

Startpunkt gesetzt – 1. Nationale Versorgungskonferenz Atopische Dermatitis

Vor fast genau 15 Jahren, am 4. und 5. Dezember 2009, fand die 1. Nationale Versorgungskonferenz Psoriasis statt. Rückblickend ein Meilenstein in der Dermatologie, denn seither hat sich sehr viel in der Versorgung von Patienten mit Psoriasis verändert. Zum Positiven. Und genau nach diesem Vorbild möchte man auch die Versorgung der atopischen Dermatitis (AD) angehen.



Die Teilnehmer der ersten Nationalen Versorgungskonferenz Atopische Dermatitis.
© Ralf Blumenthal

Eine zweite Premiere – neben der 1. Nationalen Versorgungskonferenz Pruritus & Prurigo (NVK P&P) in Münster – fand am 11. Oktober 2024 im Maritim Hotel in Düsseldorf statt: die 1. Nationale Versorgungskonferenz Atopische Dermatitis (NVK AD). Die Sprecher der Sektion Atopische Dermatitis des Hautnetz Deutschland, Prof. Matthias Augustin, Leiter des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Prof. Thomas Werfel, Direktor der Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie an der Medizinischen Hochschule Hannover, und Dr. Ralph von Kiedrowski, niedergelassener Dermatologe mit Spezialisierung auf chronisch-entzündliche Dermatosen, Hautkrebs und Allergologie/Berufsdermatologie in Selters und Präsident des Berufsverbands der Deutschen Dermatologen, wollten den Teilnehmern einen Einblick in die aktuelle Versorgungssituation der AD bieten. Und noch einen Schritt weitergehen: gemeinsam erste Ziele für die zukünftige Versorgung der atopischen Dermatitis ausformulieren.

Die NVK AD war mehr als dringlich, denn die AD gehört mit einer Häufigkeit von dreieinhalb Millionen zu den häufigsten Hautkrankheiten Deutschlands, sogar noch vor der Psoriasis mit einer Häufigkeit von zwei Millionen. Es besteht somit dringend Handlungsbedarf in der Versorgung, um diese Zahlen zu schmälern und den Betroffenen eine bessere Lebensqualität zu ermöglichen.

Zu Beginn hatte von Kiedrowski das Wort, der, wie schon auf der NVK PP, einen Grundsatzvortrag zu den Zielen, der Funktion und der Arbeitsweise des Hautnetz Deutschland hielt. Detaillierte Informationen rund um das Hautnetz Deutschland und Netzbildung finden Sie im Interviewbeitrag mit dem Dermatologen aus Selters auf den Seiten 36–38 in dieser Ausgabe. Auf der NVK AD verdeutlichte von Kiedrowski zusätzlich: Keine andere Berufsgruppe im medizinischen Bereich setzt sich so hohe Standards wie die Dermatologie. Das führt dazu, dass die Ziele, die man sich durch die leitliniengerechte Behandlung setzt, sehr ambitioniert sind und in Teilen nicht von allen Seiten nur gut aufgenommen werden (mehr Arbeitszeit pro Patient, höhere Kosten etc.). Doch am Ende profitieren die Patienten extrem stark von diesen hohen

Standards. Gerade den Kostenträgern ein Dorn im Auge: die hohen Therapiekosten mit neuen Medikamenten wie Biologika oder JAK-Inhibitoren. Denn nicht oder nicht ausreichend zu behandeln ist immer noch die kostengünstigere Variante. Da für die endgültige Verschreibung einer Therapie letztendlich der Dermatologe zuständig ist, ist es für den Patienten ratsam, einen der 1.600 Dermatologen aufzusuchen, die Mitglied in einem der 29 Hautnetze (inkl. Psoriasis Netze) sind. Denn diese behandeln garantiert nach Leitlinie und geben sich nicht mit oft wenig wirksamen systemischen Steroiden zufrieden. Das Hautnetz Deutschland kann daher als zentraler Anlaufpunkt dienen, sowohl für Patienten als auch Ärzte und Patientenorganisationen. Bei über 1.500 Diagnosen in der Dermatologie wird es somit sehr viel einfacher, den richtigen Facharzt zu finden. Deshalb ist auch die Unterteilung in Sektionen wie atopische Dermatitis, Pruritus und Prurigo oder Psoriasis sinnvoll.



