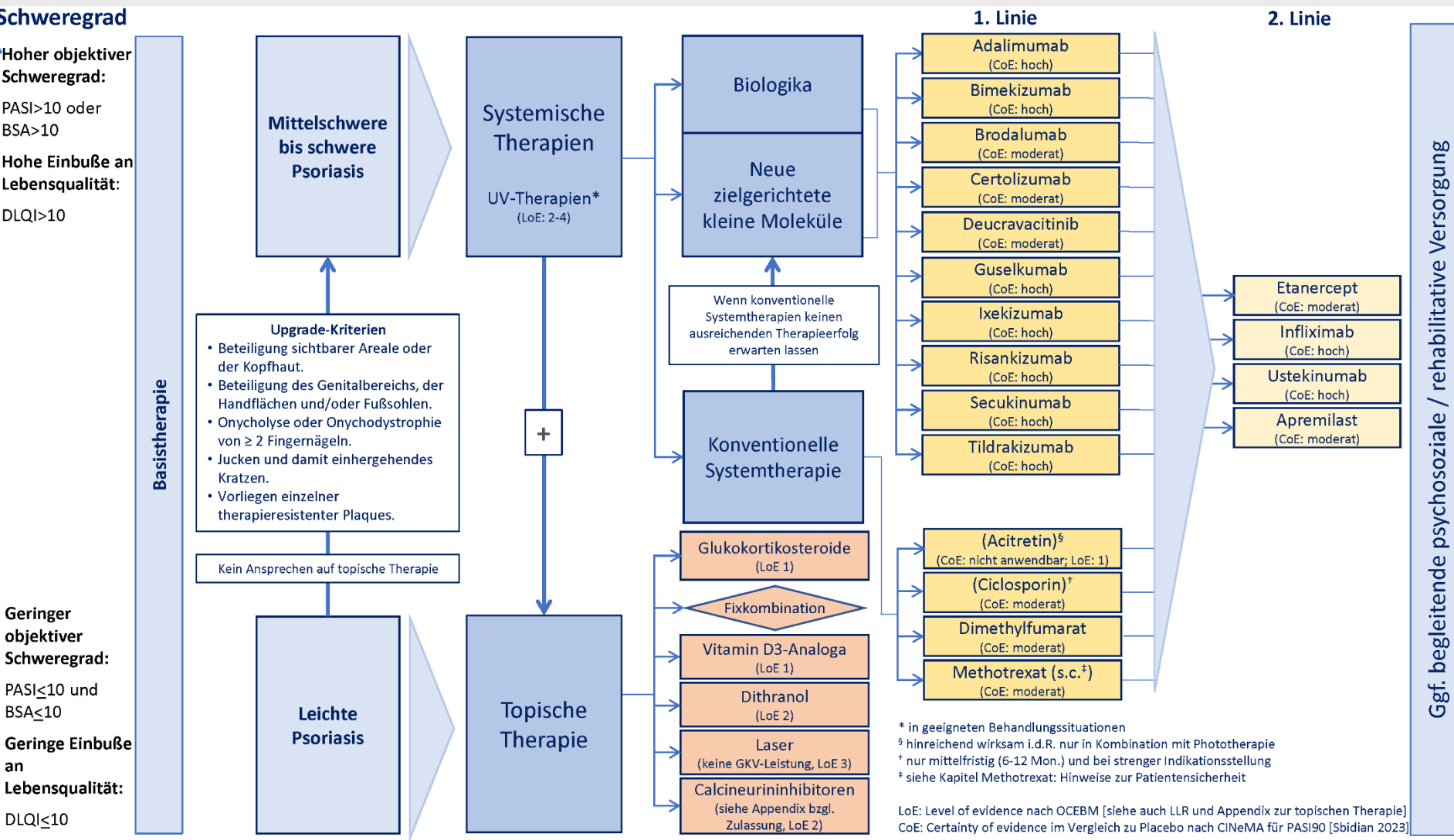




Leitlinienimplementierungshilfe




S3-Leitlinie Therapie der Psoriasis vulgaris 2025

AWMF-Registernr. 013-001 <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/013-001.html>

