und Lotionen enthalten ist. Polidocanol lindert den Juckreiz durch einen Kühleffekt und wirkt auch schmerzlindernd. Polidocanol ist sehr gut verträglich. Bei einer äusserlichen Anwendung sind auch keine Auswirkungen auf das Organsystem zu erwarten.

Teer. Steinkohlenteer bremst die krankhaft gesteigerte Zellteilung und Verhornung und vermindert die Entzündung und den Juckreiz. Als alleinige Behandlung reicht Teer meist nicht aus. Zur Ergänzung anderer Behandlungen ist Teer in Salben, Lotionen, Shampoos und Badezusätzen jedoch sehr gut geeignet.

Ein Nachteil ist der unangenehme Geruch und das Verfärben von Haut und Kleidung. Neueste Präparate riechen und färben weniger. Eine Krebsförderung durch Teerpräparate konnte bei Psoriatikern bis heute nicht nachgewiesen werden. Auch Allergien treten nur selten auf. Bei einer gleichzeitigen Lichtbehandlung ist hingegen Vorsicht geboten: Teer lässt die Haut lichtempfindlicher werden.

Dithranol. Dithranol ist eine Substanz, die erstmals 1916 nach dem natürlichen Chrysarobin chemisch hergestellt wurde. Seither wird das Mittel, das auch Anthralin oder in deutschsprachigen Ländern Cignolin genannt wird, bei Psoriasis mit grossem Erfolg angewendet.

Dithranol normalisiert die übersteigerte Hautzellenvermehrung und zeigt innert vier bis sechs Wochen eine zuverlässige Wirkung. Das Mittel kann immer wieder verwendet werden, Langzeitschäden sind nicht zu erwarten. Trotzdem wird Dithranol heute selten angewendet. Grund dafür sind die relativ komplizierte Behandlung, die Gefahr von Hautreizungen bei unsachgemässer Anwendung und vor allem das Verfärben der Wäsche. Dithranol ist ein Farbstoff, der die umgebende Haut rot und alle Kleider braun verfärbt.

Der zeitliche Aufwand und die Gefahr der Hautreizung bei Überdosierung haben zur Folge, dass Dithranol fast nur noch stationär angewendet wird. Dabei kann die Wirkung durch die Kombination mit einer Lichttherapie verstärkt werden. Dithranol als Minutentherapie ist auch im ambulanten Einsatz möglich.



Kortison. Kortison ist ein menschliches Hormon, das in der Nebennierenrinde gebildet wird. Kortikosteroide sind synthetische Wirkstoffe, die dem Kortison ähneln. Seit ihrer Entdeckung werden Steroide bei entzündlichen Krankheiten angewendet. In Salben, Cremes oder Lösungen können Kortikosteroide die Entzündung bei einer Psoriasis rasch unterdrücken.

1948 als Wundermittel eingeführt, ist Kortison immer mehr in Verruf geraten. Bei falscher Anwendung können Nebenwirkungen auftreten. Besonders bei einer Behandlung im Gesicht, aber auch an anderen Stellen, wird die Haut mit der Zeit dünner (Atrophie). Wenn Steroide falsch angewendet werden, ist nach dem Absetzen sogar ein verstärktes Auftreten der Schuppenflechte an den behandelten Stellen möglich (Rebound-Effekt). Bei andauerndem Gebrauch können an den Achseln, Hüften, Leisten sowie an den Innenseiten von Oberarmen und Oberschenkeln Dehnungsstreifen (Striae) entstehen.

Die Nebenwirkungen führten bei Patienten mit Hautkrankheiten zu einer erheblichen Verunsicherung. Viele Patienten wollten von Kortison nichts mehr wissen und wurden sogar gegenüber anderen äusserlichen Therapien skeptisch. Dabei wurde kaum zur Kenntnis genommen, dass heute Kortisonpräparate mit wesentlich weniger Nebenwirkungen auf dem Markt sind als noch vor wenigen Jahren. Denn in den 90er-Jahren kamen so genannte «sanfte» Steroide, sehr potente Kortisonpräparate mit wenig Nebenwirkungen, auf den Markt. Die Gefahr, dass der körpereigene Kortisolausstoss wegen der Anwendung einer Kortisonsalbe reduziert wird, ist damit sehr klein geworden.

Äusserlich angewandt ist Kortison nach wie vor sehr nützlich und bisweilen sogar unabdingbar – vorausgesetzt, dass die Gefahren und Risiken dem Patienten bekannt sind. Mit einer Plastikfolie oder Badehaube kann die Wirkung verstärkt werden. Schwache Kortisonpräparate sollten nie verwendet werden, sie nützen bei einer Psoriasis nichts. Um die Nebenwirkungen niedrig zu halten, sollten Steroide zeitlich begrenzt eingesetzt werden. Ganz besondere Vorsicht ist bei Kindern, im Gesicht, in Hautfalten und im Genitalbereich geboten.

Vitamin-D-Derivate. Präparate mit Vitamin-D-Derivaten stellen in der Psoriasis­therapie den wesentlichsten Fortschritt der letzten Jahre dar und sind besonders für die Langzeit­therapie geeignet.

Vitamin D₃, das eigentlich gar kein Vitamin, sondern ein Hormon ist, wird in einem komplizierten Regelkreis im Körper gebildet, sofern genügend Sonnenlicht vorhanden ist. Es wird auch mit der Nahrung aufgenommen. Dieses Hormon reguliert die Kalzium- und Phosphat­aufnahme aus dem Magen-Darm-Trakt und spielt eine Rolle bei der Steuerung der immunologischen und regenerativen Vorgänge in der Haut. Die gute Wirksamkeit von Vitamin D bei Psoriasis kannten Forscher seit Jahren. Doch zu viel Vitamin D stört den Kalziumstoffwechsel. Die Folgen einer so genannten Hyperkalzämie sind Erbrechen, Durchfall und Kopfschmerzen bis hin zu Gefäßverkalkungen und Kalkablagerungen in den Nieren.

Ende der 80er-Jahre gelang die Synthetisierung von Calcipotriol, ein Vitamin-D-Derivat, das 100 bis 200 Mal schwächer auf den Kalzium-Haushalt wirkt als Vitamin D. Trotzdem hat Calcipotriol auf der psoriatischen Haut genau den gewünschten Effekt: Es reduziert die hohe Teilungsaktivität der Hautzellen, die für die Schuppung verantwortlich ist, und fördert deren normale Reifung. Darüber hinaus reguliert es die immunologischen Vorgänge, welche die Krankheit in Gang halten. Ist bei der Behandlung mit Kortisonsalben bereits nach drei Wochen eine einsetzende Verdünnung der Haut nachweisbar, bleibt diese Hautatrophie bei der Vitamin-D-Salbe aus. In der Zwischenzeit wurden noch zwei weitere Vitamin-D-Derivate (Tacalcitol und Calcitriol) eingeführt.

Calcipotriol ist als Salbe, Creme und Lotion erhältlich und hat sich bei den Patienten in den letzten Jahren als wichtigste äusserliche Therapie durchgesetzt. Tatsächlich sprechen zahlreiche Studien für die gute Wirkung dieses Präparats. So zeigten mehrere Arbeiten, dass Calcipotriol erheblich besser wirkt als Dithranol oder Teer und in der Wirkung sogar vergleichbar ist mit einer mittelstarken Kortisonsalbe. Das Präparat kann an allen Körperstellen aufgetragen werden. So wirkt die Lotion auf der Kopfhaut gleich gut wie ein Steroid (Betamethason) und mit der Salbe kann auch eine Nagelpsoriasis behandelt werden. Die Creme ist auch gut geeignet für die Hautfalten oder das Gesicht, allerdings besteht die Gefahr der Hautreizung. Calcipotriol ist sehr gut geeignet für eine Langzeit­therapie, ohne dass langfristige Nebenwirkungen befürchtet werden müssen. Es ist deshalb auch für Kinder zugelassen.

