Hautnetz Hautnetz Magazin 12. Jahrgang · 1/2025 · 6,50 Euro www.hautnetzdeutschland.de

Das gemeinsame Magazin von Hautnetz Deutschland e.V., PsoNet Deutschland e.V. und Deutscher Psoriasis Bund e.V.



Aktuelles

TOP-Hautkrebsprävention am Arbeitsplatz im Freien

Aktuelles

Diversität des Hautmikrobioms: Das Geschlecht bestimmt mit

Forschung

Bitte kühl lagern!

Nachgefragt

Mit bestem Beispiel voran: Best Practice in der dermatologischen Praxis

Hautnetz Deutschland

Mitgliederversammlung mit Neuwahlen

Nationale Versorgungskonferenzen

1. Nationale Versorgungskonferenz Hidradenitis suppurativa







Hohe Therapiestabilität über Jahre* mit nur 1 Injektion pro Quartal**

*Ergebnisse der gepoolten Analyse der beiden pivotalen Phase-III-Studien reSURFACE 1 & 2 zu Wirksamkeit und Sicherheit von Tildrakizumab zur Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis über 5 Jahre (244 Wochen): Thaçi D, Piaserico S, Warren RB, et al. Five-year efficacy and safety of tildrakizumab in patients with moderate-to-severe psoriasis who respond at week 28: pooled analyses of two randomized phase III clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2). Br J Dermatol. 2021 Aug; 185(2): 323-334. **In der Erhaltungstherapie der Plaque-Psoriasis

Ilumetri® 100 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze.

llumetri° 200 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze llumetri° 100 mg Injektionslösung im Fertigpen.

Ilumetri® 200 mg Injektionslösung im Fertigpen.

Verschreibungspflichtig. Zusammensetzung: Wirkstoff: 1 Fertigspritze enthält 100 mg Tildrakizumab in 1 ml Lösung. 1 Fertigspritze enthält 200 mg Tildrakizumab in 2 ml Lösung. 1 Fertigspritze enthält 200 mg Tildrakizumab in 2 ml Lösung. 1 Fertigspritze enthält 200 mg Tildrakizumab in 2 ml Lösung. 1 Fertigspritze enthält 200 mg Tildrakizumab in 2 ml Lösung. 1 Fertigspritze enthält 200 mg Tildrakizumab in 2 ml Lösung. 1 Fertigspritze enthält 200 mg Tildrakizumab in 2 ml Lösung. 1 Fertigspritze enthält 200 mg Tildrakizumab in 2 ml Lösung. 1 Fertigspritze enthält 200 mg Tildrakizumab in 2 ml Lösung. 1 Fertigspritze enthält 200 mg Tildrakizumab in 2 ml Lösung. 1 Fertigspritze enthält 200 mg Tildrakizumab in 2 ml Lösung. 1 Fertigspritze enthält 2 m

Almirall, S.A., Ronda General Mitre, 151, 08022 Barcelona, Spanien; Örtlicher Vertreter: Almirall Hermal GmbH, Scholtzstraße 3, 21465 Reinbek, Deutschland, www.almirall.de

enthält 100 mg Tildrakizumab in 1 ml Lösung. 1 Fertigpen enthält 200 mg Tildrakizumab in 2 ml Lösung. Tildrakizumab ist ein humanisierter, monoklonaler IgG1/k-Antikörper, hergestellt in Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO-Zellen) mittels rekombinanter DNA-Technologie. Sonstige Bestandteile: Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Polysorbat 80 (E 433), Saccharose, Wasser für Injektionszwecke. Anwendungsgebiete: Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, klinisch relevante aktive Infektionen, z. B. aktive Tuberkulose. Warnhinweise: Enthält Polysorbat 80 (E 433). Polysorbate können allergische Reaktionen hervorrufen. Nebenwirkungen: Sehr häufig: Infektionen der oberen Atemwege (einschließlich Nasopharyngitis). Häufig: Kopfschmerzen, Gastroenteritis, Diarrhö, Übelkeit, Rückenschmerzen an der Injektionsstelle. Stand der Information: Juni 2024



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie lesen das zweite Hautnetz Magazin und erleben damit einen weiteren Schritt zur Verstetigung unserer Vernetzung und der Erweiterung von 29 Psoriasisnetzen auf noch mehr regionale Hautnetze.

In diesem Heft berichten wir auch über die ersten Netzwerk-Tagungen des neuen Jahres. Dazu gehört sicher das Netzwerksprechertreffen, an dem über 20 regionale Netze vertreten waren und bei dem wir sehr engagiert über die zukünftige Aufstellung der regionalen Versorgung gesprochen haben. Auch die Bedeutung der Netze und die Frage nach ihrem Nutzen war Gegenstand der Diskussion.

Bei allen Herausforderungen gab es den Konsens, dass die zukünftigen Herausforderungen in der Versorgung weiter zunehmen werden, und dass wir diese nur gemeinsam bewältigen können. Dies gilt auf regionaler Ebene wie auch bundesweit. Zum Erhalt unseres Faches gehört auch dessen Weiterentwicklung -

dafür entwickeln DDG und BVDD gerade neue strategische Ziele, zu denen auch die erneute Definition unseres Facharztstandes und die Frage nach der Funktion von Dermatologen in zehn oder sogar in 20 und 30 Jahren gehört. Je klarer wir uns hier positionieren, je profilschärfer unsere zukünftige Ausrichtung ist und je besser wir hier den Schulterschluss mit allen Dermatologen in Klinik und Praxen haben, umso chancenreicher sind wir, uns im Wildwasser des Gesundheitswesens zu behaupten.

Zentrale Themen in den nächsten Jahren werden beispielsweise das Primärarztsystem und die zukünftige Rolle von Hausärzten in der dermatologischen Versorgung sein. Hier gilt es, mitzugestalten und aus der Not eine Tugend zu machen - denn von viel Arbeit bei vergleichsweise wenig Vergütung sind wir im GKV-System als Dermatologen schon lange betroffen und wollen es nicht bleiben. Die zukünftigen Lösungen werden aber weder ohne Hausärzte noch ohne Konsens mit anderen Beteiligten im Gesundheitswesen stattfinden. Deswegen sind gute Ansprachen an die Politik und Selbstverwaltung von immenser Bedeutung. Mit den Netzen stellen wir hier eine Anbietermacht dar, die vom Hautnetz Deutschland im Benehmen mit DDG und BVDD wirksam gemacht werden kann.



Unter dem Dach von Hautnetz Deutschland finden jedoch nicht nur versorgungspolitische Themen ihre Aufmerksamkeit, sondern auch koordinierte Projekte, wie die aktuellen und zukünftigen Patientenregister. Mit dem Dach der Register haben wir auch hier einen großen Schritt zur Erhaltung unserer Konkurrenzfähigkeit und unserer Position im Gesundheitssektor gemacht.

Größte Bedeutung für die Positionierung haben dabei die Nationalen Versorgungsziele, die wir jetzt wirksam auf viele andere Erkrankungen anwenden können. Die dafür notwendigen nationalen Konferenzen sind mit atopischer Dermatitis und chronischem Prurigo 2024 gestartet und nehmen 2025 mit Hidradenitis suppurativa, Urtikaria und Alopecia areata ihren Fortgang. Auch hier gilt, dass wir ausgesprochen gut wahrnehmbar und glaubwürdig für den Gesundheitssektor sind, wenn wir strukturiert aus dem Fach heraus vorgehen.



 $Prof.\ Dr.\ Mark\ Berneburg \cdot Dr.\ Ralph\ von\ Kiedrowski \cdot Prof.\ Dr.\ Matthias\ Augustin \cdot Dr.\ Sandra\ Philipp \cdot Prof.\ Dr.\ Sabine\ Steinke$

Herausgegeben von















Haut ist nicht gleich Haut

Die Haut ist nicht bei allen Menschen gleich. Das triff vor allem zu, wenn es um Menschen verschiedener Hautfarben geht. Während medizinische Fachbücher meist helle Hauttypen als Standard behandeln, wächst nur langsam das Bewusstsein für die Unterschiede zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen.



Den Ursachen von Fatigue auf der Spur

Fatigue ist der Fachbegriff für diese besondere Form von Müdigkeit. Dr. Hanna Graßhoff von der Klinik für Rheumatologie und klinische Immunologie im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Lübeck, erklärte in ihrem Vortrag, was die Forschung bisher über Fatigue bei Psoriasis-Arthritis weiß und was es noch zu untersuchen gilt. Für ihr Studienprojekt dazu erhielt sie die Forschungsförderung des Deutschen Psoriasis Bundes e. V. (DPB) für das Jahr 2024.



Bitte kühl lagern!

Biologika haben die Behandlung von Krankheiten wie Psoriasis und rheumatoider Arthritis revolutioniert. Diese Arzneimittel, deren Herstellung auf biologischen oder biotechnologischen Prozessen beruht, bieten eine gezielte Therapie für Patienten, die auf herkömmliche Arzneimittel nicht ansprechen. Doch neben ihrer Wirksamkeit und Bedeutung für viele Patienten gibt es eine entscheidende Herausforderung: die richtige Lagerung und Kühlung.

Inhalt

06 AKTUELLES

Mut zu neuen Wegen / Psoriasis-Arthritis: Zwei Geschlechter, zwei Geschichten / Patienten mit rheumatischen Erkrankungen holen auf / Atopische Dermatitis: Gewichtszunahme bei Kindern als Risikofaktor / Kalt, kälter, Ganzkörperkältetherapie / TOP-Hautkrebsprävention am Arbeitsplatz im Freien / Alopecia areata: Sexuelle Gesundheit bei der Beratung thematisieren / Könnte es GPP sein? / Haut ist nicht gleich Haut / Telemedizin: Mehr Arztkontakte durch Videosprechstunden? / Farbige Patienten und Melanome / Ein unkomplizierter Weg zu modernen Therapien / Versionscheck Leitlinien / Diversität des Hautmikrobioms: Das Geschlecht hestimmt mit

16 SELBSTHILFE DPB

Den Ursachen von Fatigue auf der Spur

18 FORSCHUNG

Bitte kühl lagern!

20 ARSENAL

Das kleine Einmaleins der Systemtherapien

22 VERSORGUNG - PSOBEST

Das Deutsche Psoriasis-Register PsoBest Prüfarzt bei PsoBest – mitmachen leicht gemacht

25 DERMREGISTER

The Key to Success: DermRegister als Schlüssel zur praxisnahen Versorgungsforschung

26 NACHGEFRAGT

Mit bestem Beispiel voran: BEST PRACTICE in der dermatologischen Praxis

28 VERSORGUNG

Selektivverträge: Die beste Therapie für Haut und Honorare



Mit bestem Beispiel voran: **BEST PRACTICE** in der dermatologischen Praxis

Dr. Dirk Maaßen, niedergelassener Dermatologe in Maxdorf, erklärte im Interview, wie die Arbeitsabläufe in einer dermatologischen Praxis modern und ressourcensparend organisiert werden können. Ein Schlüsselelement dazu ist die Digitalisierung, die auch dazu beiträgt, Patientenströme zu steuern und Praxismitarbeiter zu entlasten.