Ein Blick in die Vergangenheit: Dr. Ralph von Kiedrowski über die Entstehung der Hautnetze.
© Merle Twesten

State of the Art

Um herauszufinden, wie man die Versorgungslage verbessern kann, sollte man sich zunächst fragen: Wo ist der größte Handlungsbedarf? Wo steht man überhaupt? Und was ist realistisch umsetzbar?

Mit der bereits erwähnten Ein-Jahres-Prävalenz von dreieinhalb Millionen besteht bei der AD unumstritten starker Handlungsbedarf. Auch die Tatsache, dass Menschen, die unter AD leiden, eine sehr schlechte Lebensqualität haben, war für die Vorstandsmitglieder des Hautnetz Deutschland ein Grund, dass zu dieser Erkrankung schnellstmöglich eine NVK einberufen wurde. „Die atopische Dermatitis ist, was die Einbußen der Lebensqualität angeht, das Schlimmste, was wir in diesem Fach kennen“, so Augustin. Der erste Schritt ist also getan. Zur Frage, wo wir aktuell stehen, wusste der Hamburger Dermatologe mehr zu erzählen und nannte verschiedenste Hürden und Herausforderungen in der Versorgung, angefangen bei den räumlichen Disparitäten. Denn Menschen in Mittel- und Ostdeutschland leiden besonders häufig an AD. Doch woran liegt das? Am falschen Arzt? An einer Fehldiagnose? An fehlenden oder falschen Therapien?

Bei der Frage nach dem richtigen Arzt kann man zwei Möglichkeiten erwägen: Entweder der Arzt ist kein ausgewiesener Facharzt (Dermatologe), sondern ein Mediziner mit unzureichender Fachkenntnis (was oft zu Fehldiagnosen und unzureichenden Therapien führt) oder es ist ein Facharzt, der in den letzten Jahren Weiterbildungen und Schulungen versäumt hat. Zweiteres ließe sich relativ einfach in Angriff nehmen, indem man zu mehr Engagement und Motivation aufruft, Fortbildungs- und Schulungsmöglichkeiten wahrzunehmen. Solche Schulungen könnten vom Hautnetz Deutschland verstärkt angeboten und koordiniert werden, wovon gerade Mitgliedsärzte profitieren würden. Schulungen für Patienten sind nicht weniger wichtig, daher sollten Ärzte ihre Patienten motivieren, solche zu besuchen.

Und wo stehen wir? Gerade einmal 41,6% aller Patienten mit AD erhalten eine Arzneimitteltherapie. Bei 88,6% der behandelten Patienten werden die oft unwirksamen, systemischen Steroide verschrieben. Von diesen Patienten wiederum erhalten 25% eine Langzeittherapie, die erwiesenermaßen auch nach drei Jahren keinen Nutzen hat – das zeigt neueste Forschung. Nicht nur, dass den Patienten nicht geholfen ist, durch die falsche Therapie entstehen irreversible Schäden wie Osteoporose, Diabetes mellitus oder Depression. Wichtig zu wissen: Eine unzureichende Therapie wurzelt nicht nur in Fehldiagnosen, sondern auch in der Vermeidung wirksamer Therapien durch die Kostenträger aufgrund der höheren Therapiekosten. Aber: Je früher die (richtige) Therapie beginnt, desto besser. Jeder Tag zählt.