Vitamin-D-Präparate lassen sich sehr gut mit anderen Therapien kombinieren. In Kombination mit einer Lichttherapie heilen die psoriatischen Herde mit durchschnittlich kürzeren Bestrahlungszeiten schneller ab als bei einer gewöhnlichen Lichttherapie. Zwar ist auch mit Vitamin-D-Präparaten ein regelmässiges Auftragen unerlässlich, dafür ermöglichen sie bei konsequenter Behandlung einen guten Erfolg.

Vitamin-A-Derivate. Das Vitamin-A-Derivat Tazaroten ist als Gel erhältlich, was das Auftragen für die Patienten sehr angenehm macht. Tazaroten bremst ebenfalls die zu rasche Bildung der Hornzellen, begünstigt deren Reifung und reduziert die Entzündung.

Ein Vorteil ist zudem, dass die Wirkung länger als bei Kortison anhält. Allerdings treten relativ häufig Nebenwirkung wie Jucken, Brennen oder Rötungen auf. Dabei neigt die nicht betroffene Haut stärker zu Irritationen. Das Gel sollte deshalb nur auf die betroffenen Stellen und möglichst dünn aufgetragen werden.

Kombination von Calcipotriol und Kortison. Im Jahr 2002 wurde ein neues Präparat vorgestellt, das die Vorzüge von Calcipotriol und einem Steroid vereinigt. Zahlreiche Studien zeigen, dass diese neue Kombination deutlich wirksamer ist als die alleinige Anwendung von Calcipotriol oder Betamethason.

Das neue Kombinationspräparat führt sehr rasch zu hervorragenden Resultaten, zudem treten erheblich weniger unerwünschte Wirkungen auf. Dabei reicht eine einmalige Anwendung pro Tag aus. Damit wird nicht nur der Aufwand für eine effiziente Psoriasistherapie wesentlich geringer, sondern es kann zudem Salbe und damit Geld gespart werden.

Dermatologen empfehlen deshalb heute eine neue Strategie für die äusserliche Therapie der Psoriasis. In einer ersten Phase von vier Wochen sollte das Kombinationspräparat mit Calcipotriol und Betamethason einmal pro Tag aufgetragen werden. Falls nötig erfolgt darauf eine Stabilisierungsphase, in der Calcipotriol an Wochentagen und das Kombinationspräparat am Wochenende angewendet wird. Danach sollte als Erhaltungstherapie nur noch Calcipotriol angewendet werden.

LICHTTHERAPIEN

Licht ist wohltuend für die Haut. Bei Psoriasis genügt bisweilen das Sonnenlicht allein nicht. Lichttherapien in verschiedenen Formen gehören heute zu den Standardtherapien bei Psoriasis. Dabei wird die Haut in steigender Dosierung über mehrere Wochen bestrahlt. Auf die Haut wirkt besonders das ultraviolette Licht (UV), das sich über Wellenlängen von 200 bis 400 Nanometer (nm) erstreckt.

Am harmlosesten ist UVA (315–400 nm). Zwar dringt es bis in die Lederhaut und damit am tiefsten in die Haut ein, doch es ist weniger energiereich als andere UV-Strahlen. UVA-Strahlen sind für die Bräunung der Haut, aber auch für die Hautalterung verantwortlich. Allerdings weiss man heute, dass die Tumorfrequenz auch durch UVA gesteigert wird.

UVB (280–315 nm) hingegen erreicht oberflächige Schichten der Haut, wo die Neubildung von Hornzellen stattfindet. Da bei der Psoriasis die Zellteilung zu rasch stattfindet, erfolgt hier mit deren Hemmung die entscheidende Wirkung. Zu viel UVB verursacht Sonnenbrand und kann letztlich Hautkrebs erzeugen.

UVC (200–280 nm) ist der für die Haut schädlichste Anteil des UV-Spektrums. Diese Strahlen werden von der Atmosphäre praktisch vollständig absorbiert, bevor sie auf die Erdoberfläche gelangen.

Bei allen Lichttherapien besteht die Gefahr einer vorzeitigen Hautalterung oder allenfalls sogar von Hautkrebs. Eine Heimbestrahlung sollte deshalb nur in Absprache mit einem Dermatologen in Betracht gezogen werden. Photochemotherapien, bei denen die Wirkung des Lichts durch Medikamente verstärkt wird, dürfen nur beim Arzt durchgeführt werden. Um die Augen zu schützen, muss bei allen Lichttherapien eine spezielle Schutzbrille aufgesetzt werden.

Schmalspektrum-UVB-Therapie. Seit einiger Zeit ist bekannt, dass die ideale Wellenlänge zur Behandlung der Psoriasis im Bereich von 300 bis 313 nm liegt. Ein wesentlicher Fortschritt in der Behandlung einer ausgeprägten mittelschweren bis schweren Psoriasis sind UV-Röhren, die gezielt Strahlen aussenden in diesem Bereich, der noch im UVB-Bereich, aber ganz nahe dem UVA liegt. Dank der hochselektiven Bestrahlung wird eine optimale antipsoriasisische Wirkung bei kurzen Bestrahlungszeiten erreicht. Die Gefahr einer Rötung oder anderer Nebenwirkungen ist minim.

Die Schmalspektrum-UVB-Therapie lässt sich sehr gut mit Calcipotriol kombinieren. Diese Kombination gilt heute als eine der wirksamsten und nebenwirkungsärmsten Therapiemöglichkeiten. Zahlreiche Studien zeigen, dass sich dank dieser Kombination der Erfolg beider Behandlungen wesentlich verbessern lässt und die anschließende Erscheinungsfreiheit zudem länger andauert als bei einer alleinigen Bestrahlungstherapie.

PUVA-Therapie. PUVA (Psoralen + UVA) ist ein Sammelbegriff für verschiedenste Behandlungsarten mit Psoralenen, lichtsensibilisierenden Stoffen, und UVA. Dabei wird die Wirkung durch das Einnehmen oder Auftragen dieser Medikamente verstärkt. Seit 1994 ist bekannt, dass bei einer längeren PUVA-Behandlung insbesondere Männer ein erhöhtes Risiko eingehen, im Genitalbereich Hautkrebs zu bekommen. Die PUVA-Therapie wird deshalb nur noch in Fällen einer schweren Psoriasis angewandt, wo eine Schmalspektrum-UVB-Therapie nicht ausreicht.

Weit verbreitet ist die systemische Photosensibilisierung, also die Einnahme von Psoralenen in Tabletten- oder Kapselform mit nachträglicher Bestrahlung. Dabei werden im Wesentlichen Trimethoxypsoralen (TMP), 5-Methoxypsoralen (5-MOP) und 8-Methoxypsoralen (8-MOP) eingesetzt. Nach der Einnahme der Tabletten muss die Sonne acht Stunden lang gemieden werden. Während dieser Zeit muss zudem eine Sonnenbrille getragen werden, weil der Verdacht besteht, dass Psoralene schon in Verbindung mit dem Tageslicht die Augen schädigen können.

Die Bade-PUVA-Therapie ist eine Variante, bei der Psoralene in niedriger Konzentration dem Badewasser zugesetzt werden. Nach einer Badezeit von etwa 20 Minuten wird mit UVA bestrahlt. Dabei ergeben sich gegenüber der systemischen PUVA wesentliche Vorteile. Die häufig auftretenden Magen-Darm-Nebenwirkungen bleiben aus und es kommt auch zu keiner Lichtempfindlichkeit der Augen.