"Unser Anspruch ist kein kleiner" - Nationale Versorgungskonferenz Haut 2.0

Am 27. Oktober 2023 fand die erste Nationale Versorgungskonferenz Haut (NVK Haut) in Berlin statt. Dort wurde mit den Teilnehmern erstmals genauer abgestimmt, was Aufgaben und Ziele des Hautnetz Deutschland sein werden. Im vergangenen Jahr konnten bereits einige dieser Ziele umgesetzt werden, wie zum Beispiel die Einleitung weiterer Versorgungskonferenzen wie der NVK Prurtitus & Prurigo oder der NVK Atopische Dermatitis im Herbst 2024. Die Kernprobleme der dermatologischen Versorgung in Deutschland sind damit aber noch lange nicht gelöst.

29 NACHLESE

Facts und Feedback zum Welt-Psoriasis-Tag 2024 online

At a Glance: Rückblick auf zwei Jahre NVK seit Gründung des Hautnetz Deutschland

Der Kampf um Leistungsträger -14. NVK Psoriasis

"Unser Anspruch ist kein kleiner" -NVK Haut 2.0

1. NVK Hidradenitis suppurativa -"Wir müssen breiter denken als bei Psoriasis" Netzwerksprechertreffen 2025

40 REGIONALE NETZE UND TERMINE

FÖRDERMITGLIEDER AKTUELL

58 ABOUT A MAGAZINE

Impressum

ISSN 2944-3091

Hautnetz Deutschland

Postalische Anschrift für das Magazin Hautnetz Deutschland e.V.

c/o CVderm UKE Hamburg

Martinistraße 52

20246 Hamburg

Vorstand Hautnetz Deutschland

Prof. Dr. Matthias Augustin Prof. Dr. Mark Berneburg Dr. Sandra Philipp

Prof. Dr. Sabine Steinke Dr. Ralph von Kiedrowski

Wissenschaftlicher Beirat PsoNet

Prof. Dr. Matthias Augustin · Prof. Dr. Wolf-Henning Boehncke · Prof. Dr. Michael Hertl · Dr. Ralph vor Kiedrowski · Prof. Dr. Ulrich Mrowietz · Prof. Dr. Petra Staubach-Renz · Prof. Dr. Diamant Thaçi · Dr. Ansgar Weyergraf

Fördernde Unternehmen

Hautnetz Deutschland & PsoNet

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG · Almirall Hermal GmbH · Boehringer Ingelheim AG & Co. KG · Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA · Celltrion Healthcare Deutschland GmbH · Hexal AG · Incyte Biosciences Germany GmbH \cdot Janssen-Cilag GmbH \cdot LEO Pharma GmbH · Lilly Deutschland GmbH · Novartis Pharma GmbH · Pfizer GmbH · Sanofi-Aventis Deutschland GmbH · UCB Pharma GmbH

Chefredaktion

Merle Twesten (v.i.S.d.P.)

Redaktionelle Mitarbeit

Finja Niemann, Dr. Sandra Philipp, Paula Willer

Medizinisches Lektorat

Dr. Brigitte Stephan

Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinistraße 52

20246 Hamburg

magazin@psonet.de

Medizin & PR GmbH

Eupener Straße $60 \cdot 50933$ Köln

www.medizin-pr.de

Druck

NordMEDIA GbR

Sieker Landstraße 126 · 22143 Hamburg

www.nordmedia24.de

Druckauflage: 6.700 Exemplare

Erscheinungsweise: halbjährlich

Heft verpackt in umweltfreundlicher Folie. Mit einer fachgerechten Entsorgung tragen Sie zu einer funktionierenden Kreislaufwirtschaft bei.

Inhalt und Haftung

Aus Gründen der Lesbarkeit wird im gesamten Hautnetz Magazin das generische Maskulinum verwendet, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

Eine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichungen können Herausgeber und Redaktion trotz sorgfältiger Prüfung nicht übernehmen.

Editorial (Seite 3), Prof. Dr. Matthias Augustin Blickfang (Seite 30/31) "At a Glance", Merle Twesten

© Fotografien/Illustrationen

Titel: Vulp/shutterstock.com

Alle weiteren Copyright-Hinweise finden sich direkt bei den Fotografien/Grafiken.



In den letzten Jahren hat die Forschung zur Psoriasis erhebliche Fortschritte erzielt, indem ein tieferes Verständnis des Pathomechanismus der Erkrankung gewonnen werden konnte. Neue, zielgerichtete Therapien, die eine personalisierte und effektive Behandlung ermöglichen, konnten so entwickelt werden. Prof. Sascha Gerdes, stellvertretender Klinikdirektor am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, erklärt in einem Interview die wichtigsten aktuellen Therapieansätze und Leitlinien. Und macht Mut.

© Sasin Paraksa/shuttterstock.com

ür Patienten mit leichter Psoriasis, bei der zum Beispiel nur die Ellenbogen oder Knie betroffen sind, ist eine topische Behandlung weiterhin der therapeutische Goldstandard. Hier wird häufig ein Kombinationspräparat aus einem Kortikosteroid und einem Vitamin-D3-Analogon verwendet, das eine Anwendung nur einmal täglich erfordert. Diese Methode erlaubt es den meisten Patienten, ihre Symptome effektiv zu kontrollieren und eine gute Lebensqualität zu erreichen. Anders sieht es bei mittelschweren bis schweren Fällen aus, bei denen eine systemische Entzündung vorliegt. Moderne Systemtherapien nutzen ein breites Spektrum von Wirkstoffen, darunter konventionelle Medikamente wie Fumarsäureester und Methotrexat sowie Biologika und Small Molecules. Die Biologika, unterteilt in TNF-Inhibitoren, Interleukin(IL)-17- und IL-23-Hemmer, bieten speziell bei schweren Hautverläufen gute Wirksamkeit und Sicherheit. Letztere zeichnen sich durch ein äußerst niedriges Nebenwirkungsprofil aus und werden immer häufiger bevorzugt. Auch für Kinder und Jugendliche stehen inzwischen sichere Biologika zur Verfügung. Abhängig vom Alter und der individuellen Situation können TNF-alpha- und IL-17-Hemmer eingesetzt werden, die als besonders gut verträglich gelten.

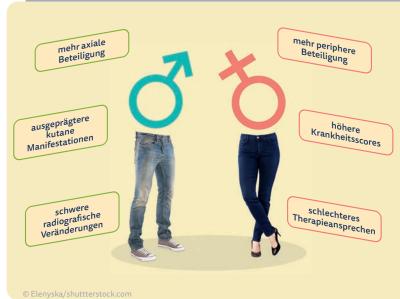
Gerdes unterstreicht, wie wichtig es ist, auch junge Patienten frühzeitig und effektiv zu behandeln, da diese Phase entscheidend für die Lebensqualität ist.

Trotz der beeindruckenden Fortschritte in der Psoriasis-Behandlung zögern einige Dermatologen weiterhin, moderne Biologika und zielgerichtete Therapien einzusetzen. Ein häufiger Grund dafür sind Unsicherheiten hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und möglicher Nebenwirkungen. Doch wie Gerdes betont, ist die Leitlinientreue der Schlüssel: "Wenn man sich an die klar definierten Therapieempfehlungen hält, ist man immer auf der sicheren Seite." Der Appell an Ärzte lautet daher: Die Psoriasis ist heute eine der am besten behandelbaren Erkrankungen in der Dermatologie. Die Vielzahl der verfügbaren Therapien von topischen Anwendungen bis hin zu modernsten Biologika bietet Patienten echte Chancen auf Lebensqualität. Scheu sollte hier keinen Platz mehr haben im Gegenteil, der Mut zu innovativen Ansätzen eröffnet neue Chancen sowohl für Patienten als auch für behandelnde Ärzte. (red)

INTERVIEW GEFÜHRT VON ELENA SCHWEER

Schweer E & Aßfalg A

Psoriasis-Arthritis: Zwei Geschlechter, zwei Geschichten



Obwohl Psoriasis-Arthritis (PsA) Frauen und Männer gleichermaßen betrifft, zeigen sich Unterschiede in der Krankheitspräsentation und -belastung. Frauen haben häufiger periphere PsA, während Männer öfter eine axiale Beteiligung aufweisen. Frauen berichten über stärkere Schmerzen (23% vs. 17%), mehr Fatigue (35% vs. 20%) und größere Funktionseinschränkungen, was ihre Lebensqualität stärker beeinträchtigt. Außerdem sprechen Männer besser auf Therapien an: Männer unter Interleukin(IL)-17-, IL-12- und IL-12/-23-Inhibitoren haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, ein 20%- oder 50 %iges Ansprechen zu erreichen. Diese Unterschiede unterstreichen die Notwendigkeit geschlechtsspezifischer Behandlungsansätze.

(red)

Mod. nach Gebhardt 2024

Gebhardt C
Orthop Rheuma 2024; 27, 16–19



ie Arbeitsmarktsituation von Patienten mit entzündlich-rheumatischen muskuloskelettalen Erkrankungen (iRMDs) hat sich zwischen 2010 und 2022 deutlich verbessert. Studienergebnisse einer Querschnittstichprobe der deutschen Nationaldatenbank von 16.421 Patienten zeigen: Die Beschäftigungsquote stieg bei allen untersuchten Diagnosen. Beispielsweise erhöhte sich die Beschäftigungsrate bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) von 54% auf 68 %, bei Psoriasis-Arthritis (PsA) von 58 % auf 72 % und bei axialer Spondyloarthritis (axSpA) von 65% auf 73%. Für Erkrankungen wie systemischer Lupus erythematodes (SLE) und ANCA-assoziierte Vaskulitis (AAV) sind die Zahlen mit 60 % bzw. 61% zwar niedriger, dennoch ist auch hier ein Aufwärtstrend zu erkennen. Trotz dieser Fortschritte bleibt der Abstand zur allgemeinen Erwerbsquote der deutschen Bevölkerung bestehen. Ein Vergleich zeigt, dass standardisierte Beschäftigungsraten (SER) bei Patienten mit iRMDs durchweg unter 1 liegen (z. B. RA und axSpA jeweils 0,88, AAV 0.73).

Weitere positive Entwicklungen betreffen die Reduktion der krankheitsbedingten Arbeitsausfälle: Median-Abwesenheitstage gingen bei AAV um zehn Tage und bei SLE um elf Tage zurück. Zudem ist der Anteil der Frühberentungen in fast allen Krankheitsgruppen gesunken – bei Patienten mit RA mit einer Krankheitsdauer von über zehn Jahren etwa von 24% auf 10%. Obwohl es zweifelsohne Fortschritte gibt, besteht insbesondere bei Frauen über 45 Jahren sowie bei Patienten mit SLE und AAV weiterhin ein erheblicher Handlungsbedarf. Ziel bleibt eine bessere Unterstützung durch Rehabilitation und

Zugang zu wirksamen Therapien bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. (red)



Atopische Dermatitis: Gewichtszunahme bei Kindern als Risikofaktor

nwiefern Übergewicht oder Gewichtszunahme im Kindesalter die Entstehung immunvermittelter Hauterkrankungen begünstigen, ist unzureichend belegt. Eine groß angelegte koreanische Studie analysierte daher Daten aus einer longitudinalen Kohorte auf einen Zusammenhang zwischen dem Body-Mass-Index (BMI) und den drei wichtigsten immunvermittelten dermatologischen Erkrankungen: Alopecia areata (AA), atopische Dermatitis (AD) und Psoriasis. Die Kohorte umfasste 2.161.900 Kinder, die in den Jahren 2009 bis 2020 an Gesundheitsscreenings teilnahmen.