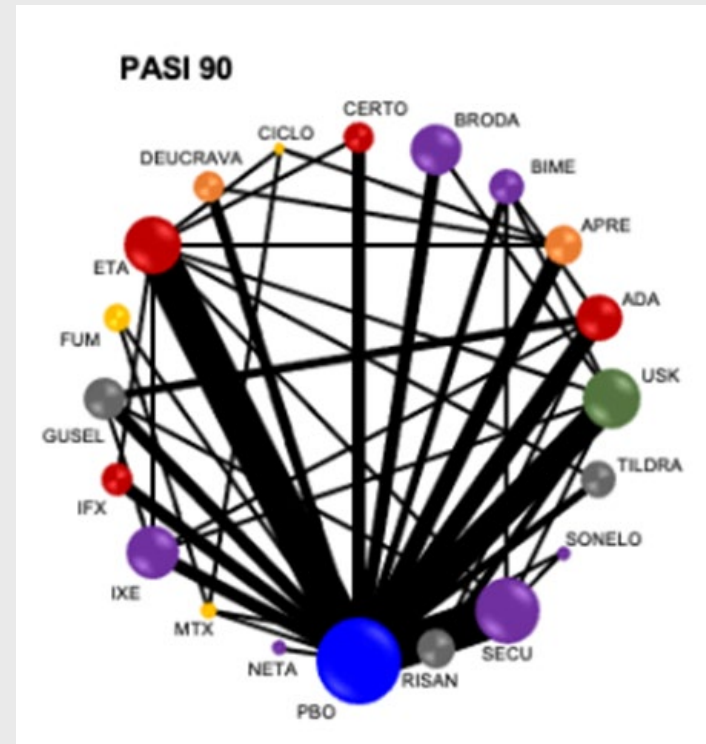


Bedeutung der Empfehlungen

Stärke	Formulierung	Symbole	Implikationen
Starke Empfehlung für eine Vorgehensweise	„wird empfohlen“ / „wir empfehlen“	↑↑	Wir sind der Auffassung, dass alle oder fast alle informierten Menschen eine Entscheidung zugunsten dieser Intervention treffen würden. Kliniker*innen müssen sich weniger Zeit für den Prozess der Entscheidungsfindung mit den Patient*innen nehmen und können diese Zeit stattdessen für die Überwindung von Barrieren bei der Implementierung und der Therapieadhärenz einsetzen. In den meisten klinischen Situationen kann die Empfehlung als allgemeine Vorgehensweise übernommen werden.
Schwache Empfehlung für eine Vorgehensweise	„kann empfohlen werden“	↑	Wir sind der Auffassung, dass die meisten informierten Menschen, ein substanzieller Anteil jedoch nicht, eine Entscheidung zugunsten dieser Intervention treffen würden. Kliniker*innen und andere Anbieter*innen von Gesundheitsleistungen müssen sich mehr Zeit für den Prozess der Entscheidungsfindung mit den Patient*innen nehmen. Entscheidungsprozesse im Gesundheitssystem erfordern eine tiefgehende Diskussion und die Einbeziehung vieler Interessengruppen.
Empfehlung offen / keine Empfehlung	„kann erwogen werden“	0	Zur Zeit kann eine Empfehlung für oder gegen diese Intervention aufgrund bestimmter Gegebenheiten nicht getroffen werden (z.B. unklares oder ausgeglichenes Nutzen-/Risiko-Verhältnis, keine verfügbare Evidenz, etc.)
Schwache Empfehlung gegen eine Vorgehensweise	„kann nicht empfohlen werden“	↓	Wir sind der Auffassung, dass die meisten informierten Menschen, ein substanzieller Anteil jedoch nicht, eine Entscheidung gegen diese Intervention treffen würden.
Starke Empfehlung gegen eine Vorgehensweise	„wird nicht empfohlen“	↓↓	Wir sind der Auffassung, dass alle oder fast alle informierten Menschen eine Entscheidung gegen diese Intervention treffen würden. In den meisten klinischen Situationen kann die Empfehlung als allgemeine Vorgehensweise übernommen werden.

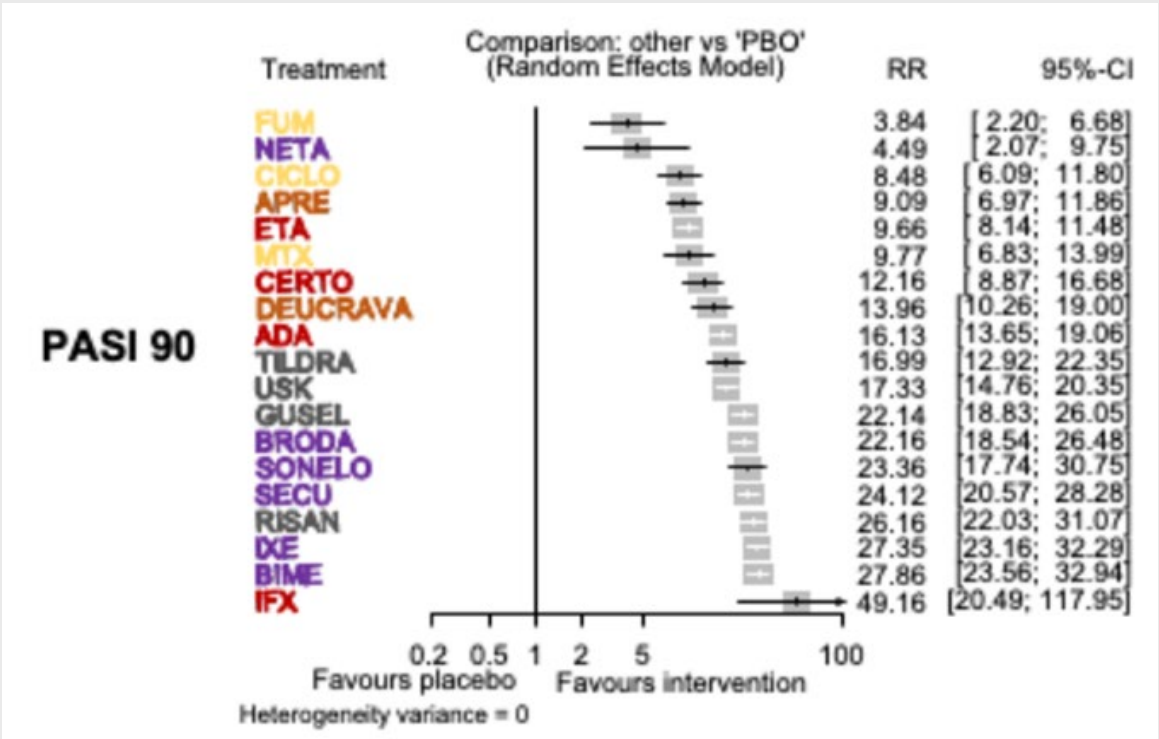
<p>Es wird empfohlen, Wirksamkeit (siehe Abbildung 2 und Abbildung 4 sowie Zusammenfassung des Cochrane Reviews), Sicherheit (siehe Medikamentenkapitel), Komorbidität (siehe Tabelle 1 und Tabelle 2 sowie jeweilige Kapitel) und individuelle Patient*innenfaktoren bei der Auswahl einer systemischen Therapie bei mittelschwerer bis schwerer Psoriasis vulgaris zu berücksichtigen.</p>		<p>STARKER KONSENS</p> <p>EVIDENZ- UND KONSENSBASIERT</p> <p>(SIEHE EVIDENZBERICHT KAPITEL 1)</p> <p>COE: SIEHE ABBILDUNG 1 UND ABBILDUNG 4 (LANGFASSUNG)</p>
<p>Bei Patient*innen mit mittelschwerer bis schwerer Psoriasis vulgaris wird die Einleitung einer systemischen Therapie entsprechend Abbildung 1 empfohlen.</p>		<p>STARKER KONSENS</p> <p>EVIDENZ- UND KONSENSBASIERT</p> <p>(SIEHE EVIDENZBERICHT KAPITEL 1)</p> <p>COE: SIEHE ABBILDUNG 1 UND ABBILDUNG 4 (LANGFASSUNG)</p>
<p>Bei der erstmaligen Einleitung einer Systemtherapie der Psoriasis kann insbesondere bei besonderer Schwere (siehe Kapitel ii ‚Definition des Schweregrades‘) die Behandlung mit einem Biologikum mit einer Erstlinienzulassung (first-line-Label) bzw. mit Deucravacitinib empfohlen werden.</p>		<p>STARKER KONSENS</p> <p>EVIDENZ- UND KONSENSBASIERT</p> <p>(SIEHE EVIDENZBERICHT KAPITEL 1)</p> <p>COE: SIEHE ABBILDUNG 1 UND ABBILDUNG 4 (LANGFASSUNG)</p>

Eine Netzwerk-Metaanalyse (NMA) ermöglicht die Schätzung der Effektgrößen für alle paarweisen Vergleiche von Interventionen, die innerhalb eines Netzwerks miteinander verbunden sind – einschließlich derer, die bisher noch nicht in randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) direkt verglichen wurden. Letztere werden als indirekte Vergleiche bezeichnet.



Netzwerk-Plot [Copyright © 2023 The Cochrane Collaboration]

Forest-Plots zeigen die relativen Effekte aus der Netzwerk-Metanalyse gegenüber Placebo mit 95%-Konfidenzintervallen.