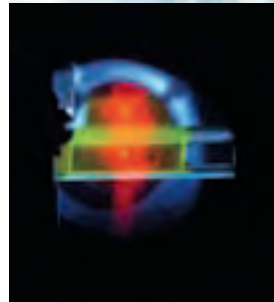
Die lokale PUVA-Therapie wird bei sehr lokalisierter Psoriasis angewendet. Dabei wird eine Lösung mit Psoralenen ausschliesslich auf die befallenen Hautareale (Vitiligo) aufgesprayt oder eingerieben. Eine Stunde später wird mit UVA-Licht bestrahlt. Eine lokale PUVA-Therapie ist besonders gut geeignet zur Behandlung einer Psoriasis an den Handinnenflächen und Fusssohlen.

Balneophototherapien. Ebenfalls sehr bewährt ist die Kombination von Salzbaden mit einer anschließenden Bestrahlung mit Schmalpektrum-UVB. Das Bad enthält bis zu 15 Prozent Salz vom Toten Meer. Studien haben gezeigt, dass der hohe Anteil an Magnesium und Bromid die gesteigerte Bildung von Hornzellen reduziert und die Entzündung vermindert. Die Haut wird zudem sensibilisiert, so dass sie optimal auf die unmittelbar nachfolgende Behandlung mit UV-Licht anspricht. Die Bestrahlung erfolgt mit Schmalpektrum-UVB.

Die Resultate dieser so genannten Sole-Photo-Therapie sind eindrücklich. Studien haben gezeigt, dass sich mit 30 Bade-Licht-Behandlungen die Ausdehnung und Schwere einer Schuppenflechte im Durchschnitt um über 80 Prozent reduziert, ein Ergebnis, das demjenigen einer Klimatherapie am Toten Meer weitgehend entspricht.

Laser. Laserstrahlen kommen in der Dermatologie seit mehreren Jahren zum Einsatz. Erst seit kurzer Zeit kann jedoch auch Psoriasis mit Laser behandelt werden. Den entscheidenden Durchbruch in der Laserbehandlung brachte die Entwicklung eines Xenon-Chlorid-Excimer-Lasers, der Strahlen im Bereich von 308 nm aussendet.

Eine Laserbehandlung bietet gegenüber einer herkömmlichen Lichttherapie wesentliche Vorteile. So sind relativ wenige Behandlungen nötig. Die umliegende Haut bleibt von der Strahlenbehandlung verschont und die Gefahr von Hautkrebs wird absolut minimal. Allerdings ist die Behandlung auch relativ aufwändig und deshalb für eine ausgedehnte Psoriasis nicht geeignet. Die Therapie muss zudem vom Patienten selber bezahlt werden.



INNERLICHE PSORIASISBEHANDLUNG (SYSTEMISCHE THERAPIEN)

Patienten mit einer schweren Psoriasis werden ihrer Krankheit mit Salben, Cremes und Bädern nicht mehr Meister. Wenn die betroffenen Hautareale zu ausgedehnt sind und insbesondere bei einer Gelenkbeteiligung hilft nur eine innerliche Behandlung. Systemische Therapien wirken im Allgemeinen gut, dürfen aber wegen möglicher schwerer Nebenwirkungen nur eingesetzt werden, wenn andere Behandlungen erfolglos blieben.

Methotrexat. Methotrexat (MTX) hemmt das Wachstum der Zellen und unterdrückt gleichzeitig das Immunsystem. Besonders in den USA wird dieses Medikament seit Jahrzehnten in der Psoriasistherapie eingesetzt. Methotrexat wird als Tablette eingenommen oder gespritzt und kann in geringen Mengen über Monate oder gar Jahre verschrieben werden. Eingesetzt wird das Medikament allerdings nur bei schwerster Schuppenflechte wie einer Psoriasis erythrodermica, einer Psoriasis pustulosa oder einer Gelenkbeteiligung.

Methotrexat wird in der Leber abgebaut und über die Nieren ausgeschieden. Deshalb ist diese Therapie bei Lebererkrankungen, Alkoholabhängigkeit, Übergewicht, Diabetes oder Nierenfunktionsstörungen nicht geeignet. Während der Behandlung sind regelmässige Kontrollen des Leberstoffwechsels, der Nierenfunktion und des Blutbildes nötig.

Retinoide. Retinoide sind Vitamin-A-Abkömmlinge, die in der Regel sehr gut wirken. Zur schnellen Abheilung werden Retinoide in Kombination mit einer UV-Bestrahlung eingesetzt, zum Beispiel als ReUVB oder RePUVA. Dabei ist dank dem Medikament eine kleinere Strahlendosis nötig. Sehr gut wirksam sind diese Behandlungen bei einer Psoriasis erythrodermica und einer Psoriasis pustulosa.

Mit schweren Nebenwirkungen sind insbesondere Frauen im gebärfähigen Alter konfrontiert. Gewisse Retinoide können beim werdenden Kind bis zwei Jahre nach der Behandlung Missbildungen zur Folge haben. Deshalb ist eine absolut sichere Verhütung notwendig. Das Medikament führt zudem zu trockenen Lippen, trockener Haut und trockenen Augen und ist deshalb für Kontaktlinsenträger nicht geeignet.

Ciclosporin. Ciclosporin wird in der Transplantationsmedizin zur Unterdrückung des Immunsystems eingesetzt und wirkt auch sehr gut bei Psoriasis, allerdings nur während der Zeit, in der das Medikament

eingenommen wird. Weil mit einer Schädigung der Nieren gerechnet werden muss, sollten die Nierenwerte im Blut regelmässig und genau kontrolliert werden. Andere mögliche Nebenwirkungen sind hoher Blutdruck, unerwünschter Haarwuchs, Zahnfleischwucherungen und Nervenstörungen. Der Einsatz von Ciclosporin kommt somit nur bei Patienten mit einer schweren Psoriasis in Frage, die mit einer zumindest deutlichen Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität im Alltag einhergeht, zum Beispiel bei einer schweren chronischen Psoriasis vom Plaque-Typ, bei starkem Befall der Kopfhaut, bei psoriatischer Arthritis oder bei invalidisierender Psoriasis an Händen und Fusssohlen.



Fumarate. Fumarsäure kommt im menschlichen Körper natürlicherweise vor. Nach mehrjährigen Experimenten und Selbstversuchen von Patienten konnte schliesslich die antipsoriatische Wirkung von Fumarsäureestern unzweifelhaft nachgewiesen werden. In Deutschland wurden Fumarate 1994 zugelassen. Besonders gute Effekte werden bei der chronischen Plaque-Psoriasis beobachtet, aber das Medikament wirkt auch bei Psoriasis pustulosa, Psoriasis-Arthritis, Befall der Hand- und Fussflächen und bei Nagelbefall.

Ein Nachteil dieser Therapie sind die häufig auftretenden Nebenwirkungen wie etwa Gesichtsrötung und Hitzegefühl, der so genannte Flush, dann aber auch Durchfall, Magen-Darm-Beschwerden wie Oberbauchkrämpfe, Völlegefühl oder Blähungen. Gravierender sind die Blutbildveränderungen, die oft mit einer Fumarsäuretherapie einhergehen. Regelmässige Laborkontrollen von Blutbild und Nierenfunktion sind deshalb während der ganzen Therapiedauer nötig.

Kortikosteroide. Systemische (innerlich angewandte) Kortisonpräparate haben wegen der langfristigen Nebenwirkungen und des Rebound-Effekts jedoch keinen Platz mehr in einer modernen Psoriasis-Therapie.

KOMBINATIONSTHERAPIEN

Durch die Kombination von zwei oder mehreren Behandlungen lassen sich die therapeutischen Wirkungen optimieren und die Nebenwirkungen minimieren. Ein zusätzlicher Vorteil ist, dass Kombinationen oft schneller wirken als eine Monotherapie. Bei einer schweren Schuppenflechte ist eine Rotationstherapie zur Vermeidung von kumulierten Nebenwirkungen unumgänglich. Aber auch bei einer leichteren Ausprägung haben sich in jüngster Zeit Kombinationstherapien weitgehend durchgesetzt.