Die Studiendaten zeigten, dass in der Kohorte ein hoher BMI mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer immunvermittelten Hauterkrankung korrelierte.

Stieg der BMI vom Normalgewicht zur Übergewichtigkeit an, entwickelten die betroffenen Kinder häufiger eine AD als Kinder, die ein normales Gewicht beibehielten (bereinigte Hazard Ratio/HR: 1,15; 95 % Konfidenzintervall/KI: 1,11-1,20).



Als günstig hinsichtlich des Risikos für eine AD erwies sich der Gewichtsverlust hin zu einem normalen BMI. Diese Kinder hatten in Folge ein geringeres Risiko als konstant übergewichtige Kinder (bereinigte HR: 0,87; 95 % Konfidenzintervall/KI: 0,81-0,94). Für AA oder Psoriasis konnte eine entsprechende Korrelation nicht nachgewiesen werden, möglicherweise aufgrund der geringeren Inzidenzen.

Eine Schlussfolgerung der Autoren lautet, dass idealerweise bereits schon vor dem Grundschulalter auf eine gesunde Ernährungs- und Lebensweise geachtet werden sollte, um das Risiko für die untersuchten Erkrankungen zu reduzieren. (red)

Kalt, kälter, Ganzkörperkältetherapie

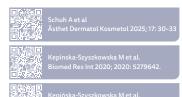
Die Ganzkörperkältetherapie (GKKT) ist längst nicht mehr nur in der Sportmedizin und Rheumatologie etabliert. Auch in der Dermatologie rückt sie zunehmend in den Fokus – mit vielversprechenden, aber noch nicht abschließend belegten Ergebnissen.

KKT - Was steckt dahinter? Die Behandlung erfolgt in Kältekammern mit Temperaturen von -60 bis -180 °C für wenige Minuten. Während die positiven Effekte bei rheumatischen Erkrankungen gut dokumentiert sind, gibt es auch Hinweise auf Vorteile für Hauterkrankungen wie atopische Dermatitis (AD) und Psoriasis. Eine aktuelle Pilotstudie polnischer Wissenschaftler untersuchte, ob wiederholte GKKT-Anwendungen die Besiedlung mit Staphylococcus aureus (S. aureus) bei AD-Patienten beeinflussen können. S. aureus ist ein Bakterium, das die Immunhomöostase der Haut stören und potenziell Hauterkrankungen beeinflussen kann. Es ist bekannt, dass die Exposition gegenüber extrem niedrigen Temperaturen im menschlichen Körper metabolische, hormonelle und thermoregulatorische Reaktionen auslöst - und somit auch S. aureus beeinflussen kann. In der Studie wurden 14 Erwachsene mit milder bis moderater AD (durchschnittlicher SCORAD-Wert: 36,5 Punkte) über 15 Tage täglich mit GKKT behandelt. Die Patienten verbrachten jeweils bis zu drei Minuten in einer Kryokammer bei -120 °C. Die Ergebnisse zeigen, dass GKKT möglicherweise Einfluss auf die bakterielle Besiedlung der Haut nimmt: In exponierten Hautarealen wie dem Nacken oder den Schulterblättern wurde ein abnehmender Trend der S. aureus-Kolonisation beobachtet. In bedeckten Hautbereichen, wie der Lendenregion oder den Kniekehlen, nahm die Bakterienanzahl jedoch tendenziell zu. Insgesamt blieb S. aureus bei den meisten Patienten nachweisbar, jedoch mit variierenden Kolonisierungsraten je nach Hautregion.

Neben der möglichen Modulation der Hautflora könnte die Kältetherapie auch andere Effekte bei AD haben. Die kalten Temperaturen stimulieren das sympathische Nervensystem, lösen Vasokonstriktion und -dilatation aus und könnten so entzündliche Prozesse regulieren.

Dennoch: Die Autoren der Studie betonen, dass es sich um eine kleine Stichprobe handelt und weitere, größere Studien nötig sind, um verlässliche Aussagen über die klinische Relevanz der

Kältetherapie bei AD zu treffen. Erste Ergebnisse sind zwar ermutigend, vorerst bleibt GKKT aber erst mal nur eine interessante, experimentelle Ergänzung in der dermatologischen Therapie. (red)



© Jacob Lund/shuttterstock.com

TOP-Hautkrebsprävention am Arbeitsplatz im Freien

Seit 2015 wird Hautkrebs, der durch UV-Strahlung am Arbeitsplatz verursacht wird, in Deutschland als Berufskrankheit anerkannt – eine wichtige Entwicklung für den Arbeitsschutz. Besonders betroffen sind Berufsgruppen wie Bauarbeiter, Landwirte und andere, die regelmäßig im Freien arbeiten. Präventive Maßnahmen nach dem TOP(technisch, organisatorisch, personenbezogen)-Prinzip und eine bessere Aufklärung sind daher laut Prof. Swen Malte John sehr wichtig, um Betroffene zu schützen und diese vermeidbare Erkrankung in Risikoberufen zu verhindern. In den Niederlanden ist man, was präventive Maßnahmen angeht, schon einen kleinen Schritt weiter: Händedesinfektionsspender aus den

Erstrangige Sonnenschutz- maßnahmen technisch	Zweitrangige Sonnenschutz- maßnahmen organisatorisch	Drittrangige Sonnenschutz- maßnahmen personenbezogen
Vermeidung solarer UV-Exposition	Vermeiden von Arbeiten im Freien während der Spitzenzeiten der UV-Strahlung	Kleidung mit UV-Schutz- faktor, idealerweise lang- ärmlige Hemden, lange Hosen und Handschuhe
alle Formen der Beschattung nutzen (z.B. Sonnensegel)	Verlagerung der Arbeitszeit weg von der Mittagshitze	schützende Kopf- bedeckung mit Krempe sowie Nacken- und Ohrenschutz
	Pausen im Schatten	Augenschutz durch geeignete Sonnenbrille
	Erledigung einzelner Arbeitsaufgaben im Schatten	Sonnenschutzmittel mit Breitbandfilter

Überblick über Sonnenschutzmaßnahmen nach dem TOP-Prinzip (mod. nach Symanzik und John 2024).

Hochzeiten von Corona wurden in Sonnenschutzspender umgenutzt und auf ausgewählten Outdoor-Veranstaltungen, in Stadtparks, an Schulen oder Stränden werden kostenlos Spender mit Sonnenschutzmittel bereitgestellt. (red)



Alopecia areata: Sexuelle Gesundheit bei der Beratung thematisieren

ass die Alopecia areata (AA) die Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigt, ist bekannt. Bislang fehlten jedoch Erkenntnisse zu den Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit. Eine Querschnittsstudie verglich vor diesem Hintergrund 60 gesunde Kontrollpersonen und 60 Patienten mit AA. Die sexuelle Funktion wurde anhand einer numerischen Skala und durch geschlechterspezifische Fragebögen eingestuft.

In der Studienkohorte korrelierte eine AA bei Patienten beiderlei Geschlechts häufiger mit einer sexuellen Dysfunktion als in der gesunden Kontrollgruppe. Relevante Unterschiede wurden jedoch beim Vergleich von Männern und Frauen mit AA festgestellt.

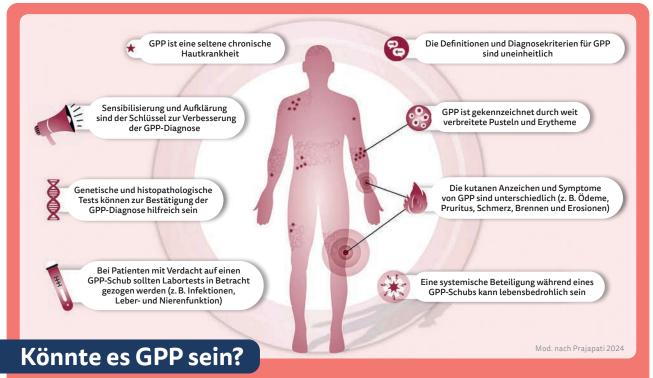
Sowohl gegenüber der gesunden Kontrollgruppe als auch im Vergleich zu Männern mit AA wiesen die erkrankten Frauen eine höhere Prävalenz einer sexuellen Funktionsstörung auf (p < 0,05). Zudem trat eine sexuelle Dysfunktion bei den Patientinnen häufiger in jüngerem Lebensalter und bei kürzerer Krankheitsdauer auf. Die Einschränkung der sexuellen Ge-



sundheit bei Frauen führte häufiger als bei Männern zu Angstzuständen und Depressionen (p < 0,05). Eine sexuelle Dysfunktion aufgrund der AA trat bei Männern hingegen eher in einem höheren Alter und bei einem höheren Schweregrad der AA auf (p < 0,05). Erkrankte Männer waren nicht in gleichem Ausmaß wie Frauen von Angstzuständen und Depressionen betroffen. Die Autoren der Studie betonen, dass bei Beratungsgesprächen

von Patienten mit AA auch das Thema der sexuellen Gesundheit Raum einnehmen sollte. (red)





Die generalisierte pustulöse Psoriasis (GPP) ist eine seltene chronische Hauterkrankung mit uneinheitlichen Definitionen und Diagnosekriterien. Aufgrund dessen wird diese Erkrankung oft nicht erkannt und folglich falsch behandelt. Eine Übersichtsarbeit kanadischer Forscher fasste die wichtigsten Merkmale und Hürden zusammen. Charakteristisch sind weit verbreitete Pusteln und Erytheme, die oft von weiteren Anzeichen und Symptomen wie schwerem Juckreiz oder feuerroter/verfärbter Haut begleitet werden.

Die Diagnose von GPP kann oft allein aufgrund klinischer Befunde gestellt werden. Sind diese Befunde nicht eindeutig, können genetische Tests und histopathologische Analysen von Hautbiopsien für eine endgültige Diagnose herangezogen werden. Als präventive Maßnahme sollten Patienten darüber aufgeklärt werden, welche Auslöser zu einem Schub führen. So kann es gelingen, weitere Schübe zu verhindern oder zu verzögern. (red)

Hautnetz Magazin · 1/2025



verschiedenen ethnischen Gruppen.

ie Definition des Begriffs "skin of color" (SOC) ist nicht immer einfach ist. Die derzeit gängigen Klassifikationen, wie das Fitzpatrick-System, basieren auf subjektiven Einschätzungen und sind daher fehleranfällig. Dennoch gibt es klare Unterschiede in der Hautbeschaffenheit verschiedener Ethnien. Studien zeigen, dass Afroamerikaner im Vergleich zu anderen

Ethnien niedrigere Ceramidwerte und ein geringeres Ceramid-Cholesterin-Verhältnis aufweisen. Diese Unterschiede wirken sich direkt auf die Hautbarriere aus, da Ceramide eine essenzielle Rolle in der Feuchtigkeitsregulation und Schutzfunktion der Haut spielen. Darüber hinaus ist dunklere Haut häufig dichter strukturiert und besitzt mehr Zellschichten als weniger pigmentierte Haut. Auch bei dermatologischen Erkrankungen zeigen sich Unterschiede: Atopische Dermatitis, Akne und Psoriasis treten bei Menschen mit dunklerer Haut häufiger auf, äußern sich jedoch anders als bei helleren Hauttypen.