Forest-Plot (Relative Effekte versus Placebo) [Copyright © 2023 The Cochrane Collaboration]

1.1.1. Anwendungshinweise

Tabelle 1: Anwendungshinweise [...]

- Maßnahmen vor der Behandlung
- Maßnahmen während der Behandlung
- Maßnahmen nach der Behandlung

1.1.2. Empfehlungen für Laborkontrollen

Tabelle 2: Empfohlene Laborkontrollen

Diagnostik	Zeitpunkt			
	vor der Behandlung	Woche 4	Woche 8	danach alle 12 Wochen
Möglicherweise sind nicht alle Tests für alle Patienten notwendig. Anamnese, Risikoexposition und Patientencharakteristika müssen berücksichtigt werden. Je nach klinischen Anzeichen, Risiko und Exposition können weitere spezifische Tests erforderlich sein.				

1.1.3. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen

1.1.4. Besondere Aspekte während der Behandlung

Chirurgie

1.1.5. Wichtige Kontraindikationen

1.1.6. Arzneimittelinteraktionen

THEMENGEBIET	FRAGEN
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	– Wie sollte eine Psoriasis bei Patient*innen mit gleichzeitigem Vorliegen einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung behandelt werden?
Krebs	– Wie sollte eine Psoriasis bei Patient*innen mit Malignomen in der Vorgeschichte behandelt werden?
Depression	– Wie soll eine Psoriasis bei Patient*innen mit Depressionen und/oder Suizidgedanken behandelt werden?
Diabetes mellitus	– Wie soll eine Psoriasis bei Patient*innen mit Diabetes mellitus behandelt werden?
Herzkrankheit	– Wie soll eine Psoriasis bei Patient*innen mit KHK und/oder Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) behandelt werden?
Nierenerkrankung	– Wie soll eine Psoriasis bei Patient*innen mit Nierenversagen / Nierenschädigung behandelt werden?
Neurologische Erkrankungen	– Welche Behandlungen sind für Patient*innen mit Psoriasis und neurologischen Erkrankungen geeignet?
Virushepatitis	– Wann und wie sollten Patient*innen mit Psoriasis auf Virushepatitis untersucht werden, und wie sollten Patient*innen, die positiv getestet werden, behandelt werden?
Tuberkulose-Screening	– Wie soll vor und während einer Systemtherapie auf Tuberkulose gescreent werden?
Tuberkulose und Therapie	– Wie soll das Management bei Patient*innen mit Psoriasis und einem positivem Interferon Gamma Release Assay (IGRA) erfolgen?
Kinderwunsch/Schwangerschaft	– Wie sollten Patient*innen mit Psoriasis und aktuellem Kinderwunsch oder während einer Schwangerschaft behandelt werden?
Impfungen	– Wie sollten Impfungen bei Patient*innen mit Psoriasis unter systemischer Behandlung gehandhabt werden?

<p>Bei einer systemischen Behandlung der Psoriasis bei Patient*innen mit einer begleitenden chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED) wird eine Zusammenarbeit mit den behandelnden Gastroenterolog*innen empfohlen.</p>	<p>↑↑</p>	<p>STARKER KONSENS Konsensbasiert</p>
<p><i>Empfehlung 3.1-2:</i></p> <p>Es wird empfohlen, bei Patient*innen mit Psoriasis und einer CED vorzugsweise zugelassene zielgerichtete Therapien mit dokumentierter Wirksamkeit bei diesen Erkrankungen einzusetzen:</p> <p>Morbus Crohn: TNFi (Infliximab, Adalimumab, Certolizumab¹), anti-IL-12/23p40 (Ustekinumab) oder anti-IL-23p19 (Risankizumab, Guselkumab)</p> <p>Colitis ulcerosa: TNFi (Infliximab, Adalimumab), anti-IL-12/23p40 (Ustekinumab) oder anti-IL-23p19 (Risankizumab, Guselkumab)</p> <p>¹ zum Zeitpunkt der Aktualisierung der Leitlinie zur Version 8 ist Certolizumab pegol in Deutschland nicht für die Indikation des Morbus Crohn zugelassen.</p>	<p>↑↑</p>	<p>STARKER KONSENS Konsensbasiert</p>

Wie soll eine Psoriasis bei Patient*innen mit gleichzeitigem Vorliegen einer chronisch entzündlichen Darmerkrankungen behandelt werden?

<p>Wenn die Wirkstoffe der Empfehlung 3.1-2 nicht eingesetzt werden können, kann es empfohlen werden, die folgende Behandlungsoption bei Patient*innen mit Psoriasis und CED in Betracht zu ziehen:</p> <p>Morbus Crohn: Tildrakizumab</p> <p>Colitis ulcerosa: Tildrakizumab</p>	↑	<p>STARKER KONSENS</p> <p>Konsensbasiert</p>
<p>Wenn die Wirkstoffe der Empfehlung 3.1-2 nicht eingesetzt werden können, kann es empfohlen werden, die folgenden oralen Behandlungsoptionen bei Patient*innen mit Psoriasis und CED in Betracht zu ziehen:</p> <p>Morbus Crohn: Methotrexat</p> <p>Aktive Colitis ulcerosa: Ciclosporin (bevorzugt), Apremilast (auch möglich)</p>	↑	<p>STARKER KONSENS</p> <p>Konsensbasiert</p>

Wie soll eine Psoriasis bei Patient*innen mit gleichzeitigem Vorliegen einer chronisch entzündlichen Darmerkrankungen behandelt werden?

Es kann empfohlen werden , in Kombination mit anderen Behandlungen, Acitretin als Zusatztherapie für Patient*innen mit CED und Psoriasis einzusetzen, insbesondere bei Fällen mit leichter paradoxer Psoriasis.	↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Der Einsatz von IL-17-Inhibitoren bei Patient*innen mit entzündlichen Darmerkrankungen kann nicht empfohlen werden .	↓	STARKER KONSENS Konsensbasiert

Wie soll eine Psoriasis bei Patient*innen mit Malignomen in der Vorgeschichte behandelt werden?