Kombinationstherapien für die Behandlung von Schuppenflechte sind nicht neu. Seit 1925 bewährt ist das Göckerman-Schema, eine Behandlung mit Steinkohleteer und UV-Bestrahlungen. Ebenso bewährt ist die Ingram-Methode, eine kombinierte Teer-UVB-Dithranol-Therapie. Wegen des Geruchs von Teer und der Gefahr von Hautreizungen sowie des unweigerlichen Verfärbens der Wäsche durch Dithranol sind diese nebenwirkungsarmen Therapieschemata heute weitgehend der stationären Behandlung vorbehalten.

Heute gilt die Kombination einer Schmalband-UVB-Bestrahlung mit Vitamin-D-Derivaten als eine der wirksamsten und nebenwirkungsärmsten Therapieformen der mittelschweren Schuppenflechte. In Kombination mit Calcipotriol kann die Lichtdosis zusätzlich reduziert werden, und die Heilung verläuft noch schneller. Für eine kombinierte Anwendung geradezu prädestiniert ist Tazaroten. Weil dieses lokal angewendete Retinoid zu Hautirritationen führt, wenn es nicht genau auf die betroffene Hautpartie aufgetragen wird, kann bei einer Kombination mit Bestrahlungstherapien oder Steroiden dank dem rascheren Heilerfolg die Therapietreue verbessert werden.

Aber auch in der systemischen Behandlung der schweren Schuppenflechte wird heute wegen der möglichen schweren Nebenwirkungen selten allein auf ein Medikament abgestützt. So sind sowohl mit Methotrexat als auch mit Acitretin Schädigungen der Leber möglich. Eine Kombination von Methotrexat und Acitretin muss daher vermieden werden. Ciclosporin hingegen kann die Niere belasten, und Bestrahlungstherapien haben ein erhöhtes Risiko für Hautkrebs zur Folge. Wegen der immunsuppressiven Wirkung ist auch die Kombination von Ciclosporin und einer Bestrahlungstherapie ungünstig. Bewährt hat sich hingegen die Kombination von systemischen Retinoiden und UV-Therapien. Diese Kombination geht deshalb mit relativ wenigen Nebenwirkungen einher, weil jede Bestrahlungstherapie ein potenzielles Hautkrebsrisiko in sich birgt, Retinoide die Krebsentwicklung dagegen eher hemmen. Auch eine Kombination von Acitretin mit Vitamin-D-Derivaten oder mit Ciclosporin kann die Heilung beschleunigen und die oft schweren Nebenwirkungen vermindern.

KLIMATHERAPIEN

Totes Meer. Das Tote Meer liegt 400 Meter unter dem Meeresspiegel im Jordantal. Dieser tiefste Punkt der Erde ist reicher an Sauerstoff als jeder andere Ort, die UV-Strahlung hingegen ist geringer und vor allem weniger gefährlich. Der Salzgehalt des Toten Meeres ist zehnmal so hoch wie in jedem Ozean. Schon im Alten Testament ist von der heilenden Kraft des Toten Meeres die Rede. Seit Beginn der 70er-Jahre werden hier erneut Patienten mit Hautkrankheiten und Atmungsproblemen behandelt.

Die Erfolge einer Klimatherapie am Toten Meer sind erstaunlich. Gemäss verschiedenen Studien erzielen mindestens 85 Prozent der Patienten innert vier Wochen eine starke Verbesserung der Krankheit. Eine Heilbehandlung am Toten Meer ist kein Vergnügen. Sie sollte mindestens vier Wochen dauern und kann nicht mit Ausflügen verbunden werden. Sie bedeutet harte Arbeit, welche die Patienten täglich stark fordert. Dafür sind die Aussichten auf Erfolg fast gewiss: Die meisten Psoriatiker kehren nach vier Wochen Behandlung nicht nur ruhiger und gelöster, sondern auch ganz oder fast ganz abgeheilt nach Hause zurück. Ein erneuter Krankheitsschub innerhalb von Wochen ist allerdings auch nach dieser Therapie die Regel.

Hochgebirge. Höhenkurorte wie Davos oder Leysin sind seit dem 19. Jahrhundert für das milde Klima und die intensive Sonneneinstrahlung bekannt. Licht, Luft und Sonne in der Höhe galten in jener Zeit zusammen mit einer reichlichen Ernährung als einzige Therapieform, um die Tuberkulose zu bekämpfen. Heute werden die staubarme, trockene Luft und das besondere Strahlenklima zur Genesung anderer Krankheiten genutzt. Einen besonders günstigen Einfluss auf eine Schuppenflechte hat die praktisch schadstofffreie Luft mit ihrem verringerten Sauerstoffgehalt. Gut wirkt sich auch die lange Sonnenscheindauer in den Alpen aus. Dank der Höhenlage ist der Anteil der bei Psoriasis besonders wirksamen UV-Strahlen erhöht. Dieses Reizklima in der Hochgebirgslage zeigt bei sehr vielen Psoriatikern gute Behandlungserfolge.





ALTERNATIVTHERAPIEN

Homöopathie, Bioresonanz, Symbioselenkung, Akupunktur, Bachblütentherapie, Fussreflexzonenmassage, Hypnose, Kinesiologie oder Lymphdrainage: Irgendwann landet fast jeder Patient mit einer chronischen Krankheit wie der Psoriasis bei einem Heilpraktiker oder Naturheiler. Manchmal verzeichnet die so genannte Alternativmedizin denn auch fast sensationelle Erfolge – die allerdings allzu oft nur von kurzer Dauer sind. Zudem gibt es in Bezug auf die Wirksamkeit bisher nur wenig Studien zu Alternativtherapien.

Vorsicht ist geboten bei Heilpraktikern, die davon abraten, einen Schulmediziner aufzusuchen. Bisweilen kann ein ernsthafter gesundheitlicher Schaden nur durch die Früherkennung durch einen Fachmann vermieden werden. Unseriös sind auch dubiose klingvolle Titel und rasche Heilungsversprechen. Setzen Sie Ihr Vertrauen nicht in Fern- und Wunderheiler. Allzu oft wird das blinde Vertrauen von Heilsuchenden schamlos ausgenutzt. So wurde bereits in zahlreichen, angeblich natürlichen Salben nicht deklariertes Kortison nachgewiesen.

Eine sinnvolle Ergänzung zur Schulmedizin stellt die Phytotherapie dar. Diese Pflanzenheilkunde nutzt das Wissen um die Heilkräfte von Pflanzen und verbindet so letztlich die traditionelle Heilkunst von Naturvölkern wie zum Beispiel das indische Ayurveda oder die tibetische Medizin mit der westlichen Wissenschaft. So wurde zum Beispiel eine entzündungshemmende Wirkung von *Mahonia aquifolium* bei Psoriasis nachgewiesen. Die Pflanze wurde von der indianischen Urbevölkerung als Heilmittel gebraucht und findet heute als Salbe in der Psoriasis-Therapie Anwendung. Eine unterstützende Wirkung haben auch Präparate mit *Hamamelis*, *Cardiospermum*, *Nachtkerze*, *Kamille* oder *Ringelblume* (*Calendula*). Nicht vergessen werden darf allerdings, dass auch pflanzliche Präparate Nebenwirkungen haben und manchmal Allergien auslösen können.

BEHANDLUNG VON PROBLEMATISCHEN BEREICHEN

Kopfhaut. Die Kopfhaut gehört zu den am häufigsten befallenen Stellen der *Psoriasis vulgaris*. Typisch sind Schuppenflechteherde an Stirn- und Nackenhaargrenzen und an den Schläfenpartien. Wenn die Herde ausgedehnt sind, kann der behaarte Kopf mit dichten Krusten bedeckt sein. Psoriatiker sollten vorsichtig mit Kamm und Bürste umgehen. Diese können bei unsachgemässer Anwendung weitere Reizungen hervorrufen.