Eine gestörte Hautbarriere geht häufig mit einem Verlust an Ceramiden einher. Um die natürliche Schutzfunktion der Haut zu erhalten, empfiehlt sich daher eine gezielte Basistherapie mit ceramidhaltigen Pflegeprodukten. Untersuchungen belegen, dass diese Pflegeprodukte eine signifikante Verbesserung der Hautfeuchtigkeit bewirken und die Hauttrockenheit über mindestens 24 Stunden hinweg reduzieren können. Auch beim

SCORAD-Wert zeigten ceramidhaltige Feuchtigkeitscremes eine signifikant stärkere Verbesserung als andere Produkte. Wichtig ist ein zweiter Blick, denn Hauterkrankungen bei Menschen mit dunkler Haut weisen oft ein anderes Erscheinungsbild auf als bei helleren Hauttypen. Schuppen erscheinen auf dunkler Haut eher aschfarben als weiß. Auch Entzündungen äußern sich anders: Während sie bei hellen Hauttypen meist durch Rötungen sichtbar werden, treten sie bei dunkleren Hauttypen häufig in Form von grauen oder schwarzen Verfärbungen auf. Zudem kommt es bei Menschen mit dunklerer Haut häufiger zu postinflammatorischen Hyperpigmentierungen, beispielsweise nach Akne oder Verletzungen. Auch hypertrophe Narben treten bei diesen Hauttypen vermehrt auf. Mit der zunehmenden Globalisierung wächst die Notwendigkeit, dermatologische Forschung stärker auf verschiedene Hauttypen auszurichten. Hautkrankheiten und deren Behandlung sollten nicht ausschließlich an hellen Hauttypen

Damit müssen sich nicht nur große Institute und Klinken beschäftigen, sondern auch kleine Praxen. (red)





Telemedizin: Mehr Arztkontakte durch Videosprechstunden?



elemedizinische Konsultation via Videogespräch, Telefonat oder Chat könnten eine kostengünstige Alternative zu Praxisbesuchen darstellen. Eine schwedische Studie wollte indirekt Aufschluss darüber geben, ob sich solche Gespräche aus gesundheitsökonomischer Perspektive lohnen.

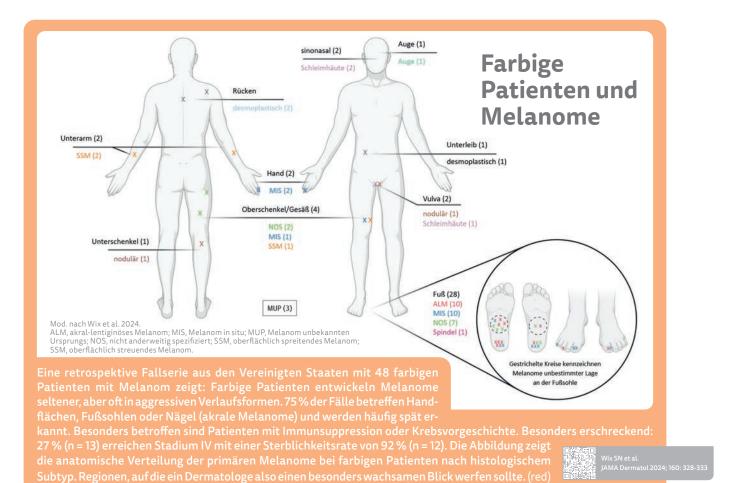
Untersucht wurden sogenannte direct-to-consumer (DTC)-Konsultationen und traditionelle Arztgespräche im Raum Stockholm, Die Besonderheit: Bei einem DTC-Kontakt werden die Patienten nicht mit ihrem primären Arzt vernetzt, sondern mit einer zentralen Beratungsstelle. Eingeschlossen wurden Patienten, die im ersten Halbjahr 2018 mindestens einen Kontakt hatten - telemedizinisch (n = 1.689.486) oder in einer Arztpraxis (n = 92.491). Die Daten wurden hinsichtlich Diagnose und demografischer sowie sozioökonomischer Variablen verglichen.

Besonders häufig wurde die Möglichkeit der DTC-Telemedizin zum Beispiel bei Infektionen und Hauterkrankungen genutzt. Insbesondere für den Bereich der Dermatologie sehen die Studienautoren die Chance, einen ungedeckten Bedarf zu decken. Ein zentrales Ergebnis der Untersuchung war allerdings, dass die Nutzung von DTC-Telemedizin alters- und erkrankungsunabhängig zu einem kurzfristigen Anstieg nachfolgender persönlicher Arztgespräche führte. Dies war einen Monat nach dem Gespräch und auch zwei bis sechs Monate nach der initialen Konsultation messbar.

Insbesondere in Bezug auf die Kosteneffizienz sprechen sich die Autoren daher für weitere Untersuchungen aus, die den

Nutzen der DTC-basierten Telemedizin auf spezifische Diagnosen und Behandlungen eingrenzen könnten. (red)





Ein unkomplizierter Weg zu modernen Therapien

Linische Studien gelten teils als komplexes Thema und eher schwer zugänglich im Praxisalltag. Doch die Empfehlung von Patienten für eine Studienteilnahme kann einfacher sein, als man vermuten mag. Dabei profitieren nicht nur die Teilnehmer von modernen Therapieansätzen, sondern auch die Medizin insgesamt, indem neue Behandlungsmethoden schneller zur Anwendung gelangen.

Ein wesentliches Element klinischer Studien ist ihre klare Struktur. Von der ersten Phase, in der die Sicherheit eines neuen Wirkstoffs an gesunden Probanden getestet wird, über die zweite Phase, die erste Erkenntnisse zur Wirksamkeit liefert, bis hin zur dritten Phase mit groß angelegten Studien – jede Stufe ist wichtig, um schlussendlich fundierte medizinische Erkenntnisse zu gewinnen.

Für Patienten kann eine Studienteilnahme erhebliche Vorteile bieten – gerade für solche, die unter schweren Erkrankungsformen und -verläufen leiden. Sie erhalten frühzeitig Zugang zu modernen Therapien, werden engmaschig medizinisch betreut und tragen aktiv zur Weiterentwicklung medizinischer Standards bei. Damit schlägt man zwei Fliegen mit einer Klappe: Klinische Studien bieten nicht nur eine Option für austherapierte Fälle, sondern auch eine sinnvolle Ergänzung zu bestehenden Behandlungsmöglichkeiten.

Die Rolle der niedergelassenen Ärzte ist dabei entscheidend, denn für viele Patienten sind sie häufig die ersten Ansprechpersonen. Ärzte können durch eine gezielte Empfehlung den Weg in eine passende Studie ebnen. Die Überweisung in eine solche



Studie ist dabei keineswegs komplizierter als andere Überweisungen - vielmehr kann sie mit dem richtigen Wissen und klaren Prozessen problemlos in den Praxisalltag integriert werden. Das geht ganz einfach über Seiten wie clinicaltrials.gov. Innerhalb von zehn Minuten kann über dieses Portal eine passende Studie gefunden werden. Dafür braucht es oft nur wenige Angaben: Erkrankung, Ort, Intervention/Behandlung und den Studienstatus "Recruiting and not yet recruiting studies". In der Zusammenarbeit gibt es grundsätzlich nur zwei klare Grenzen. Erstens darf die sogenannte Entblindung eines Patienten nicht vor Studienende erfolgen. Eine Ausnahme besteht lediglich in medizinischen Notfällen. Zweitens darf kein Patient zu einer Teilnahme gedrängt oder zum Verbleib in der Studie überredet werden. Die Entscheidung zur Teilnahme ist stets freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Diese Grundsätze sind fest in der Good Clinical Practice verankert.

Klinische Studien sollten nicht als aufwendige Ausnahme, sondern als eine wertvolle Option für geeignete Patienten betrachtet werden. Wer sich frühzeitig informiert und mit Studienzentren vernetzt, kann diese Möglichkeit optimal in seine Praxis einbinden und den medizinischen Fortschritt aktiv mitgestalten. (red)

Versionscheck Leitlinie				
Aktuelle Leitlinien	Evidenz	AWMF-Nr.	Gültig bis	Link AWMF
Adulte Weichgewebesarkome	S3	032 - 0440L	06.09.26	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/032-0440L
Aktinische Keratose und Plattenepithelkarzinom der Haut	S3	032 - 0220L	30.12.27	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/032-022OL
Akuttherapie und Management der Anaphylaxies	S2k	061 - 025	30.01.26	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/061-025
Allergen-Immuntherapie bei IgE-ver- mittelten allergischen Erkrankungen	S2k	061 - 004	29.06.27	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/061-004
Allergieprävention	S3	061 - 016	01.01.26	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/061-016
Allergologische Diagnostik von Überempfindlichkeitsreaktionen auf Arzneimittel	S2k	061 - 021	30.06.28	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/061-021
Analer Pruritus	S1	013-063	31.08.29	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-063
Basalzellkarzinom der Haut	S2k	032 - 021	31.12.28	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/032-021
Diagnostik und Therapie der zirkumskripten Sklerodermie	S2k	013-066	11.10.28	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-066
Diagnostik und Therapie des chronischen Pruritus	S2k	013-048	05.07.26	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-048
Diagnostik und Therapie des kutanen Lupus erythematodes	S2k	013-060	24.03.25	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-060
Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms	S3	007-1000L	01.03.26	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/007-1000L
Diagnostik und Therapie des Schleimhautpemphigoids	S2k	013 - 102	28.02.27	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-102
Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum	S2k	037-009	21.01.29	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/037-009
Diagnostik und Therapieoptionen von Aphthen und aphthoiden Läsionen der Mund- und Rachenschleimhaut	S2k	007-101	29.04.28	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/007-101
Extrakorporale Photopherese (ECP)	S2k	013-072	26.01.27	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-072
nfantile Hämangiome im Säuglings- und Kleinkindesalters	S2k	006-100	31.10.25	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/006-100
Komplementärmedizin in der Behand- ung von onkologischen PatientInnen	S3	032 - 0550L	31.05.29	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/032-0550L
Kutane Lyme Borreliose	S2k	013-044	27.02.28	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-044
Kutane Lymphome	S2k	032 - 027	31.08.26	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/032-027
_asertherapie der Haut	S2k	013 - 095	10.01.27	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-095
_ipödem	S2k	037-012	21.01.29	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/037-012
Lokaltherapie schwerheilender und/ oder chronischer Wunden aufgrund von peripherer arterieller Verschlusskrank- heit, Diabetes Mellitus oder chronischer venöser Insuffizienz		091-001	10.09.28	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/091-001
Medizinisch klinische Diagnostik bei Schimmelpilzexposition in Innenräumen	S2k	161 - 001	04.09.28	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/161-001
Merkelzellkarziom	S2k	032-023	30.06.26	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/032-023
Myositissyndrome	S2k	030-054	27.04.27	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/030-054
Nationale Versorgungs Leitlinie (NVL) Typ-2-Diabetes	S3	nvl - 001	14.05.28	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/nvl-001
Neuroborreliose	S3	030-071	29.04.27	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/030-071
Periphere arterielle Verschluss- krankheit (PAVK), Diagnostik, Fherapie und Nachsorge	S3	065 - 003	17.09.29	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/065-003
Prävention von Hautkrebs	S3	032 - 052OL	01.03.26	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/032-0520L
Prävention, Diagnostik und Therapie des Handekzems	S2k	013-053	22.02.28	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-053
Rosazea	S2k	013-065	31.12.26	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-065