<p><u>Krebserkrankung oder Remission < 5 Jahre</u></p> <p>Bei Patient*innen mit Psoriasis und einer aktuellen oder innerhalb der letzten fünf Jahren erfolgten Krebsdiagnose, wird empfohlen, die Entscheidung zur Einleitung einer immunsuppressiven / immunmodulierenden Therapien mit einem/einer auf die Krebsart spezialisierten Arzt/Ärztin zu besprechen und mit den Patient*innen eine gemeinsame, informierte Entscheidung zu treffen, die die Präferenz der Patient*innen respektiert.</p> <p>(Bei Tumorentitäten mit dem Risiko einer späten Metastasierung und ggf. noch fortbestehender Therapie (z.B. Prostata) gilt dies auch über 5 Jahre hinaus.)</p>	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert
<p><u>Remission > 5 Jahre</u></p> <p>Für Patient*innen, die sich länger als 5 Jahre in Remission einer Krebserkrankung befinden, wird empfohlen, die für die Therapie der Psoriasis am besten geeignete Option unabhängig von der Krebserkrankung auszuwählen.</p> <p>(Für Ausnahmen siehe Empfehlung zur ‚Krebserkrankung oder Remission < 5 Jahre‘)</p>	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert
<p><u>Palliative Situation</u></p> <p>Für Patientinnen in einer Palliativsituation wird eine maximal lebensqualitätserhaltene Therapie in Abstimmung mit den behandelnden Onkolog*innen/ Palliativmediziner*innen empfohlen.</p>	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert

Es wird empfohlen , bei Patient*innen mit Psoriasis auf Zeichen und Symptome von Angst und Depression und während einer systemischen Behandlung auf Symptome von Depressionen bzw. Suizidgedanken oder Angstzustände zu achten; insbesondere bei Patient*innen mit einer entsprechenden Vorgeschichte.	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Bei Patient*innen mit Depressionen und/oder Suizidgedanken in der Anamnese kann die Bevorzugung anderer Therapien gegenüber Apremilast oder Brodalumab empfohlen werden .	↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert

Wenn alternative Behandlungen möglich sind, kann bei Patient*innen mit Diabetes mellitus Typ 2 (bei denen zusätzlich ein metabolisches Syndrom und/oder Zeichen für eine Leberschädigung vorliegen) empfohlen werden , Alternativen zu MTX zu verschreiben.	↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Wenn alternative Behandlungen möglich sind, kann bei Patient*innen mit Diabetes mellitus Typ 2 (bei denen zusätzlich ein metabolisches Syndrom und/oder Zeichen für eine Leberschädigung vorliegen) empfohlen werden , Alternativen zu Ciclosporin zu verschreiben.	↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Eine Therapie mit Acitretin oder Ciclosporin als Erstlinienbehandlung bei Patient*innen mit Dyslipidämie kann nicht empfohlen werden .	↓	STARKER KONSENS Konsensbasiert

Es kann nicht empfohlen werden , Ciclosporin oder Acitretin als bevorzugte Behandlungen bei Patient*innen mit Psoriasis und KHK anzuwenden.	↓	KONSENS Konsensbasiert
Es kann empfohlen werden MTX, TNFi, Ustekinumab, IL-17-Antagonisten oder IL23p19-Inhibitoren bei gleichzeitig bestehender KHK als Therapie der Psoriasis anzuwenden [§] .	↑	KONSENS Konsensbasiert

§ bei konkomitierender Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) beachten Sie auch die Empfehlungen aus dem jeweiligen Abschnitt

Wie soll eine Psoriasis bei Patient*innen mit Herzinsuffizienz behandelt werden?

Eine Therapie der Psoriasis mit Ciclosporin kann bei Patient*innen mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) nicht empfohlen werden .	↓	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Es kann empfohlen werden , eine Therapie der Psoriasis mit Methotrexat, Acitretin und Apremilast bei Patient*innen mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz (HFrEF) zu erwägen [§] .	↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Es kann empfohlen werden , eine Therapie der Psoriasis mit Ustekinumab, Inhibitoren von IL-17 und IL-23 bei Patient*innen mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz (HFrEF) zu erwägen [§] .	↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Eine Therapie der Psoriasis mit TNFi wird bei Patient*innen mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz (HFrEF) nicht empfohlen .	↓↓	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Es wird empfohlen , die Wahl einer systemischen Therapie bei Patient*innen mit Psoriasis und fortgeschrittener Herzinsuffizienz (HFrEF) mit einem Kardiologen zu besprechen.	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert

[§] im Falle einer konkomitierenden KHK beachten Sie auch die Empfehlungen aus dem entsprechenden Abschnitt

Die umfassende Beurteilung der Nierenfunktion wird bei allen Patient*innen mit Psoriasis mit bekannter oder vermuteter Nierenerkrankung vor einer Therapieeinleitung empfohlen .	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Es wird empfohlen , bei der Therapieauswahl einer systemischen Therapie für Patient*innen mit Psoriasis und chronischer Nierenerkrankung im Stadium 3 (eGFR <60 ml/min/1,73 m ²) oder höher mit Nephrolog*innen zusammenzuarbeiten, wenn durch die Therapie eine Beeinträchtigung der Nierenfunktion auftreten kann oder das Medikament über die Niere ausgeschieden wird.	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Es kann empfohlen werden , dass Acitretin*, Apremilast*, Fumarate* oder Methotrexat [§] bei Patient*innen mit Psoriasis und leichter bis mittlerer Niereninsuffizienz eingesetzt werden können (eGFR ≥30 ml/min/1,73m ²). [§] (eine vorsichtige Dosierung/Dosisanpassung kann erforderlich sein/für Apremilast erst bei <30)	↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert

Es kann empfohlen werden , Biologika bei Patient*innen mit Psoriasis und chronischer Nierenerkrankung sowie allen Stadien der Nierenschädigung einzusetzen.	↑	KONSENS Konsensbasiert
Es wird nicht empfohlen , Ciclosporin, Fumarate oder Methotrexat bei Patient*innen mit Psoriasis und chronischer Nierenerkrankung und schwerer Niereninsuffizienz (eGFR <30 ml/min/1,73 m ²) anzuwenden.	↓↓	STARKER KONSENS Konsensbasiert

Die Verwendung von Fumaraten bei Patient*innen mit Psoriasis und multipler Sklerose kann empfohlen werden.	↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Eine Therapie mit TNFi bei Patient*innen mit Psoriasis und der Diagnose multiple Sklerose oder einer anderen demyelinisierenden Krankheit wird nicht empfohlen.	↓↓	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Bei Patient*innen mit Psoriasis mit einem Verwandten ersten Grades mit multipler Sklerose oder einer anderen demyelinisierenden Erkrankung kann eine Therapie mit TNFi nicht empfohlen werden, wenn andere geeignete Therapieoptionen verfügbar sind.	↓	STARKER KONSENS Konsensbasiert

Ein Screening auf Hepatitis A, D oder E als Routinemaßnahme vor Beginn einer systemischen Behandlung durchzuführen, wird nicht empfohlen.	↓↓	STARKER KONSENS Konsensbasiert Gemeinsam mit der DGVS entwickelt
Wir empfehlen , die Patient*innen routinemäßig auf Hepatitis B (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc) zu untersuchen, bevor eine Behandlung mit Ciclosporin, Deucravacitinib, Methotrexat oder Biologika begonnen wird.	↑↑	KONSENS Konsensbasiert Gemeinsam mit der DGVS entwickelt
Bei der Konstellation anti-HBc positiv und HBsAg negativ empfehlen wir eine okkulte HBV Infektion mittels HBV-DNA-Bestimmung auszuschließen.	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert Gemeinsam mit der DGVS entwickelt
Wir empfehlen , bei der Beurteilung der Hepatitis-B-Testergebnisse den in Abbildung 5 dargestellten Algorithmus zu befolgen.	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert Gemeinsam mit der DGVS entwickelt

Wann und wie sollten Psoriasis-Patient*innen auf Virushepatitis untersucht werden?