Die Kopfhautpsoriasis ist nicht nur ein grosses ästhetisches Problem. Ist der behaarte Kopf mit dicken Schuppen bedeckt, kann es zu Haarausfall kommen. Meistens wachsen die Haare wieder nach, aber in ganz schweren Fällen kann die Lücke dauerhaft sein. Es lohnt sich deshalb, eine Kopfhautpsoriasis frühzeitig zu behandeln.

Vor jeder Behandlung muss die Kopfhaut mit Salizylsäure entschuppt werden. Das geschieht am besten über Nacht. Mit einer Badekappe wird die Wirkung noch verstärkt. Am nächsten Morgen wird die Lösung mit einem Spezialshampoo ausgewaschen. Für die Behandlung bietet sich Calcipotriol als Scalp Solution oder als Creme an. Dazu wird das Haar gescheitelt und das Präparat entlang des Scheitels aufgetragen. Etwa einen Zentimeter weiter folgt der nächste Scheitel, wo wieder mit dem Finger sanft eingerieben wird. Bei hartnäckiger Kopfhautpsoriasis können kurzfristig auch Kortisonlösungen angewendet werden, die an der Kopfhaut praktisch keine Nebenwirkungen haben.

Nagelpsoriasis. Bei etwa der Hälfte aller Patienten mit Schuppenflechte sind auch die Finger- oder Zehennägel betroffen. Eine Nagelpsoriasis kann jedoch ganz selten auch isoliert ohne weiteren Befall des Körpers auftreten. Eine typische Veränderung am Finger ist der so genannte Tüpfelnagel. Kleine Dellen von zum Teil weniger als einem Millimeter Durchmesser bedecken die Nagelplatte. Sehr häufig ist auch der so genannte Ölfleck. Wenn kleine Psoriasisherde unter dem Nagel auftreten, die erst entzündlich sind, aber noch keine Schuppenbildung zeigen, zeigt sich das auf dem Nagel als lachsfarbener Fleck. Wenn sich ein unter dem Nagel liegender Herd vergrössert, kommt es zu einer langsamen Abhebung der Nagelplatte, der so genannten Onycholyse. Bei starker Verhornung und Mitbeteiligung der Nagelbildungsstelle zerbröselt der Nagel oder fällt gar ganz ab. Wer Nagelveränderungen feststellt, sollte deshalb nicht zuwarten.

An erster Stelle steht eine sichere Diagnose: Oft ist ein erkrankter Nagel auch noch von einem Pilz befallen. Bei der Behandlung ist wichtig, dass man nicht nur die Nagelplatte, sondern vor allem den Nagelfalz behandelt. Am besten wirkt eine Okklusivbehandlung über Nacht mit einem Fingerling.

Bei einer Nagelpsoriasis kommen Calcipotriol- oder Kortisonzubereitungen zur Anwendung. Im Bereich des Nagelfalzes werden Salben oder Cremes angewendet. Unter die Nägel werden Lösungen geträufelt.



Psoriasis in Hautfalten. Körperregionen, in denen Haut auf Haut zu liegen kommt, sind wegen der Scheuerwirkung, der Feuchtigkeit und der Wärme besonders anfällig für die Bildung von Psoriasisherden. Besonders bei Übergewichtigen und Patienten im mittleren Alter tritt die Psoriasis ab und zu in Hautfalten auf, also unter den Achseln, in Ellbogen, Kniekehlen, Leistenbeugen, in der Gesässfalte oder unter den Brüsten. Die Erscheinungsform in den Körperbeugen ist eher nässend als schuppend, die betroffenen Stellen können sogar wund werden.

Die Behandlung einer Hautfaltenpsoriasis ist schwierig. Haut auf Haut führt zu einem feuchten okklusiven Milieu, generell sind Pilzbesiedlungen auszuschliessen. Deshalb sollte an diesen Stellen nie eine Salbe, sondern nur eine Creme oder Lotion verwendet werden. Kortisonpräparate sind wegen der an sich schon dünnen Haut problematisch und dürfen nur ausnahmsweise und ganz kurze Zeit verwendet werden. Besser geeignet ist deshalb eine Creme mit Calcipotriol, wobei auf Hautreizungen geachtet werden sollte.

Psoriasis-Arthritis. Eine Gelenkpsoriasis tritt hauptsächlich im Erwachsenenalter auf, und zwar häufig bei einer Psoriasis vom Typ I, die relativ früh ausbricht. Besonders häufig betroffen sind die Mittel-, End- und Grundgelenke der Finger und Zehen. Dabei schwellen die Gelenke an, schmerzen und versteifen sich. Auch die Kniegelenke, der untere Teil der Wirbelsäule, Schulter und Hüfte können betroffen sein.

Wenn bereits eine Psoriasis diagnostiziert ist und zusätzlich Gelenkbeschwerden auftreten, sollte zur Abklärung eine genaue Untersuchung durchgeführt werden und allenfalls ein Rheumatologe oder ein Orthopäde konsultiert werden. In seltenen Fällen kann eine Psoriasis-Arthritis auch auftreten, ohne dass ein Befall der Haut vorliegt.

Die Therapie der Psoriasis-Arthritis ist schwierig. Zur grundlegenden Behandlung gehören nichtsteroidale Antiphlogistika, klassische Rheumamittel, die entzündungs- und schmerzlindernd wirken. Die Ursachen werden damit allerdings nicht behandelt.

Als Standardtherapie von schweren Fällen gelten Methotrexat und Ciclosporin. Diese Medikamente wirken auch gegen die Hautveränderungen. Allerdings sollten hier Nutzen und Risiko sorgfältig abgewogen werden. Eine bessere Wirkung zeigen neu entwickelte Medikamente, die in den nächsten Jahren zugelassen werden dürften.

WAS BRINGT DIE ZUKUNFT?

In den letzten Jahren wurden zahlreiche neue immunologische Wirkstoffe speziell zur Behandlung der Psoriasis entwickelt. In einigen Ländern bereits zugelassen ist der Eiweiss-Wirkstoff Alefacept, welcher T-Zellen blockiert, sowie Etanercept und Infliximab, die sich gegen den Tumornekrosefaktor alpha (TNF-alpha oder TNF) richten. TNF-alpha ist ein Zytokin, ein Botenstoff, der am Anfang einer Entzündung von den Abwehrzellen freigesetzt wird und dann die am Entzündungsgeschehen beteiligten Zellen entweder direkt oder indirekt aktiviert. Danach läuft eine Kettenreaktion ab, die immer wieder entzündliche Prozesse in Gang setzt, denn TNF-alpha regt die Makrophagen (Abwehrzellen) an, immer wieder neues TNF-alpha zu produzieren und so die Entzündung aufrecht zu erhalten.

Seit bekannt ist, dass die Zytokine dafür verantwortlich sind, dass der Entzündungsprozess in Gang kommt, immer weiter läuft und schliesslich in einen Prozess der Zerstörung übergeht, konnte nach neuen Medikamenten geforscht werden, die gezielt TNF-alpha, den für die Entzündung und die Gelenkzerstörung massgeblichen Botenstoff, ausschalten. Diese Medikamente bestehen aus natürlichen Eiweissen und werden deshalb auch «biologische Substanzen» genannt.