Teledermatologie	S2k	013 - 097	21.10.25	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-097
Therapie der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen	S2k	013 - 094	31.12.26	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-094
Therapie pathologischer Narben (hypertrophe Narben und Keloide)	S2k	013-030	26.03.25	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-030
Umgang mit Antikoagulantien und Thrombozytenaggregationshemmern bei Operationen an der Haut	S3	013 - 085	31.12.25	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-085

Stand: 12.03.2025

Angemeldete Leitlinienvorhaben und Updates	Evidenz	AWMF-Nr.	Gültig bis	Link AWMF	
Analfissur	S3	081-010	Keine Angabe	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/081-010	Update / geplante Fertigstellung: 31.12.2025
Atopische Dermatitis (AD)	S 3	013-027	15.06.28	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-027	Update / geplante Fertigstellung: 30.09.2027
Chronischer Pruritus	S2k	013-048	05.07.26	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-048	Update / geplante Fertigstellung: 30.06.2025
Diagnostik und Therapie der Gonorrhe	S2k	059 - 004	20.12.23	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/059-004	Update / geplante Fertigstellung: 31.12.2026
Diagnostik und Therapie der Lymphödeme	S2k	058 - 001	22.05.22	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/058-001	Update / geplante Fertigstellung: 31.03.2026
Diagnostik und Therapie des Pemphigus vulgaris / foliaceus und des bullösen Pemphigoids	S2k	013-071	20.06.24	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-071	Update / geplante Fertigstellung: 30.06.2025
Diagnostik und Therapie der Syphilis	S2k	059 - 002	26.04.25	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/059-002	Update / geplante Fertigstellung: 31.12.2025
Diagnostik und Therapie der Varikose	S2k	037-018	30.03.24	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/037-018	Update / geplante Fertigstellung: 30.06.2025
Diagnostik und Therapie des Zoster und der Postzosterneuralgie	S2k	013-023	23.05.24	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-023	Update / geplante Fertigstellung: 31.12.2025
Durchführung des Epikutantests mit Kontaktallergenen und Arzneimitteln	S3	013-018	19.03.24	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-018	Update / geplante Fertigstellung: 31.12.2028
Gebrauch von Präparationen zur lokalen Anwendung auf der Haut	S2k	013 - 092	31.10.22	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-092	Update / geplante Fertigstellung: 30.06.2025
Generalisierte pustulöse Psoriasis (GPP)	S1	013-107		https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-107	Neu / geplante Fertigstellung: 30.06.2025
Hämorrhoidalleiden	S3	081-007	31.03.24	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/081-007	Update / geplante Fertigstellung: 31.03.2026
Infektionen mit Chlamydia Trachomatis	S2k	059 - 005	29.08.21	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/059-005	Update / geplante Fertigstellung: 31.12.2024
Klassifikation, Diagnostik und Therapie der Urtikaria	S3	013-028	31.01.25	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-028	Update / geplante Fertigstellung: 30.04.2025
Long/Post-COVID	S1	020-027	30.05.25	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/020-027	Update / geplante Fertigstellung: 31.05.2025
Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien	S2k	061 - 031	31.12.24	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/061-031	Update / geplante Fertigstellung: 31.12.2025
Medizinische Kompressionstherapie der Extremitäten mit Medizinischem Kompressionsstrumpf (MKS), Phlebo- logischem Kompressionsverband (PKV) und Medizinischen adaptiven Kompres- sionssystemen (MAK)	S2k	037-005	31.12.23	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/037-005	Update / geplante Fertigstellung: 30.06.2025
Prophylaxe der venösen Thrombo- embolie (VTE)	S3	003 - 001	14.10.20	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/003-001	Update / geplante Fertigstellung: 27.08.2025
Psoriasis	S3	013-001	30.06.25	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-001	Update / geplante Fertigstellung: 30.06.2025
Psoriasis-Arthritis	S3	060-013		https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/060-013	Neu / geplante Fertigstellung: 30.06.2025
Psychodermatologie	S1	013-024	30.03.23	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-024	Update / geplante Fertigstellung: 30.04.2026
Sexuell übertragbare Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik, Therapie	S2k	059 - 006	01.08.23	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/059-006	Update / geplante Fertigstellung: 31.12.2026
Sinus pilonidalis	S3	081-009	31.03.25	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/081-009	Update / geplante Fertigstellung: 23.10.2029
Sklerosierungsbehandlung der Varikose	S2k	037-015	30.12.23	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/037-015	Update / geplante Fertigstellung: 30.06.2025
Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen – interdisziplinäre Querschnittsleitlinie	S3	032 - 0440L	26.08.24	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/128-0010L	Update / geplante Fertigstellung: 31.05.2026
UV-Fototherapie	S1	013-029	30.08.20	https://register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/013-029	Update / geplante Fertigstellung: 30.06.2025

Stand: 12.03.2025

CONTEXT IS FOR KINGS

Leitlinien ordnen das medizinische Wissen

Leitlinien geben Empfehlungen, wie eine Erkrankung festgestellt und die Patienten angemessen behandelt werden sollten. Sie richten sich vor allem an Ärzte, aber auch an Pflegekräfte und andere Akteure im Gesundheitswesen.

Durch Leitlinien soll die Transparenz medizinischer Entscheidungen gefördert werden. Sie werden entwickelt, indem zu speziellen Versorgungsproblemen Wissen aus unterschiedlichen Quellen zusammengetragen und bewertet wird. Dabei werden auch gegensätzliche Standpunkte und besondere situative Erfordernisse bei der Leitlinienentwicklung berücksichtigt und diskutiert.

Leitlinien beruhen somit stets auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren. So sollen sie zu mehr Sicherheit in der medizinischen Versorgung beitragen und dabei möglichst auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Zwar sind Leitlinien in erster Linie für Ärzte geschrieben, anders als Richtlinien sind sie aber weder für Ärzte noch für andere bindend. Letztlich unterstützen Leitlinien die Verbreitung einer evidenzbasierten Medizin.

S3	evidenz- und konsensbasierte Leitlinie	repräsentatives Gremium, systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur, strukturierte Konsensfindung
S2e	evidenzbasierte Leitlinie	systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur
S2k	konsensbasierte Leitlinie	
S 1	Handlungsempfehlungen von Expertengruppen	

Die S-Klassen: Methodischer Hintergrund von Leitlinien

Die Entwicklung von Leitlinien findet durch die einzelnen medizinischen Fachgesellschaften statt, seit 1992 koordiniert durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die damit auch für die Einhaltung bestimmter Qualitätskriterien sorgt.

AWMF-Leitlinien sind im Internet zugänglich und werden in drei Entwicklungsstufen kategorisiert. Lediglich Leitlinien der Stufen 2e und 3 gelten als evidenzbasiert, das heißt, ihre Entwicklung basiert in allen Schritten auf einem maximal systematischen und transparenten Vorgehen. Die methodische Qualität einer S3-Leitlinie ist dementsprechend höher als die einer S2- oder S1-Leitlinie. Stand 2024 listet die AWMF über 800 Leitlinien, davon in etwa 29% in der Kategorie S1, weitere 44% in S2 und lediglich 25% sind S3-Leitlinien.

Wie entstehen Leitlinien?

Leitlinien werden systematisch entwickelt und folgen einem bestimmten Ablauf. Zuerst wird eine Leitlinienkommission mit Fachleuten zu der Erkrankung gebildet. Diese tragen dann möglichst vollständig das Wissen aus verschiedenen Quellen zusammen und bewerten es nach festgelegten Kriterien. Unterschiedliche Einschätzungen und Standpunkte werden diskutiert und in der Leitlinie auch möglichst angemessen berücksichtigt ("strukturierte Konsensfindung"). Zudem müssen alle Beteiligten ihre potenziellen Interessenskonflikte offenlegen. Die umfangreiche Entwicklung einer S3-Leitlinie kann mehrere Jahre dauern.



Diversität des Hautmikrobioms: Das Geschlecht bestimmt mit

Bekannt ist, dass sich die Physiologie der Haut bei Männern und Frauen unterscheidet. Dementsprechend wurde bislang angenommen, dass auch das Hautmikrobiom geschlechtsabhängig variiert. Spannende Erkenntnisse hierzu liefert die longitudinale norwegische RHINESSA-Studie mit 168 Probanden, davon 49,4% Frauen. Zu Baseline (2013-2015) und beim Follow-Up (2020-2021) wurden Abstriche von der dorsalen Hand gemacht.

Im Verlauf der sechs Studieniahre kam es allgemein zu einer Zunahme der bakteriellen Vielfalt. Ein unerwartetes Resultat, wie die Studienautoren betonen, da das Follow-Up in die COVID-19-Pandemie mit ihren strengen Hygienevorschriften fiel. Die Zusammensetzung des Mikrobioms unterschied sich jedoch statistisch signifikant in Bezug auf das Geschlecht. Zum Beispiel dominierte bei Frauen zu beiden Probezeiträumen Streptococcus. Bei Männern überwog jeweils der Anteil an Corynebacterium und Staphylococcus.