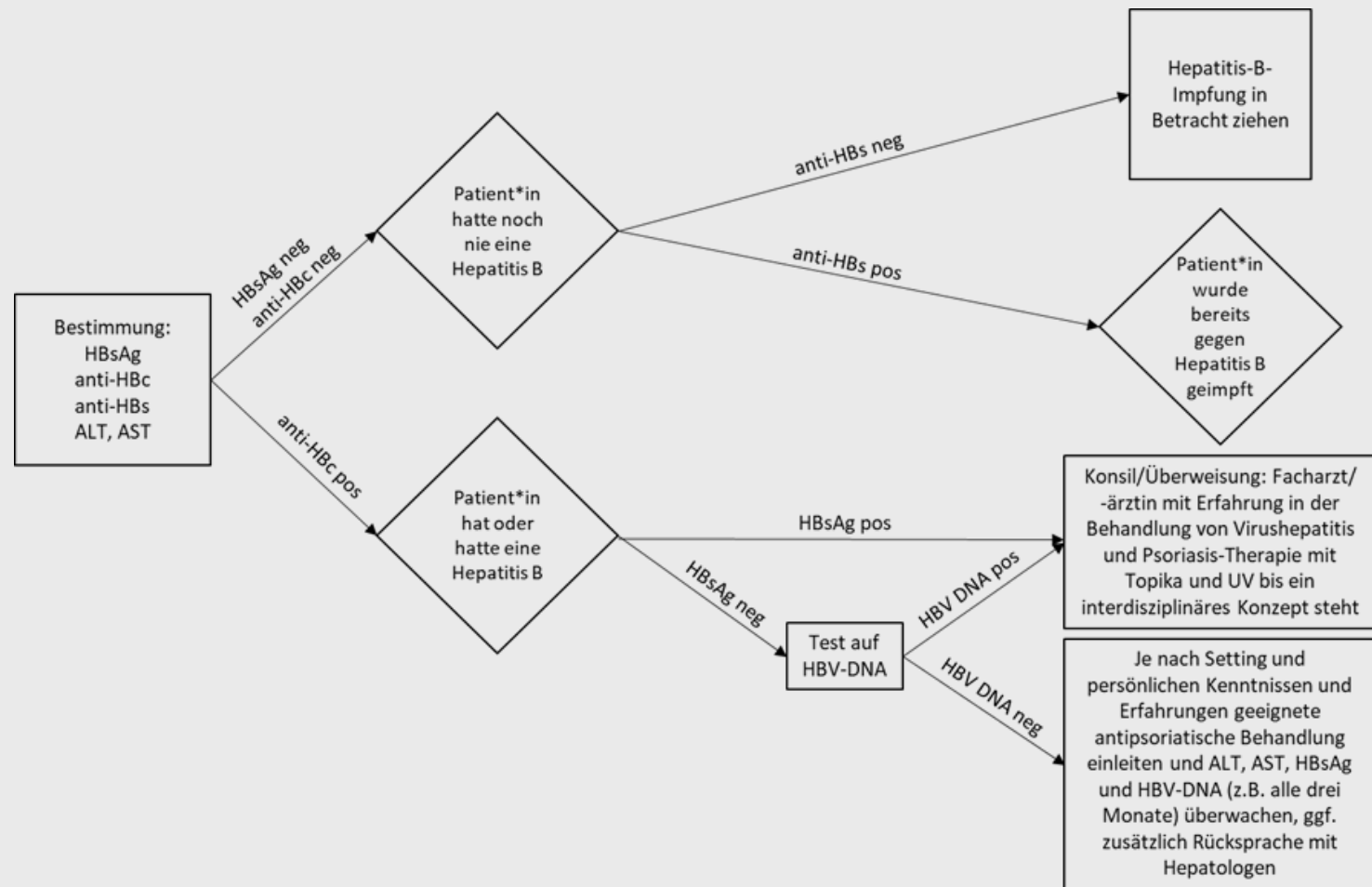


Abbildung 5: Algorithmus für die Interpretation der Hepatitis-B-Testergebnisse

Es kann empfohlen werden , Patient*innen routinemäßig auf Hepatitis C zu untersuchen, bevor eine Behandlung mit Deucravacitinib, Methotrexat oder Biologika begonnen wird.	↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert Gemeinsam mit der DGVS entwickelt
Bei positiven Befunden für Hepatitis-C-Antikörper wird eine Testung auf Hepatitis-C-RNA empfohlen .	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert Gemeinsam mit der DGVS entwickelt
Bei positiven Befunden für Hepatitis-C-Antikörper und Hepatitis-C-RNA wird eine Überweisung an eine/n Facharzt/-ärztin mit Erfahrung in der Behandlung von Virushepatitis empfohlen .	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert Gemeinsam mit der DGVS entwickelt

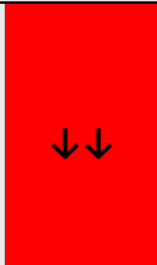

<p><u>HBsAg pos. oder HBV DNA pos.</u></p> <p>Wir empfehlen, dass die Therapieauswahl bei Patient*innen mit einem positiven Testergebnis für HBsAg oder positiver HBV-DNA zusammen mit einem Facharzt/-ärztin mit Erfahrung in der Behandlung von Virushepatitis getroffen wird.*</p> <p>(* Zur Indikation einer antiviralen Therapie mit Nukleos(t)idanalogen zur Prophylaxe der Reaktivierung unter immunsuppressiver Therapie siehe: S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-B-Virusinfektion)</p>	<p>↑↑</p>	<p>STARKER KONSENS</p> <p>Konsensbasiert</p> <p>Gemeinsam mit der DGVS entwickelt</p>
<p><u>anti-HBc-positiv, HBV-DNA negativ und HBsAg-negativ</u></p> <p><u>anti-HCV-positiv und HCV-RNA-negativ</u></p> <p>Die identifizierte Evidenz ermöglicht keine spezifische Empfehlung einer der in der Leitlinie behandelten Psoriasistherapien bei Patient*Innen mit Virushepatitis folgender Serumkonstellation (Hepatitis B: anti-HBc-positiv/ HBsAg-negativ/ HBV-DNA negativ oder Hepatitis C: anti-HCV-positiv/ HCV-RNA-negativ).</p> <p>Für diese Patient*innen kann empfohlen werden, die Therapieoption aus der Leitlinie auszuwählen, die am besten für die Psoriasiserkrankung der Patient*innen geeignet ist, wobei zu bedenken ist, dass für die neueren Medikamente die Datenlage zum Reaktivierungsrisiko noch sehr begrenzt ist.</p>	<p>↑</p>	<p>STARKER KONSENS</p> <p>Evidenz- und konsensbasiert</p> <p>(siehe Evidenzbericht, Kapitel 3)</p> <p>Gemeinsam mit der DGVS entwickelt</p> <p>LoE: 3 (OECBM)</p>