So hat sich zum Beispiel bei der Behandlung einer rheumatoiden Arthritis gezeigt, dass mit den neuen TNF-alpha-Blockern selbst in Fällen, bei denen bisher erhältliche Medikamente nicht ausreichend wirksam waren, eine deutliche Besserung erzielt werden kann. Etanercept ist in mehreren Ländern für die Behandlung der chronischen Polyarthritits zugelassen, und Infliximab hat sich bereits bewährt bei der Behandlung einer rheumatoiden Arthritis sowie von Morbus Crohn, einer chronischen Entzündung im Magen-Darm-Bereich. Besonders für Patienten mit einer sehr ausgeprägten Psoriasis, die mit einer Gelenkbeteiligung verbunden ist, könnte die Entwicklung von Medikamenten, die gezielt in den Entzündungsprozess eingreifen und diesen stoppen, eine grosse Erleichterung bedeuten.

Gleichzeitig wird intensiv geforscht, damit Immunsuppressiva auch lokal angewendet werden können. Zwei dieser äusserlich anwendbaren Medikamente, die eine lokale Wirkung auf verschiedene Zelltypen des Immunsystems haben, wurden bereits für die Behandlung der Neurodermitis registriert. Ähnliche Präparate dürften in naher Zukunft auch die Behandlung der Psoriasis erleichtern.



TIPPS FÜR DEN ALLTAG

ALLGEMEINE VORSICHTSMASSNAHMEN

Physikalische Reize wie Druck, Verletzungen oder eine ständige mechanische Belastung können eine Psoriasis verschlimmern oder gar auslösen. Das Auftreten von Herden nach Kratzern oder Wunden bezeichnet man als Köbner-Phänomen. Um eine Verschlimmerung der Krankheit zu vermeiden, sollte man deshalb auf keinen Fall Schuppen abkratzen. Am behaarten Kopf dürfen die Schuppen vorsichtig herausgekämmt, jedoch nicht herausgekratzt werden.

Ebenso wichtig ist es, den Nägeln Sorge zu tragen. Die Nägel werden am besten kurz gehalten, um mechanischen Schädigungen vorzubeugen. Auch das Nagelhäutchen sollte nicht gewaltsam zurückgeschoben werden. Brüchige Nägel werden mit Vorteil nach einem warmen Teerölbäd geschnitten.

ERNÄHRUNG

Heute ist bekannt, dass regelmässiger Genuss von Alkohol eine Psoriasis verschlimmern kann. Auch Rauchen verschlechtert den Verlauf einer Schuppenflechte. An einem Zusammenhang zwischen der Ernährung und dem Krankheitsverlauf einer Psoriasis bestehen ebenfalls kaum Zweifel. Trotzdem fehlen breit angelegte wissenschaftliche Studien, die den positiven oder negativen Effekt gewisser Speisen oder Getränke belegen oder widerlegen. Eine eigentliche Psoriasisdiät ist deshalb nicht bekannt.

Eines ist sicher: Übergewicht sollte unbedingt vermieden werden, dies insbesondere bei einer Psoriasis inversa, bei der die Hautfalten befallen sind. Eine Gewichtsabnahme kann sich positiv auswirken. Einfach durchzuführen ist das Säftefasten. Die Nulldiät, bei der über eine gewisse Zeit ausschliesslich kalorienfreie Getränke erlaubt sind, sollte nur unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.



KLEIDUNG

Alle Kleider, die zu Druck oder Reibung auf der Haut oder zu Infektionen führen können, sind für Personen mit Psoriasis ungeeignet. Auch die Reibung von Haut auf Haut sollte vermieden werden. Empfehlenswert sind weite, bequeme Kleider aus Baumwolle, Leinen oder Seide. Männer können statt Unterhosen Boxershorts tragen. Im Sommer sind offene Sandalen das Beste für die Füße.

Enge Jeans oder Kragen an Hemden, die unnötig scheuern, sollten Psoriatiker möglichst selten anziehen. Turnschuhe, in denen die Füße stark schwitzen, sollten nur beim Sport getragen werden. Und selbstverständlich sind, wenn die Kopfhaut mitbetroffen ist und stark schuppt, dunkle Hemden oder Blusen eher ungünstig.

BERUFSWAHL

Wenn eine Psoriasis schon im Kindesalter auftritt, sollte die Krankheit selbstverständlich auch bei der Berufswahl berücksichtigt werden. Die meisten Berufe können allerdings praktisch ohne Einschränkungen in Betracht gezogen werden. Ungünstig ist eine starke mechanische Beanspruchung der Haut, wie es etwa bei Bauarbeitern der Fall ist, dies natürlich vor allem, wenn die Hände oder Nägel bereits befallen sind. Auch der Kontakt mit Lösungsmitteln, Säuren oder Laugen sollte vermieden werden. Ein Beruf mit ständigem Schwitzen ist ebenfalls ungünstig für einen Psoriatiker. Auf eine Psoriasis mit Gelenkbeteiligung kann sich sogar nur schon eine schwere körperliche Arbeit negativ auswirken.

SONNE

Die Psoriasis erfährt unter der Sonnenbestrahlung meistens eine deutliche Verbesserung. Patienten mit Schuppenflechte sollten den Sommer ausnützen und sich in der Badeanstalt auch von skeptischen Blicken nicht stören lassen. Bedenken Sie allerdings, dass zunehmend die Gefahr von Hautkrebs besteht. Psoriatiker sollten sich nicht bis zu einer Hautrötung sonnen. Ein Sonnenbrand muss unter allen Umständen vermieden werden. Gerade in einer akuten Phase kann schon ein leichter Sonnenbrand in eine grossflächige Schuppenflechte umschlagen. Dieses Phänomen wird als «Licht-Köbner» bezeichnet. Absolut verboten sind Sonnenbäder während einer photochemotherapeutischen Behandlung, also nach Einnahme eines Psoralenpräparates. Jede Missachtung dieses Verbotes kann

zu schweren Augenschäden und Verbrennungen führen. Auch gewisse pharmazeutische Präparate können zu einer gesteigerten Sonnenempfindlichkeit führen.

URLAUB

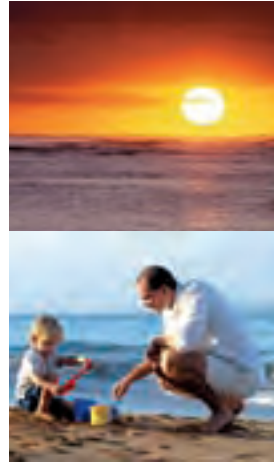
Ansprechende bis sehr gute Erfolge in der Behandlung der Schuppenflechte werden auch an der Nordsee, am Mittelmeer oder in den Tropen erzielt. Dabei sind Aufenthalte von mindestens zwei, wenn möglich aber vier oder gar sechs Wochen nötig. Besonders gut wirken an diesen Orten die intensive Sonneneinstrahlung und der hohe Anteil reflektierter Strahlung aus der Umgebung zusammen mit dem Salzwasser. Auch im Hochgebirge lässt sich das Reizklima mit seiner intensiven Sonneneinstrahlung zum Abheilen einer Psoriasis nutzen. Gut geplant, kann sich ein Urlaub äusserst positiv auf eine Schuppenflechte auswirken. Für ältere, herzkrankte oder hitzeempfindliche Psoriatiker sind Ferien an solchen Orten allerdings nur teilweise geeignet.

ALLTAG

Gerade bei Leuten, die sich abzukapseln beginnen, ist die Gefahr gross, dass ein Teufelskreis in Gang kommt, der bei jeder chronischen Krankheit einsetzen kann. Wer beobachtet, wie die Haut schlechter wird, sucht allzu oft Trost im Alkohol oder bei Süssigkeiten. Wenn dann die Haut deswegen erneut schlechter wird, wird die Therapie erst recht vernachlässigt. Damit beginnt ein Teufelskreis, aus dem nur schwer auszubrechen ist. Laden Sie dann erst recht Freunde ein. Verwöhnen Sie sich mit einem gemütlichen Bad und einem guten Buch oder planen Sie ein verlängertes Wochenende an einem See oder in den Bergen.