Trat während der COVID-19-Pandemie ein Handekzem auf oder kam es zu einer Verschlechterung eines bestehenden Ekzems, war dies mit einem Anstieg von Staphylococcus assoziiert. Eine geschlechtsspezifische Analyse konnte aufgrund

der geringen Subgruppengröße nicht durchgeführt werden. Häufiges Händewaschen resultierte in einer geringeren mikrobiellen Diversität. Beobachtet wurde beispielsweise ein Anstieg von Staphylococcus und Pseudomonas, während Propionibacterium und Pelomonas anteilig sanken. Der häufige Gebrauch von Handcremes bewirkte einen Anstieg an Pseudomonas. Die geschlechtsabhängige Auswertung wurde den Autoren zufolge dadurch erschwert, dass nur wenige teil-

nehmende Männer eine Handcreme verwendeten. (red)





Clear Satisfaction Schnell^o & langanhaltend* vollständig erscheinungsfreie Haut*^{1,2}



Taltz® – Der IL-17A-Inhibitor für Kinder# und Erwachsene mit Plaque-Psoriasis+ und Erwachsene mit Psoriasis-Arthritis++



°Signifikant schnelleres PASI-100-Ansprechen vs. Guselkumab in Woche 12: Ixekizumab = 41,3%; Guselkumab = 24,9%.2 PASI 100, Woche 264: 66,5% (Post-hoc Analyse, as observed; Woche 0: N = 385; Woche 264: Nx = 194).¹ #Ab 6 Jahren ≈ 25 kg, +Taltz ist zugelassen für Erwachsene und Kinder (ab 6 Jahren, Körpergewicht ≥ 25 kg) mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen. ++Taltz allein oder in Kombination mit Methotrexat, ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die unzureichend auf eine oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARD) angesprochen oder diese nicht vertragen haben.

1. Blauvelt A et al. J Am Acad Dermatol. 2021 Aug;85(2):360-368. 2. Aktuelle Taltz® Fachinformation

Bezeichnung des Arzneimittels: Taltz* 80 mg Injektionslösung in einem Fertigpen/in einer Fertigspritze. Zusammensetzung: Arzneilich wirksamer Bestandteil: Fertigpen/Fertigspritze enthält 80 mg Ixekizumab in 1 ml Lösung; sonstige Bestandteile: Saccharose, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke, Natriumfydroxid kann zur pH Wert Einstellung verwendet werden. Anwendungsgebiete: <u>Plaque-Psoriasis</u>, eie für eine systemische Therapie infrage kommen. <u>Plaque-Psoriasis</u>, die für eine systemische Therapie infrage kommen. <u>Plaque-Psoriasis</u>, die für eine systemische Therapie infrage kommen. <u>Psoriasis-Arthritis</u>. Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab einem Alter von 6 Jahren mit einem Körpergewicht von mindestens 25 kg, die für eine systemische Therapie infrage kommen. <u>Psoriasis-Arthritis</u>. Behandlung allein oder in Kombination mit Methotrexat von erwachsenen Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis. die unzureichend auf eine oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika angesprochen oder diese nicht vertragen haben. <u>Aviale Spondyloarthritis</u>: Behandlung von erwachsenenen Patienten aktiver instigenologischer axialer Spondyloarthritis: Behandlung von erwachsenenen Patienten mit aktiver richtgenologischer axialer Spondyloarthritis: Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiver richtgenologischer axialer Spondyloarthritis: Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiver richter-öntgenologischer axialer Spondyloarthritis: Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiver richter-öntgenologischer axialer Spondyloarthritis: Behandlung, nachgewiesen durch erhöhtes C reaktives Protein und/oder Magnetresonanztomographie, die unzureichend auf nicht-steriodale Antirheumatika angesprochen haben. <u>Gegenanzeigen</u>: Schwerwiegende Überempfindlichkeit gegen Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Kilnisch relevante aktive Infektionen, 2 Habitige: Tinshüffig: Infektionen der oberen Atemwege, Reaktionen an der Injektionenstelle. <u>Habitige</u>: Tinshungen Sehr häufi



atigue ist der Fachbegriff für diese besondere Form von Müdigkeit. Graßhoff von der Klinik für Rheumatologie und klinische Immunologie im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Lübeck (Leitung: Prof. Gabriela Riemekasten), erklärte in ihrem Vortrag, was die Forschung bisher über Fatigue bei Psoriasis-Arthritis weiß und was es noch zu untersuchen gilt. Für ihr Studienprojekt dazu erhielt sie die Forschungsförderung des Deutschen Psoriasis Bundes e. V. (DPB) für das Jahr 2024.

Bei einem Drittel der Patienten mit Psoriasis und Psoriasis-Arthritis kann durch eine gute entzündungshemmende Therapie auch die Fatigue behandelt werden.

Zusammen mit Kollegen aus der Dermatologie betreut die Assistenzärztin die Interdisziplinäre Sprechstunde. Dort hat sie durch die Gespräche mit Patienten schnell gemerkt: "Wir haben ein Problem!" Dieses Problem ist chronische Müdigkeit, Erschöpfung

und fehlende Leistungsfähigkeit im Alltag. "Das Verhältnis zwischen Anstrengung und anschließender fehlender Leistungsfähigkeit stimmt nicht", beschrieb die Referentin ein wichtiges Symptom der Fatigue. Die Betroffenen könnten ihren Alltag meist nur schwer meistern, geschweige denn, ihren Beruf ausüben.

Zahlen der Autoimmune Association in den USA belegen, wie verbreitet Fatigue bei Menschen mit einer entzündlichen Erkrankung ist. Danach gaben 98% der Befragten an, unter Fatigue zu leiden. 59% gaben an, dass Fatigue das Symptom sei, das sie am stärksten einschränkt. 75% schätzten, dass Fatigue Auswirkungen auf ihre Leistungsfähigkeit bei der Arbeit habe und 21% hatten sogar ihre Arbeit aufgrund der Fatigue verloren. "Es ist doch verrückt, wenn 98% der Patienten ein Symptom angeben, das sie subjektiv empfinden – und wir reden gar nicht darüber", fasste Graßhoff die aktuelle Situation zusammen. Dabei wird die wirtschaftliche Bedeutung dieses Problems mit der schwerster Lungen- oder Herzerkrankung verglichen. "Aber bei Fatigue kümmert sich niemand."

Bei ersten Befragungen zur Fatigue bei Patienten mit Psoriasis und Psoriasis-Arthritis in ihrem Institut und am Zentrum für Entzündungsmedizin am UKSH Lübeck (Leitung: Prof. Diamant Thaçi) hat die Wissenschaftlerin die Zahlen

Im Uniklinikum Lübeck existiert inzwischen eine Spezialambulanz Fatigue. Die Krankenkassen bezahlen zwei Besuche.

aus den USA bestätigt gefunden. In Lübeck gaben ebenfalls rund 90 % der Befragten mit entzündlichen rheumatischen Erkrankungen eine Fatigue an. 50 bis 60 % hatten eine schwere, und etwa 30 % eine leichte Fatigue.

Diese Personen hat das Forschungsteam um Graßhoff in drei Gruppen eingeteilt:

- 1. Betroffene ohne schwere Fatigue, die auch im Verlauf der Psoriasis-Behandlung keine schwere Fatigue entwickeln.
- 2. Betroffene, die zu Beginn eine schwere Fatigue haben, die sich unter der Psoriasis-Behandlung bessert.
- 3. Betroffene, die zu Beginn eine schwere Fatigue haben, die sich aber unter der Psoriasis-Behandlung nicht bessert.

Jede Gruppe macht etwa ein Drittel der Betroffenen aus. Die Betrachtung dieser drei Gruppen lässt den Schluss zu, dass die Fatigue unterschiedliche Ursachen haben muss. Diesen Ursachen will das Forschungsprojekt aus Lübeck auf den Grund gehen. Denn letztlich kann eine gezielte Behandlung der Fatigue nur erfolgen, wenn die Ursachen bekannt sind.

Als mögliche Ursachen haben die Forschenden unter anderem vier Bereiche ermittelt, die eine Rolle bei der Entwicklung von Fatigue spielen könnten:

- Entzündungen
- Schlafstörungen
- Social Jetlag
- Antikörper



Fatigue und Entzündung

Bei einem Drittel der Patienten mit Psoriasis und Psoriasis-Arthritis kann durch eine gute entzündungshemmende Therapie auch die Fatigue behandelt werden. Das scheint nach Auf-

fassung von Graßhoff eine Form der Fatigue zu sein, bei der die Herabregelung der Entzündung der Haut und der Gelenke auch die Übertragung von Entzündungsbotenstoffen ins Gehirn vermindert. Entzündungsmediatoren überschreiten nicht mehr die Blut-Hirn-Schranke, um dort die Mechanismen zu befeuern, die zu Depression und Müdigkeit führen. Weil es dazu bereits Forschung gibt, will das Team aus Lübeck zu den anderen Ursachen forschen.



Fatigue und Schlafstörungen

Bis zu 85 % der Patienten mit Psoriasis und Psoriasis-Arthritis berichten über Schlafstörungen. Und gerade bei Personen mit Psoriasis-Arthritis besteht

ein hohes Risiko für Atemaussetzer im Schlaf (obstruktives Schlafapnoe-Syndrom). Mithilfe einer speziellen Schlafmatte, die bei den Studienteilnehmenden unter das Laken gelegt wird, soll die Schlafqualität ermittelt werden. Dabei können eine Reihe von Parametern gemessen werden – etwa die Herzfrequenz, die Atemfrequenz und die Schlafqualität. Eine solche Diagnostik, die zu Hause durchgeführt werden kann, könnte ein Screening für eine spätere Behandlung im Schlaflabor darstellen.

Fatigue und Social Jetlag

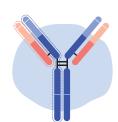
Alle kennen Jetlag vom Fliegen, wenn der Körper seine innere Uhr an eine neue Zeitzone anpassen muss. Aber viele Menschen haben auch einen



Jetlag im Alltag. Er tritt auf, wenn die innere biologische Uhr nicht mit den äußeren gesellschaftlichen Verpflichtungen wie Arbeit, Schule oder soziale Aktivitäten übereinstimmt. Das passiert beispielsweise, wenn Menschen am Wochenende ausschlafen könnten, aber der Hund oder die Kinder sie frühzeitig wecken. "Wirfolgen nicht unserem Schlafrhythmus, sondern wir folgen einem Schlafrhythmus, der uns vorgegeben wird", erklärte Graßhoff, die betonte, dass die gesundheitlichen Auswirkungen eines Jetlags nicht zu unterschätzen seien. "Wenn der Körper das über viele Jahre an fünf bis sieben Tagen in der Woche aushalten muss, kann das irgendwann Auswirkungen haben." Ihre Forschungsgruppe möchte ermitteln, wer an dieser Störung der inneren Uhr leidet und was das im Körper auslöst.

Fatigue und Antikörper

Aus der Long-Covid-Forschung ist bekannt, dass bestimmte Antikörper an Rezeptoren auf Blutgefäßen binden können und damit die Gefäße eng stellen. Die Durchblutung sinkt. Auch bei einer Belastung des Gehirns oder des Körpers lässt sich die Durchblutung nicht steigern.



Dadurch kommt es sehr schnell zu einer Unterversorgung der Muskulatur und die Leistungsfähigkeit sinkt. Erste Untersuchungen haben gezeigt, dass Menschen mit schwerer Fatigue bei Psoriasis-Arthritis auch diese Antikörper im Blut haben. Im Forschungsvorhaben soll genauer auf die Rolle dieser Antikörper bei Fatigue geschaut werden. Graßhoff zeigte sich zuversichtlich, dass mit den Erkenntnissen über die Ursachen der Fatigue eine zielgerichtetere Behandlung erleichtert werde. "Damit wollen wir dann Berufs- und Privatleben der Betroffenen verbessern", schloss die Rheumatologin ihren Vortrag. "Das ist das große Ziel und die Studie ist ein erster Schritt."