<p>Zur Überwachung der Reaktivierung einer viralen Hepatitis bei Patient*innen, die Anti-HBc-positiv/HBsAg-negativ sind, wird empfohlen, regelmäßig ALT, AST, HBsAg und HBV-DNA zu überprüfen (mindestens alle drei Monate).</p>	<p>↑↑</p>	<p>STARKER KONSENS Konsensbasiert Leitlinienadpatierung DGVS</p>
<p>Wir empfehlen, alle Behandlungseinleitungen und Folgebesuche von Patient*innen mit Psoriasis und konkomittierender Hepatitis B oder C an entsprechende Register zu melden.</p>	<p>↑↑</p>	<p>STARKER KONSENS Konsensbasiert Gemeinsam mit der DGVS entwickelt</p>

<p>Vor Einleitung einer Therapie mit einem Biologikum oder mit Deucravacitinib** wird die Durchführung eines Interferon-Gamma-Release-Assays (IGRA) zum Ausschluss einer latenten TB-Infektion empfohlen.</p> <p>**Deucravacitinib: Aufgrund mangelnder Daten zum Reaktivierungsrisiko</p>	<p>↑↑</p>	<p>STARKER KONSENS</p> <p>Konsensbasiert</p> <p>Gemeinsam mit der DGP entwickelt</p>
<p>Zum Ausschluss einer Tuberkulose wird die zusätzliche Durchführung eines Röntgen des Thorax bei einem negativen IGRA nur empfohlen, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Tuberkulose besteht (siehe Hintergrundtext) oder • Faktoren vorliegen, die das Risiko eines falsch negativen IGRA Tests erhöhen (siehe Hintergrundtext). 	<p>↑↑</p>	<p>STARKER KONSENS</p> <p>Konsensbasiert</p> <p>Gemeinsam mit der DGP entwickelt</p>

Faktoren, die das Risiko eines falsch negativen IGRA erhöhen:


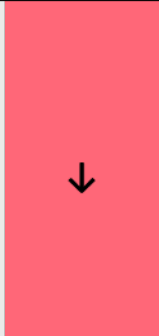
- Immunsuppression (iatrogen und/oder erkrankungsbedingt)
- Lymphozytopenie
- Vorangegangene Impfung mit einem Lebendimpfstoff innerhalb der letzten 4 - 6 Wochen
- Fulminante TB-Erkrankung, z.B. Miliartuberkulose

<p>Eine Wiederholung des IGRAs nur aufgrund fester Zeitintervalle oder nur aufgrund des Wechsels von einem Medikament auf ein anderes, ohne ein relevantes Expositionsrisiko wird nicht empfohlen.</p>		<p>STARKER KONSENS Konsensbasiert Gemeinsam mit der DGP entwickelt</p>
<p>Eine Wiederholung des IGRA im Verlauf wird bei einem erhöhten Risiko einer TB-Exposition empfohlen (siehe Hintergrundtext: Anhaltspunkte für eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für ein Expositionsrisiko).</p>		<p>STARKER KONSENS Konsensbasiert Gemeinsam mit der DGP entwickelt</p>

Anhaltspunkte für eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer TB-Exposition

- Direkter Kontakt mit einer Person mit aktiver TB
- Herkunft oder längerer Aufenthalt (>3 Monate) in einem Hochprävalenzland für Tuberkulose (>100 Neuerkrankungen/100.000 Einwohner)
- Aufenthalt oder Tätigkeiten in einer Unterbringung für Migrant*innen, Asylsuchende, Wohnungslose oder im Vollzug
- Tätigkeit in einer medizinischen Einrichtung für TB Erkrankte

<p>Bei einem positiven IGRA wird zur Unterscheidung zwischen aktiver und latenter TB-Infektion folgendes Vorgehen empfohlen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Anamnese: Expositionsrisiko, Anzeichen und Symptome einer aktiven TB (z.B. Husten, Hämoptysen, Fieber, Gewichtsverlust, Nachtschweiß)• Körperliche Untersuchung (u.a. Palpation der Lymphknoten)• Röntgen des Thorax in p.a., wenn notwendig in zwei Ebenen.	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert Gemeinsam mit der DGP entwickelt
<p>Bei auffälliger Klinik oder unklarem Röntgenbefund bzw. bei Hinweisen auf eine TB im Röntgenbefund wird eine Überweisung zu einer/m Fachärztin/ -arzt mit Erfahrung in der Behandlung von Tuberkulose empfohlen.</p>	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert Gemeinsam mit der DGP entwickelt

<p>Für Patient*innen mit latenter TB-Infektion wird die Auswahl einer der folgenden Optionen empfohlen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Acitretin, Apremilast, Ciclosporin, Dimethylfumarat, MTX oder Fototherapie.		<p>KONSENS</p> <p>Konsensbasiert</p> <p>Gemeinsam mit der DGP entwickelt</p>
<p>Eine präventive antituberkulöse Therapie** aufgrund der Therapieeinleitung mit Acitretin, Apremilast, Ciclosporin, Dimethylfumarat oder MTX kann nicht empfohlen werden.</p> <p><small>**wenn keine anderen Indikationen zur Einleitung einer präventiven antituberkulösen Therapie bestehen (siehe S2-k-Leitlinie „Tuberkulose im Erwachsenenalter“)</small></p>		<p>KONSENS</p> <p>Konsensbasiert</p> <p>Gemeinsam mit der DGP entwickelt</p>

Wie soll das Management bei Patient*innen mit Psoriasis und einem positivem Interferon Gamma Release Assay (IGRA) erfolgen?