Bei schweren Psoriatikern hilft in gewissen Situationen möglicherweise nur noch ein stationärer Aufenthalt in einer Klinik oder eine Klimatherapie. Eine solche Pause kann einem die nötige Energie verleihen, um die Haut wieder regelmässig zu pflegen und besser auf die Ernährung zu achten.

Stress kann eine Schuppenflechte auslösen und wirkt sich ganz bestimmt negativ auf eine Psoriasis aus. Auch wenn man als Betroffener nicht immer völlig konsequent sein mag: Ein möglichst gesunder und stressfreier Lebenswandel wirkt sich nicht nur positiv auf die Krankheit aus, sondern erhöht die Lebensqualität ganz allgemein.





PSORIASIS BEI KINDERN

Die Schuppenflechte kann in jedem Lebensalter erstmals auftreten, ist im Kindesalter aber relativ selten. Trotzdem ist die Psoriasis nach der Neurodermitis die zweithäufigste chronische Hauterkrankung. Auslöser ist häufig eine Mandelentzündung. Wenn eine erbliche Belastung besteht, muss eine Angina deshalb besonders sorgfältig behandelt werden. Vorsicht ist auch geboten bei Grippeerkrankungen, Operationen, Verbrühungen, Sonnenbränden, Sportunfällen sowie gewissen Medikamenten und Impfungen. Selbstverständlich sollte körperlicher und seelischer Stress vermieden werden.

Die Behandlung besteht wie bei Erwachsenen in einer vorgängigen Entschuppung, einer akuten Behandlung und der anschliessenden intensiven Hautpflege. Kortisonhaltige Präparate sollten vermieden werden. Lichtbehandlungen beim Arzt sollten nur ausnahmsweise in Betracht gezogen werden und systemische Therapien kommen nur in allerschwersten Fällen in Frage.

Empfehlenswert sind regelmässige Salz-, Teer- oder Ölbäder. Zur Behandlung gerade bei Kindern sehr gut geeignet ist Calcipotriol. Kinder mit Psoriasis müssen lernen, ihre Haut täglich zu pflegen. Je nach Trockenheit der Haut sollten sie sich ein bis zwei Mal täglich eincremen.

Selbstverständlich sollte bei Kindern ganz speziell auf eine sinnvolle Ernährung geachtet werden. Als Kleidung sind weit geschnittene Naturtextilien gut geeignet. Viel Sonne und allenfalls sogar Urlaub am Meer sind empfehlenswert. Sonnenbrände während der Kindheit oder Jugend sind allerdings für die Melanombildung sehr gefährlich und müssen vermieden werden. Auch das extrem lichtdurchlässige Kinderauge ist stark gefährdet und riskiert bei ungenügendem Schutz bleibende Lichtschäden. Kinder sollten sich deshalb mit einer guten Sonnenbrille schützen.

Wenn bei einem Kind eine Psoriasis diagnostiziert wird, sind Eltern, Geschwister und natürlich vor allem das erkrankte Kind besonders gefordert. Sie alle sollten versuchen, möglichst gelassen mit der Krankheit umzugehen. Ausflüchte und Schuldgefühle sind fehl am Platz.

Eltern sollten Fragen des Kindes einfach und wahrheitsgetreu beantworten. Kinder haben es leichter, wenn sie ihren Kameraden erklären können, was sie haben. Wichtig ist auch, die Lehrer über die Krankheit zu informieren.

KRANKENKASSEN, VERSICHERUNGEN

OBLIGATORISCHE GRUNDVERSICHERUNG

Seit 1996 ist die Grundversicherung für die Krankenpflege für alle in der Schweiz wohnhaften Personen obligatorisch. Die Leistungen werden vom Bundesamt für Sozialversicherung festgelegt, sie sind deshalb bei allen Kassen identisch. Die Krankenkassen müssen die Kosten ärztlicher Untersuchungen und Behandlungen übernehmen, sofern sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Auch alle Arzneimittel, die auf der Spezialitätenliste des Bundesamtes für Sozialversicherung figurieren, müssen bezahlt werden. Volljährige Versicherte bezahlen an die medizinischen Behandlungen pro Kalenderjahr eine feste Franchise und zudem einen Selbstbehalt. Wer in bescheidenen Verhältnissen lebt, sollte sich im Wohnkanton erkundigen, ob er Anspruch auf eine Prämienreduktion hat.

Seit 1999 werden sogar komplementärmedizinische Leistungen wie Homöopathie, anthroposophische und chinesische Medizin, Neuraltherapie und Phytotherapie bezahlt, wenn sie von Ärzten erbracht werden. Bei ärztlich angeordneten Badekuren müssen die Krankenkassen während höchstens 21 Tagen einen minimalen Beitrag leisten. Die Klimatherapie am Toten Meer gehört hingegen nicht zu den Pflichtleistungen der Grundversicherung.

Bei einer stationären Behandlung bezahlen die Krankenkassen den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals, falls dieses zu Lasten der Grundversicherung zugelassen ist, die versicherte Person spitalbedürftig ist und die Behandlung die Kriterien der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt. Dazu muss ein Spital auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt sein. Im Zweifelsfall empfiehlt es sich, vor dem Spitaleintritt bei der Krankenkasse eine Kostengutsprache einzuholen.

Versicherungsvorbehalte sind bei der Grundversicherung verboten. Jede Kasse muss alle Versicherten ohne Ausnahmeregelung akzeptieren. Auch langjährige Patienten mit Psoriasis können ihren Versicherer frei wählen.

ZUSATZVERSICHERUNGEN

Zusatzversicherungen unterstehen im Gegensatz zur Grundversicherung dem Privatversicherungsrecht. Damit kann eine Versicherung abgelehnt werden oder die Versicherung kann für ein Leiden einen Vorbehalt anbringen, und dies lebenslänglich. Zudem können die Prämien risikogerecht gestaltet werden, das heisst abhängig vom Alter, vom Geschlecht, vom Gesundheitszustand oder vom Gesundheitsverhalten. Patienten mit Psoriasis können deshalb bei Zusatzversicherungen von der Leistungspflicht ausgeschlossen werden.

INVALIDENVERSICHERUNG

Die Invalidenversicherung (IV) schützt die Versicherten vor den wirtschaftlichen Folgen eines körperlichen, psychischen oder geistigen Gesundheitsschadens, der durch Krankheit, einen Unfall oder als Folge eines Geburtsgebrechens entstanden ist. Eine weitere Voraussetzung ist eine voraussichtlich bleibende oder länger andauernde mindestens teilweise Erwerbsunfähigkeit oder die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich betätigen zu können. Dabei gilt der Grundsatz «Eingliederung vor Rente».

ADRESSEN

Bei chronischen Krankheiten kann es vorkommen, dass Krankenkassen Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer ambulanten oder stationären Therapie in Frage stellen oder dass die Invalidenversicherung das Vorliegen einer bleibenden oder länger andauernden Erwerbsunfähigkeit verneint. Bei Fragen dieser Art können die nebenstehenden Stellen beratend weiterhelfen.