ANETTE MEYER, DEUTSCHER PSORIASIS BUND E.V

TIPP: WER STELLT DIE DIAGNOSE FATIGUE?

Die Diagnose Fatigue kann immer nur in Zusammenhang mit einer weiteren Erkrankung gestellt werden – hier: bei Psoriasis oder Psoriasis-Arthritis. Die Erkrankung wird auch als Neurasthenisches Syndrom oder Neurasthenie bezeichnet. Speziell für die Psoriasis und Psoriasis-Arthritis gibt es kein vorgegebenes Vorgehen, um Fatigue zu diagnostizieren. Für andere rheumatische Erkrankungen gibt es eine komplexe Methode zur Diagnostik der Fatigue, die in der Praxis kaum angewendet wird.

Im Uniklinikum Lübeck existiert inzwischen eine Spezialambulanz Fatigue. Die Krankenkassen bezahlen zwei Besuche. Weitere Spezialambulanzen gibt es unter anderem an der Charité Berlin und in der München Klinik in Schwabing. Außerdem gibt es verschiedene Kliniken, die auf die Behandlung von Fatigue nach Infektionserkrankungen wie z. B. Post-COVID spezialisiert sind.

Dieser Artikel ist ein Nachdruck aus dem "PSO Magazin". Das ist das Mitgliedermagazin des Deutschen Psoriasis Bundes e. V. (DPB). Dieser gemeinnützige Verein von und für Menschen mit Psoriasis und Psoriasis-Arthritis bietet Betroffenen umfangreiches und leicht verständliches Informationsmaterial, Schulungen und Workshops an. Und er hält zahlreiche Präsenz- und Online-Gruppen zum Erfahrungsaustausch bereit. Darüber hinaus mischt er sich gesundheitspolitisch ein und arbeitet eng mit dem Hautnetz Deutschland e. V. zusammen. www.psoriasis-bund.de



Bitte kühl lagern!

Biologika haben die Behandlung von Krankheiten wie Psoriasis und rheumatoider Arthritis revolutioniert. Diese Arzneimittel, deren Herstellung auf biologischen oder biotechnologischen Prozessen beruht, bieten eine gezielte Therapie für Patienten, die auf herkömmliche Arzneimittel nicht ansprechen. Doch neben ihrer Wirksamkeit und Bedeutung für viele Patienten gibt es eine entscheidende Herausforderung: die richtige Lagerung und Kühlung. Denn die Anforderungen an die Temperaturstabilität sind bei Biologika – wie bei allen Medikamenten – hoch.



Warum ist Kühlung so wichtig?

Die heißen Tage rücken langsam aber sicher näher. Zeit, sich nicht nur mit dem Kühlen von Getränken, sondern auch von Arzneimitteln zu beschäftigen, denn: Biologika, wie zum Beispiel monoklonale Antikörper und Immunmodulatoren, bestehen aus komplexen Molekülen, die in ihrer Struktur empfindlich auf Temperaturveränderungen reagieren können. Eine unsachgemäße Lagerung bei zu hohen oder zu niedrigen Temperaturen kann die Stabilität und damit die Sicherheit und Wirksamkeit dieser Arzneimittel beeinträchtigen. Insbesondere bei älteren Adalimumab-Präparaten sind die spezifischen Anforderungen an ihre Lagerung, um die Qualität zu gewährleisten, gut erforscht. Grundsätzlich müssen alle diese Arzneimittel im Kühlschrank bei 2 °C bis 8 °C aufbewahrt werden. Allerdings gibt es erhebliche Unterschiede in der Haltbarkeit außerhalb der Kühlung. Während ältere Präparate wie beispielsweise Adalimumab oder Adalimumab-Biosimilars maximal 14 Tage außerhalb des Kühlschranks bei bis zu 25 °C gelagert werden dürfen, bieten neuere Alternativen eine deutlich längere Stabilität. So kann ein in 2018 eingeführtes Adalimumab-Biosimilar bis zu 42 Tage ungekühlt verwendet werden. Verlässliche Informationen darüber bieten die aktuellen Fach- und Gebrauchsinformationen der jeweiligen Fertigarzneimittel.

Diese Unterschiede in der Lagerungsfähigkeit können für Patienten von großer Bedeutung sein, insbesondere auf Reisen oder wenn kein kontinuierlicher Zugang zu einer Kühlmöglichkeit besteht. Der betreuende Arzt sollte Patienten

vor Therapiebeginn unbedingt über die spezifischen Lagerungsvorgaben des jeweiligen Herstellers informieren. Geschieht das nicht, kann das schwere Folgen haben: Eine Überoder Unterschreitung der empfohlenen Lagertemperatur kann die Struktur des Wirkstoffs zerstören, da die Proteine degenerieren können. Das kann zu einem Verlust der therapeutischen Wirkung und im schlimmsten Fall zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) führen. Gleiches gilt, wenn Biologika unterhalb der Temperaturempfehlung gelagert werden und dadurch gefrieren.

Biologika versus konventionelle Arzneimittel

Die Kühlung von Biologika unterscheidet sich maßgeblich von der Kühlung klassischer Arzneimittel. Biologika enthalten Wirkstoffe, die entweder biotechnologisch synthetisiert oder direkt aus lebenden Zellen gewonnen werden. Deshalb müssen sie in der Regel bei konstanten Temperaturen gelagert werden. Zudem sind viele dieser Präparate außerhalb der Kühlung nur für wenige Tage oder Wochen stabil, was ihre Handhabung und den Transport erheblich erschwert, beziehungsweise besondere Anforderungen an Lagerung und Transport stellt. Im Gegensatz dazu sind viele klassische Arzneimittel chemischsynthetisch hergestellt und meist robuster gegenüber Temperaturschwankungen. Während einige Medikamente ebenfalls gekühlt werden müssen, sind viele auch bei Raumtemperatur zwischen 15 °C und 25 °C ohne Qualitätsverluste lagerfähig. Diese größere Temperaturtoleranz erleichtert Lagerung und Transport erheblich.



Herausforderungen bei der Kühlung von Biologika

In der modernen Logistik, insbesondere im internationalen Arzneimitteltransport, müssen Biologika durch unterschiedliche Klimazonen und über lange Distanzen hinweg transportiert werden. Hier kommt es auf die richtige Kühlkette an: die sogenannte "Cold Chain"-Logistik. Eine lückenlose Kühlkette stellt sicher, dass Biologika stets bei der richtigen Temperatur bleiben – vom Hersteller über den Großhändler bis in die Apotheke und zum Endverbraucher – und muss von Herstellern und Großhändlern im Rahmen der "Good Distribution Practice" eingehalten und gegenüber Behörden nachgewiesen werden. Ein weiteres Problem sind die praktischen Aspekte im Alltag der Patienten. Für solche, die regelmäßig reisen oder beruflich unterwegs sind, stellt sich die Frage, wie ihre Medikamente sicher transportiert und gelagert werden können, ohne dass die Kühlkette unterbrochen wird. Bei Langstreckenflügen, Autofahrten durch Gebiete mit hohen Temperaturen oder Reisen in abgelegene Regionen ist es besonders schwierig, die Temperaturvorgaben einzuhalten. Denn auch wenn einzelne Biologika nach mehreren Tagen ohne Kühlung noch nutzbar sind, wird bei den meisten nach einer Temperaturüberschreitung von 25 °C von der Verwendung abgeraten, wobei für jedes Medikament einzeln die Fachinformationen des Herstellers zur Temperaturüberschreitung zu beachten sind. Für einen sicheren Transport kommen daher spezialisierte Technologien zum Einsatz. Kühlboxen, die mit Akkus oder Gelpacks betrieben werden, sind eine gängige Lösung. Diese können so konstruiert werden, dass sie die erforderliche Temperatur über mehrere Stunden oder sogar Tage aufrechterhalten, abhängig von der Reisezeit und den klimatischen Bedingungen. Einige Unternehmen bieten mittlerweile auch spezielle mobile Kühlsysteme an, die eine konstante Temperatur über längere Distanzen gewährleisten. Diese Systeme werden nicht nur im internationalen Frachtverkehr genutzt, sondern auch von Apotheken und Gesundheitsdiensten, die Biologika direkt an Patienten liefern. Problematisch kann es auch werden, wenn die Lagertemperatur nach unten hin unterschritten wird. Und genau das passiert auf Reisen schneller als gedacht. Besonders im Flugzeug ist Vorsicht geboten: Wer Biologika im Koffer statt im Handgepäck verstaut, riskiert, dass die Medikamente im Frachtraum eisigen Temperaturen ausgesetzt werden, die unter 0°C fallen können. Deshalb sollten sie nicht nur aus Sicherheitsgründen, sondern auch zum Schutz der Qualität immer im Handgepäck transportiert werden. Zusätzlich ist bei internationalen Flügen eine Zollbescheinigung in mehreren Sprachen ratsam, um Probleme bei der Einreise zu vermeiden. Viele Airlines verlangen

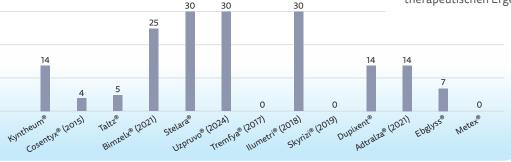
zudem eine vorherige Anmeldung oder bieten spezielle Services für den Medikamententransport an – es lohnt sich also für Patienten, sich vorab zu informieren.

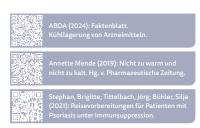
Neben der sicheren Lagerung während des Transports ist auch die Aufbewahrung der Medikamente im klinischen und häuslichen Bereich wichtig. In Kliniken oder Apotheken werden Biologika in speziellen Kühlschränken gelagert, die regelmäßige Temperaturüberwachung und Alarmfunktionen bieten, um ein Abweichen von den vorgeschriebenen Temperaturbereichen schnell zu erkennen und Gegenmaßnahmen ergreifen zu können. Für Patienten, die Biologika zu Hause anwenden, ist es wichtig, einen eigenen Kühlschrank oder eine Kühltasche zu haben, um die Medikamente richtig zu lagern. Beim Kühlschrank ist allerdings Vorsicht geboten: Die Kühlschranktemperatur schwankt und ist innerhalb des Kühlschranks nicht gleichmäßig. Wird die Tür oft und lange geöffnet, kann das gerade bei einer hohen Außentemperatur im Sommer zu starken Schwankungen führen. Auch eine Lagerung zu dicht an einer nicht richtig abgetauten Kühlschrankwand kann ein Problem darstellen, da die Temperaturen hier unter dem Gefrierpunkt liegen können. Es genügt also nicht der Hinweis an den Patienten "Bitte kühl lagern!", es sollte auch über die richtige Kühlung aufgeklärt werden. Zur Kontrolle der Temperatur im häuslichen Kühlschrank eignen sich Messungen mit einem kalibrierten Thermometer.