<p>Für Patient*innen mit latenter TB-Infektion kann die Auswahl einer der folgenden Optionen empfohlen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IL17i, • IL23i oder • IL12/23p40i. 	↑	<p>STARKER KONSENS</p> <p>Evidenz- und konsensbasiert</p> <p>(SIEHE EVIDENZBERICHT KAPITEL 4)</p> <p>LoE: 3-4 (OCEBM)</p> <p>Gemeinsam mit der DGP entwickelt</p>
<p>Eine präventive antituberkulöse Therapie aufgrund einer Therapieeinleitung mit IL12/23p40i** kann empfohlen werden.</p> <p>**Abweichung zur Fachinformation, lt. Fachinformation „muss“ bei Ustekinumab eine präventive antituberkulöse Therapie eingeleitet werden. Die Leitliniengruppe konnte keine Daten identifizieren, die diese Unterscheidung ausreichend begründet. Eine Aufklärung und Einbindung des Aspektes in die gemeinsame Entscheidungsfindung sind erforderlich.</p>	↑	<p>STARKER KONSENS</p> <p>Konsensbasiert</p> <p>Gemeinsam mit der DGP entwickelt</p>
<p>Eine präventive antituberkulöse Therapie aufgrund einer Therapieeinleitung mit IL17i oder IL23i kann erwogen werden.</p>	0	<p>STARKER KONSENS</p> <p>Konsensbasiert</p> <p>Gemeinsam mit der DGP entwickelt</p>

Wie soll das Management bei Patient*innen mit Psoriasis und einem positivem Interferon Gamma Release Assay (IGRA) erfolgen?

<p>Bei Patient*innen mit latenter TB-Infektion kann die Anwendung von Deucravacitinib** nicht empfohlen werden, es sei denn, es gibt keine anderen geeigneten Behandlungsmöglichkeiten.</p> <p>**Aufgrund mangelnder Daten zum Reaktivierungsrisiko</p>	↓	<p>STARKER KONSENS</p> <p>Konsensbasiert</p> <p>Gemeinsam mit der DGP entwickelt</p>
<p>Eine präventive antituberkulöse Therapie aufgrund einer Therapieeinleitung mit Deucravacitinib** kann empfohlen werden.</p> <p>**Aufgrund mangelnder Daten zum Reaktivierungsrisiko</p>	↑	<p>KONSENS</p> <p>Konsensbasiert</p> <p>Gemeinsam mit der DGP entwickelt</p>
<p>Bei Patient*innen mit latenter TB-Infektion wird die Anwendung von TNFi nicht empfohlen, es sei denn, es gibt keine anderen geeigneten Behandlungsmöglichkeiten.</p>	↓↓	<p>STARKER KONSENS</p> <p>Konsensbasiert</p> <p>Gemeinsam mit der DGP entwickelt</p>
<p>Eine präventive antituberkulöse Therapie aufgrund einer Therapieeinleitung mit TNFi wird empfohlen.</p>	↑↑	<p>KONSENS</p> <p>Konsensbasiert</p> <p>Gemeinsam mit der DGP entwickelt</p>

Wie soll das Management bei Patient*innen mit Psoriasis und einem positivem Interferon Gamma Release Assay (IGRA) erfolgen?

Als präventive antituberkulöse Therapie wird entweder die Gabe von Rifampicin (4 Monate) oder Isoniazid + Rifampicin (3 Monate) oder Isoniazid (9 Monate) empfohlen .	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert Gemeinsam mit der DGP entwickelt
Zwischen dem Beginn der präventiven antituberkulösen Therapie und der Einleitung der immunsuppressiven Therapie kann in der Regel ein Abstand von 4 Wochen empfohlen werden .	↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert Gemeinsam mit der DGP entwickelt

Gründe für eine präventive antituberkulöse Therapie	Gründe gegen eine präventive antituberkulöse Therapie
Jüngeres Alter, generelle Vermeidung einer Reaktivierung bei erhöhtem Lebenszeitrisko einer TB-Erkrankung (Siehe S2k-Leitlinie „Tuberkulose im Erwachsenenalter“),	Erhöhtes Risiko einer Hepatotoxizität (z.B. Alter >60 Jahren (v.a. relevant für Therapie mit INH), bekannte Lebererkrankung)
Sonstige vorliegende Immunsuppression	Umfangreiche Komedikation, Gefahr von kumulativen UAWs, Arzneimittelinteraktionen
geplante Therapie mit höherem Reaktivierungsrisiko	geplante Therapie mit geringem Reaktivierungsrisiko
Relevanter Kontakt zu einem Indexfall bei positivem IGRA und negativem Befund im Röntgen des Thorax	Adhärenz nicht sicherzustellen

Wie soll das Management bei Patient*innen mit Psoriasis und einem positivem Interferon Gamma Release Assay (IGRA) erfolgen?

Es wird empfohlen , Patient*innen mit latenter TB-Infektion, bei denen eine Therapie mit IL17i, IL23i oder IL12/23p40i eingeleitet wurde, in Register / wissenschaftlichen Studien zu erfassen.	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert Gemeinsam mit der DGP entwickelt
Beim Vorliegen einer aktiven TB wird die Entwicklung eines Therapiekonzeptes für die Psoriasis und die TB gemeinsam mit einer/m Facharzt/-ärztin mit Erfahrung in der Behandlung von Tuberkulose empfohlen .	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert Gemeinsam mit der DGP entwickelt

Wie sollen Psoriasis-Patient*innen mit aktuellem Kinderwunsch oder während einer Schwangerschaft behandelt werden?

Es wird empfohlen , die Bedeutung des Erhalts der Krankheitskontrolle während der Schwangerschaft für die Mutter gegen potentielle Schäden durch eine Medikamentenexposition für das ungeborene Kind abzuwägen.	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Methotrexat und Acitretin sind bei Frauen, die eine Empfängnis planen, kontraindiziert und ihr Einsatz wird nicht empfohlen .	↓↓	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Fumarate und Apremilast sind bei Frauen, die eine Empfängnis planen, kontraindiziert und ihr Einsatz kann nicht empfohlen werden .	↓	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Der Einsatz von Deucravacitinib kann bei Frauen, die eine Empfängnis planen, nicht empfohlen werden .	↓	STARKER KONSENS Konsensbasiert

Wir empfehlen eine interdisziplinäre Beratung und einen Informationsaustausch unter Einbindung von Geburtshelfer*innen/Gynäkolog*innen mit Erfahrung in der Betreuung von Schwangeren mit medizinischen Problemen.	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Wir empfehlen die Meldung der Daten zur Exposition der Mutter gegenüber Medikamenten und über den Schwangerschaftsverlauf in einem entsprechendem Register.	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert

Wie sollen Psoriasis-Patient*innen mit aktuellem Kinderwunsch oder während einer Schwangerschaft behandelt werden?