Ombudsstelle Krankenversicherung

Morgartenstrasse 9
6003 Luzern

Telefon:
041 226 10 10 (deutsch)
041 226 10 11 (französisch)
041 226 10 12 (italienisch)

Stiftung Schweizerische Patienten- organisation (SPO)

Zähringerstrasse 32
8025 Zürich

Telefon:
01 252 54 22
(für Mitglieder)
0900 56 70 47
(für Nichtmitglieder)

Schweiz. Arbeitsgemein- schaft zur Eingliederung Behinderter (SAEB)

Bürglistrasse 11
8002 Zürich

Telefon:
01 201 58 27

RATGEBER

Ulrich Mrowietz, Gerhard Schmid-Ott:

Schuppenflechte – Was Sie schon immer über Psoriasis wissen wollten

Karger, 2002, ISBN 3-8055-7288-3

Matthias Augustin, Erwin Schöpf:

Psoriasis – Ursachen und Therapie der Schuppenflechte

Verlag C.H. Beck, 1999, ISBN 3-406-44725-2

Hans Meffert:

Schuppenflechte

Verlag Sport und Gesundheit, 1999, ISBN 3-333-00694-4

Ullstein-Taschenbuch, 1994, ISBN 3-548-27813-2

Dietlinde Burkhardt:

Rat und Hilfe bei Schuppenflechte

Südwest Verlag München, 1998, ISBN 3-517-07521-3

Johannes Müller:

Mit Psoriasis leben – Umgang und Milderung

Verlag Piper, 1995, ISBN 3-492-12203-5

Eberhard Wormer:

So lindern Sie wirksam Schuppenflechte – Alles über Ursachen und Therapie

Midena Verlag, 1997, ISBN 3-310-00431-7

Siegfried Borelli, Reinhard Engst:

Schuppenflechte: Ursachen und Auslöser; Symptome und Diagnose; Therapie und Lebensführung

Falken Verlag, 1995, ISBN 3-8068-1467-8

Frantisek Novotny, Jaroslav Hajek:

Wie soll man mit der Psoriasis leben?

Verlag Wilhelm Ennsthaler, Steyr 1994, ISBN 3-85068-411-3

Günther Schäfer, Andrea Weylo:

Die Ernährung bei Psoriasis. Ratschläge und Kochrezepte

Karl F. Haug Verlag, 1995, ISBN 3-7760-1115-7

PATIENTENORGANISATIONEN

Selbsthilfegruppen von Patienten können gerade bei Krankheiten wie Psoriasis weiterhelfen. Die unten aufgeführten Organisationen führen regionale Gruppen und organisieren diverse Informationsveranstaltungen. Zeitschriften informieren über neue Ansätze in der Therapie, alternative Behandlungsmöglichkeiten und Versicherungsleistungen bei Heilbehandlungen.

Schweizerische Psoriasis und Vitiligo Gesellschaft (SPVG) SCHWEIZ
Gryphenhübelweg 38, Postfach 345, 3000 Bern 6
E-Mail: spvg@bluewin.ch

Deutscher Psoriasis Bund e.V. DEUTSCHLAND
Seewartenstrasse 10, D-204591 Hamburg
Tel. 0049 40 22 33 99 0, Fax 0049 40 22 33 99 22
www.psoriasis-bund.de
E-Mail: info@psoriasis-bund.de
Das Psoriasis-Netz: www.psoriasis.netz.de

Psoriatiker-Verein Austria ÖSTERREICH
Jägerstrasse 3/2, A-1200 Wien
Tel. 0043 222 332 40 03
<http://members.chello.at/renate.reichl/>
E-Mail: psoriasis@chello.at

Association pour la lutte contre le psoriasis (A.P.L.C.P.) FRANKREICH
1, allée du Stade, F-95610 Eragny
Tel. 0033 1 34 64 17 68, Fax 0033 1 30 37 45 81
www.aplcp.org
E-Mail: www.monpso.net (site d'information et d'échange entre patients et médecins)

Associazione per la Difesa degli Psoriasici (A.DI.PSO) ITALIEN
Via Tacito, 90, I-00193 Roma
Tel. 0039 06 3211545, Fax 0039 06 3240281
www.adipso.org
E-Mail: info@adipso.org

Associazione Nazionale per la tutela del malato di Psoriasi e Vitiligine (A.S.N.P.V.)
Via Borgognone 43, I-20144 Milano
Tel./Fax: 0039 02 832 1834
www.asnpv.it
E-Mail: info@asnpv.it

INDEX

- Alefacept 31
- Alkohol 9, 24, 33, 35
- Alternativtherapien 27, 28, 41
- Anthralin 17
- Atrophie 18, 19

- Bade-PUVA-Therapie 22
- Balneophototherapien 23
- Bronchitis 9

- Calcipotriol 19, 20, 22, 26, 29, 30, 37
- Calendula 28
- Cardiospermum 28
- Ciclosporin 24, 25, 26, 30
- Cignolin 17

- Dithranol 17, 19, 26

- Ernährung 11, 27, 33, 35, 37, 40
- Etanercept 31
- Excimer Laser 23

- Fumarate 25
- Fumarsäure 25

- Grippe 9, 37

- Hamamelis 28
- Harnstoff 16, 17
- Hautfaltenpsoriasis 30
- Hautkrebs 21, 22, 23, 26, 34
- Hautpflege 13, 37
- Hautreinigung 14
- Homöopathie 28, 38

- Infliximab 31

- Kamille 15, 28
- Klimatherapie 23, 27, 35, 38
- Köbner-Phänomen 9, 33, 34
- Kopfhautpsoriasis 28, 29
- Kortikosteroide 18, 25
- Kortison 18, 19, 20, 25, 28, 29, 30, 37

- Laser 23
- Lichttherapien 13, 21
- lokale PUVA-Therapie 22

- Mahonia aquifolium 28
- Mandelentzündung 9, 37
- Methotrexat 24, 26, 30

- Nachtkerze 28
- Nagelpsoriasis 5, 19, 29
- nichtsteroidale Antiphlogistika 10, 30

- Ölbäder 15, 37
- Ölfleck 29

- Photochemotherapie 21, 34
- Polidocanol 17
- Psoriasis bei Kindern 37
- Psoriasis erythrodermica 7, 24
- Psoriasis follicularis 6
- Psoriasis generalisata 6
- Psoriasis geographica 6
- Psoriasis guttata 6
- Psoriasis inversa 6, 33
- Psoriasis nummularis 6
- Psoriasis punctata 6
- Psoriasis pustulosa 7, 24, 25
- Psoriasis pustulosa palmoplantaris 7, 9
- Psoriasis vulgaris 6, 28
- Psoriasis-Arthritis 5, 7, 25, 30
- Psoriasis-Spondylitis 7
- PUVA 22, 24

- Rauchen 9, 33
- Rebound-Effekt 18, 25
- Retinoide 24, 26
- Ringelblume 15, 28

- Salizylsäure 16, 29
- Salz 9, 15, 23, 27, 35, 37
- Säureschutzmantel 14
- Schmalspektrum-UVB-Therapie 21, 22
- Schwangerschaft 9
- Schwefel 15
- Seife 14, 15
- Sole-Photo-Therapie 23
- Sonnenbrand 9, 21, 34, 37
- Steroide 18, 25, 26
- Streptokokken 9, 10
- Stress 10, 35, 37
- Striae 18
- Syndet 14

- Teer 15, 17, 19, 26, 33, 37
- TNF-alpha 31

- Übergewicht 9, 24, 30, 33
- Urea 16
- UV-Strahlen 21, 26, 27

- Vitamin-A-Derivate 20, 24
- Vitamin-D-Derivate 19, 20, 26

- Wasser-Fett-Mantel 13

Obwohl die vorliegende Broschüre mit grösstmöglicher Sorgfalt erstellt wurde, übernimmt die LEO Pharma, Regensburg, keine Garantie für die Vollständigkeit des Inhaltes.

Alle Rechte, insbesondere das Recht auf Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung in fremde Sprachen, sind vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Fotokopien, Film oder auf elektronischem Weg) ohne schriftliche Genehmigung von LEO Pharma, Regensburg, reproduziert werden.

© 2003

LEO Pharma
Regensburg



LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.

Eichwatt 5 - 8105 Regensdorf-Watt
Tel. 043 343 75 75 - Fax 043 343 75 70
E-Mail leo-pharma.ch@leo-pharma.com