Auch die Cumulative Life Course Impairment CLCI; (kumulative Lebenslaufbeeinträchtigung), also die Summe der Belastungen eines Individuums im Lebensverlauf aufgrund einer chronischen Erkrankung, ist bei Patienten mit AD hoch. Es ist nicht ‚nur‘ die juckende Haut, es ist nicht ‚nur‘ der schlechte Schlaf, es ist nicht ‚nur‘ psychische Belastung, es ist nicht ‚nur‘ die Depression. Es ist alles zusammen, was die Last dieser Krankheit so erdrückend macht. Und es scheint oft so, dass gerade diese Patienten, denen es besonders schlecht geht, nicht gerne behandelt werden, weil sie als ‚schwierig‘ gelten. Werfel wies diese Unterstellung entschlossen zurück: „Ein gut behandelter Patient ist kein schwieriger Patient.“ Und das

spiegeln auch Praxiserfahrungen wider: Gut behandelte Patienten, bei denen durch eine richtige Therapie Besserungen eintreten, sind unglaublich dankbar. Und eben alles andere als schwierig.

Das Fazit dieser Fehlversorgung: Gemessen an den Fragebögen SCORAD und DLQI gab es seit 2010 keine signifikante Verbesserung in der Versorgungsqualität bei AD in Deutschland. Es wird endlich Zeit für eine Systemtherapie nach Leitlinie, denn nichts spricht dagegen.

Schlussendlich stellte Augustin folgende Defizite in der AD-Versorgung vor:

1. Fehlender Zugang zur Versorgung
2. Regionale Disparität der Versorgung
3. Geringe Prävention und Edukation
4. Unzureichendes Management
5. Fehlende Zielorientierung der Versorgung
6. Ungenügende Versorgungsmotivation

Die ersten Ziele

Nachdem die Defizite herausgearbeitet wurden, konnten auch auf der NVK AD erste Ziele mit den 20 Teilnehmern diskutiert werden. Nach langem Abwägen möchte man sich künftig zuerst folgende Arbeitsziele differenzieren:

1. Patienten mit AD haben eine gute Lebensqualität und Wellbeing (auch langfristig).
2. Patienten mit AD und ihre Familien haben volle Teilhabe und Leistungsfähigkeit.
3. Patienten mit AD haben frühzeitigen Zugang zu Präventionsmaßnahmen inklusive Schulungen und zu einer leitliniengerechten Therapie.
4. Komorbidität (z. B. Alopecia areata, Rhinoconjunctivitis allergica) wird frühzeitig erkannt.
5. Die Rahmenbedingungen für die leitliniengerechte Versorgung der AD (GKV-System) sind medizinisch und wirtschaftlich ausreichend.

Wie schon die Ziele auf der NVK PP sind auch diese Ziele nicht in Stein gemeißelt. Eine Onlineabstimmung mit den Teilnehmern, die am 11. Oktober nicht in Düsseldorf sein konnten, wird in den nächsten Wochen folgen. So hat ein größerer Kreis an Experten die Möglichkeit, Erfahrungen und Wissen mit einfließen zu lassen. Lösungsorientiert warf Werfel zum Ende noch einen Denkanstoß in den Raum: Die Entwicklung von digitalen Tools müsse vorangetrieben und diese den Netzen zur Verfügung gestellt werden. So könne jeder Arzt pro Patient viel Zeit einsparen. Dieser Gedanke ähnelt auch dem ersten Lösungsansatz, der auf der NVK PP von Augustin vorgestellt wurde: die Software Docuderm.

Updates zu den Onlineabstimmungen und den weiteren Terminen der nationalen Versorgungskonferenzen finden Sie unter www.hautnetz-deutschland.de.

MERLE TWESTEN



Updates und Termine der Nationalen Versorgungskonferenzen



Auf eleganten Fluren im Maritim Hotel in Düsseldorf: Die Referenten der 1. Nationalen Versorgungskonferenz Atopische Dermatitis Dr. Ralph von Kiedrowski, Prof. Thomas Werfel und Prof. Matthias Augustin (v. l. n. r.).

© Merle Twستن