Es kann empfohlen werden , eine Biologikatherapie im zweiten und dritten Trimester zu unterbrechen (mit Ausnahme von Certolizumab Pegol), um die Exposition des Fötus zu minimieren und damit das potenzielle Infektionsrisiko für das Neugeborene zu begrenzen.	↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Bei Frauen, die eine Empfängnis planen oder für die eine Therapie im zweiten oder dritten Trimenon der Schwangerschaft erforderlich ist, kann Certolizumab Pegol als Therapie der ersten Wahl empfohlen werden (wenn die Behandlung mit einem Biologikum als essentiell erachtet wird).	↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Die Verwendung von Lebendimpfstoffen oder attenuierten Lebendimpfstoffen wird bei Säuglingen, deren Mütter über die 16. Schwangerschaftswoche hinaus eine Biologikatherapie erhalten haben, nicht empfohlen , es sei denn, der Nutzen der Impfung überwiegt eindeutig das theoretische Risiko der Verabreichung. (Bezieht sich auf Säuglinge bis zu einem Alter von 6 Monaten; bzw. bis zu 12 Monaten, wenn die Mutter Infliximab erhalten hat)	↓↓	STARKER KONSENS Konsensbasiert

Wir empfehlen eine interdisziplinäre Beratung und einen Informationsaustausch unter Einbindung von Geburtsmediziner*innen/Gynäkolog*innen mit Erfahrung in der Betreuung von Schwangeren mit medizinischen Problemen.	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Wir empfehlen die Meldung der Daten zur Exposition der Mutter gegenüber Medikamenten und über den Schwangerschaftsverlauf in einem entsprechenden Register.	↑↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert

<div>Therapie</div> <div>Besondere Situationen</div>	Konventionelle Systemtherapeutika			
	Acitretin	Ciclosporin	Fumarate	Methotrexat
Chronisch entzündliche Darmerkrankung: Morbus Crohn	↑ insbesondere Fälle mit leichter paradoxer Psoriasis			↑
Chronisch entzündliche Darmerkrankung: Colitis ulcerosa	↑ insbesondere Fälle mit leichter paradoxer Psoriasis	↑		
Diabetes mellitus / metabolisches Syndrom	Alternativen in Betracht ziehen			Alternativen in Betracht ziehen
Dyslipidämie	↓	↓		
Fortgeschrittene Herzinsuffizienz	↑	↓		↑
Herzkrankheit: KHK	↓	↓		↑
latente TB-Infektion / behandelte Tuberkulose	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
Schwangerschaft	↓↓		↓	↓↓

Therapie Besondere Situationen	PDE-4 Inhibitor	TYK-2 Inhibitor	TNF-Inhibitoren				IL12/23p40- Inhibitoren	IL17-Inhibitoren				IL23-Inhibitoren		
	Apremilast	Deucravacitinib	Etanercept	Infliximab	Adalimumab	Certolizumab	Ustekinumab	Secukinumab	Ixekizumab	Brodalumab	Bimekizumab	Guselkumab	Tildrakizumab	Risankizumab
Chronisch entzündliche Darmerkrankung: Morbus Crohn				↑↑				↓				↑↑	↑	↑↑
Chronisch entzündliche Darmerkrankung: Colitis ulcerosa	↑			↑↑			↑↑	↓				↑↑	↑	↑↑
Diabetes mellitus / metabolisches Syndrom														
Dyslipidämie														
Fortgeschrittene Herzinsuffizienz	↑		↓↓				↑							
Herzkrankheit: KHK			↑											
latente TB-Infektion / behandelte Tuberkulose	↑↑	↓	↓↓				↑							
Schwangerschaft	↓	↓				↑								

Symbole	Bedeutung
↑↑	Wir sind der Auffassung, dass alle oder fast alle informierten Menschen diese Entscheidung treffen würden. Kliniker*innen müssen sich weniger Zeit für den Prozess der Entscheidungsfindung mit den Patient*innen nehmen. In den meisten klinischen Situationen kann die Empfehlung als allgemeine Vorgehensweise übernommen werden.
↑	Wir sind der Auffassung, dass die meisten informierten Menschen, ein substanzieller Anteil jedoch nicht, diese Entscheidung treffen würden. Kliniker*innen und andere Anbieter*innen von Gesundheitsleistungen müssen mehr Zeit aufwenden, um sicherzustellen, dass die Wahl des Verfahrens mitsamt der möglicherweise verbundenen Konsequenzen die Werte und Präferenzen der individuellen Patient*innen widerspiegelt. Entscheidungsprozesse im Gesundheitssystem erfordern eine tiefgehende Diskussion und die Einbeziehung vieler Stakeholder.
	Siehe Hintergrundtext und spezifische Empfehlungen im jeweiligen Kapitel
↓	Wir sind der Auffassung, dass die meisten informierten Menschen, ein substanzieller Anteil jedoch nicht, eine Entscheidung gegen diese Intervention treffen würden.
↓↓	Wir sind der Auffassung, dass alle oder fast alle informierten Menschen eine Entscheidung gegen diese Intervention treffen würden. In den meisten klinischen Situationen kann die Empfehlung als allgemeine Vorgehensweise übernommen werden.

Die vorliegende Leitlinie hat eine Gültigkeit bis zum 22.07.2030.

Beteiligte Autor*innen und Fachgesellschaften

Name	Fachgesellschaft
Dr. med. Altenburg, Andreas	Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V.
Prof. Dr. med. Augustin, Matthias	Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V.
Dr. med. Bachmann, Frank	Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V.
Prof. Dr. med. Boehncke, Wolf-Henning	Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V.
Prof. Dr. med. Cornberg, Markus	Die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V.
Dr. med. Geerdes-Fenge, Hilte	Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.
Dr. med. Häcker, Brit	Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.
Prof. Dr. med. Härle, Peter	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V.
Klaus, Joachim	Deutscher Psoriasis Bund e.V.
Dr. med. Köhm, Michaela	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V.
Dr. med. Köllner, Arno	Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V.
Koza, Joachim (bis April 2024)	Deutscher Psoriasis Bund e.V.
Prof. Dr. med. Mrowietz, Ulrich	Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V.
Prof. Dr. med. Nast, Alexander	Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V.
Prof. Dr. med. Ockenfels, Hans-Michael	Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V.
Dr. med. Philipp, Sandra	Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V.
Richter, Thomas	Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V.
PD Dr. med. Rosenbach, Thomas	Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V.
Prof. Dr. med. Schaberg, Tom	Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.
Dr. med. Schlaeger, Martin	Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V.
Prof. Dr. med. Schmid-Ott, Gerhard	Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V.
Dr. med. Sebastian, Michael	Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V.
Thölken, Karisa	Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V.
Dr. med. von Kiedrowski, Ralph	Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V.
Willuhn, Uwe	Deutscher Psoriasis Bund e.V.

Versionsnummer: 8.0

Erstveröffentlichung: 11/1999

Überarbeitung von: 07/2025

Nächste Überprüfung geplant: 07/2030

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online