On Point: Empfehlungen an den Patienten

- Temperaturüberwachung: Biologika müssen stets bei der empfohlenen Temperatur gelagert werden, abhängig vom Medikament. Die Vorgaben sind im Beipackzettel zu finden.
- Sichere Transportmethoden: Für den Transport von Biologika auf Reisen sollten spezielle Kühltaschen oder Kühlboxen verwendet werden.
- Zoll- und Einfuhrbestimmungen beachten: Bei internationalen Reisen sollten Patienten sich vorab über die lokalen Vorschriften zur Mitnahme von Medikamenten informieren. Ein ärztliches Attest oder eine Zollerklärung kann dabei hilfreich sein.
- Regelmäßige Kontrolle: Biologika sind hochwirksame Medikamente, die regelmäßig überprüft werden müssen. Also Augen auf bei Anzeichen von Beschädigungen oder Veränderungen der Lagerbedingungen.

Die Kühlung von Biologika ist ein entscheidender Faktor für die Qualität und Sicherheit dieser Arzneimittel. Die Anforderungen an Lagerung und Transport sind hoch. Doch mit der richtigen Technologie, sorgfältiger Planung und einem verantwortungsvollen Umgang können Patienten und Gesundheitsdienstleister sicherstellen, dass Biologika stets unter optimalen Bedingungen angewendet werden, um die bestmöglichen therapeutischen Ergebnisse zu erzielen.





Das kleine Einmaleins der Systemtherapien

Die Auswahl der Systemtherapie hängt von der Hauterkrankung ab. Einige Medikamente wirken bei mehreren
Krankheiten, andere wiederum nur bei einer spezifischen Erkrankung. Unterschieden wird in First-Line- und Second-LineTherapie: Die First-Line-Therapie für eine bestimmte Krankheit ist diejenige, die zuvor unbehandelten Patienten verschrieben wird, in der Regel aufgrund einer Kombination aus
hoher Wirksamkeit und geringem vergleichbaren Risiko. Wenn
diese Therapie unwirksam, kontraindiziert oder nicht aussichtsreich ist, geht man zu einer Second-Line-Therapie über.

Phasen der Zulassung

Damit ein Medikament für eine Systemtherapie überhaupt den Weg zum Patienten finden kann, müssen verschiedene Zulassungsphasen durchlaufen werden.

• Präklinische Phase:

In dieser Phase wird die Sicherheit einer Substanz in präklinischen Studien getestet, die an Zellkulturen oder Tieren durchgeführt werden.

• Klinische Phase I:

Wenn die Substanz als sicher eingestuft wird, beginnt die erste klinische Phase. Hierbei wird das Medikament einer kleinen Gruppe gesunder Freiwilliger in geringen Dosen verabreicht, um zu prüfen, ob es sich im menschlichen Körper wie erwartet verhält.

• Klinische Phasen II und III:

In diesen Phasen wird die Wirksamkeit, die optimale Dosierung und die Verträglichkeit des Medikaments bei Patienten getestet. Die Teilnehmer werden in Gruppen eingeteilt, wobei einige das neue Medikament und andere ein Standardmedikament oder Placebo erhalten. Diese Studien sind oft doppelt verblindet.

• Phase IV:

Nach der Zulassung werden in Phase-IV-Studien größere Patientengruppen über längere Zeiträume beobachtet, um seltene Nebenwirkungen zu identifizieren. Darüber hinaus findet auch eine Untersuchung spezifischer Patienten-

Das Arsenal an Systemtherapeutika für Psoriasis, Psoriasis-Arthritis, Akne inversa & atopische Dermatitis

Wirkstoff	Wirkungsmechanismus	Originator	Biosimilars / Generika	Darreichungsfo
Biologika				
Abatacept	CD80/86-Hemmer	Orencia®		● ⊘
Adalimumab	TNF-alpha-Hemmer	Humira®	Biosimilars vorhanden	②
Bimekizumab	IL-17A/F-Hemmer	Bimzelx®		②
Brodalumab	IL-17A-Rezeptor-Hemmer	Kyntheum®		②
Certolizumab	TNF-alpha-Hemmer	Cimzia®		②
Dupilumab	IL4-/IL-13-Hemmer	Dupixent®		②
Etanercept	TNF-alpha-Hemmer	Enbrel®	Biosimilars vorhanden	②
Golimumab	TNF-alpha-Hemmer	Simponi®		②
Guselkumab	IL-23-Hemmer	Tremfya®		②
) Infliximab	TNF-alpha-Hemmer	Remicade®	Biosimilars vorhanden	● ⊘
Ixekizumab	IL-17A-Hemmer	Taltz®		②
. Lebrikizumab	IL-13-Hemmer	Ebglyss		②
Risankizumab	IL-23-Hemmer	Skyrizi [®]		● 🕖
Secukinumab	IL-17A-Hemmer	Cosentyx®		②
Tildrakizumab	IL-23-Hemmer	Ilumetri®		②
Tralokinumab	IL-13-Hemmer	Adtralza®		②
Ustekinumab	IL-12/23-Hemmer	Stelara®	Biosimilars vorhanden	● 🕢
Nicht-Biologika				
Abrocitinib	Januskinase-1-Hemmer	Cibinqo®		3
Acitretin	Retinoid	Neotigason®		3
Apremilast	Phosphodiesterase-4-Hemmer	Otezla®		3
Azathioprin	Syntheseinhib. Purinnukleotide	Azafalk®		3
Baricitinib	Januskinase-1-Hemmer	Olumiant®		3
Ciclosporin	Calcineurin-Hemmer	Immunosporin®	gleichwertige Therapeutika vorhanden	3
Deucravacitinib	Tyrosinkinase-2-Hemmer	Sotyktu®		3
Dimethylfumarat	antiproliferativer Effekt auf T-Lymphozyten	Skilarence®	gleichwertige Therapeutika vorhanden	3
Fumarsäureester	antiproliferativer Effekt auf T-Lymphozyten	Fumaderm®		3
Glukokortikosteroide	Kortikosteroidrezeptor-Bindung			ⓐ ⊘ ③
Leflunomid	Dihydroorotat-Dehydrogenase-Hemmer	Arava®	gleichwertige Therapeutika vorhanden	③
Methotrexat	Dihydrofolat-Reduktase-Hemmer	Lantarel®	gleichwertige Therapeutika vorhanden	⊘ ③
Mycophenolatmofetil	IMPDH-Inhibitor	CellCept®	gleichwertige Therapeutika vorhanden	3
Tofacitinib	Januskinase-1/2/3-Hemmer	Xeljanz®		3
Upadacitinib	Januskinase-1-Hemmer	Rinvoq®		

gruppen (z.B. Patienten mit Vorerkrankungen, ältere Menschen oder Kinder) statt, die Testung der Effektivität im Alltag sowie die Optimierung von Dosierung und Anwendung. Diese Phase kann freiwillig oder von der Zulassungsbehörde vorgeschrieben sein.

Dieser Prozess ist sehr zeit- und kostenintensiv, weshalb Pharmaunternehmen bevorzugt auf Märkte mit großem Absatzpotenzial abzielen.

Off-Label-Nutzung und Alternativen

Es gibt auch Systemtherapien, die Off-Label verwendet werden. Das ist bei Erkrankungen der Fall, für die die entsprechende Therapie nicht ursprünglich zugelassen wurde oder in einer nicht zugelassenen Altersgruppe, Dosierung oder Art der Darreichung. Dabei kommt ein bestimmtes Medikament bereits für eine Indikation A In-Label zum Einsatz, wird aber für Indikation B als mögliche Alternative nur Off-Label genutzt. Diese Off-Label-Nutzung bietet Patienten und Ärzten zwar ein breiteres Spektrum an Behandlungsmöglich-

keiten, kann aber zu Problemen bei der Kostenerstattung durch die Krankenkassen führen. Denn diese zahlen nur, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind: Das Medikament muss erfolgversprechend sein, für die entsprechende Indikation müssen bereits Daten zur Wirksamkeit durch Studien oder Erfahrungsberichte vorliegen und es darf kein anderes zugelassenes Medikament für die Erkrankung zur Verfügung stehen. Bei der Off-Label-Wahl sind also unbedingt genaue Absprachen nötig.

Darüber hinaus gibt es auch sogenannte Arzneimittel-Härte-fallprogramme und Early-Access-Programme (oder auch Compassionate Use), die Patienten Zugang zu neuen Medikamenten ermöglichen, bevor sie allgemein verfügbar sind. Diese müssen mindestens eine Phase-II-Studie durchlaufen haben.

Welche Therapien und Medikamente aktuell bei Psoriasis vulgaris, Psorias-Arthritis, Akne inversa und atopischer Dermatitis angewendet werden können, haben wir in folgender Tabelle zusammengestellt.

PSORIASIS \	/ULGARIS	Zugelassen für Kinder/ Jugendliche	PSORIASIS	-ARTHRITIS	AKNEII	NVERSA	ATOPIS	SCHE DERMATITIS		Zugelassen für Kinder/ Jugendliche ab Jahre
First Line	Second Line	ab Jahre	First Line	Second Line	First Line	Second Line	Langzeittherapie	Kurzzeittherapie	Off-label	ab Jahre
				•						
•		4		•		•				
•				•		•				
•										
•				•						
							•			**
	•	6		•						
				•						
•				•						
	•			•						
•		6		•						
							•			12
•				•						
•		6		•		•				
•										
							•			12
	•	6		•						
							•			12
•		*								
	•			•						
									•	
							•			2
•								•		
•										
•										
•										
								•		
			•							
•			•						•	
				•					•	
				•						4.5
				•			•			12
	*nur Psoria	sis pustulosa (Off-	label)						*	*ab 6 Monaten

Das Deutsche Psoriasis-Register PsoBest

tand: März 2025

AKTUELLES



25018



32

ZENTREN

PATIENTEN

KONGRESS-BEITRÄGE ORIGINAL-ARBEITEN

BASELINE-DATEN



— PROZENT —





ALTER -





JAHRE — KRANK





PROZENT — DEPRESSIONEN



DAS DEUTSCHE PSORIASIS-REGISTER PSOBEST

READY. RUN.

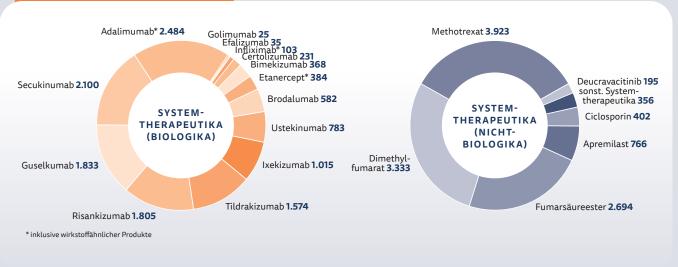
+++ validiert prospektiv beobachtete Zeiten +++

26.000 Jahre (Nicht-Biologika) 21.887 Jahre (Biologika-Originatoren) 1.671 Jahre (Biosimilars)

+++ validiert prospektiv beobachtete Zeiten +++

READY.





PHARMAKOVIGILANZ



Adalimumab

Adalimumab-Biosimilar (Imraldi®)

Adalimumab-Biosimilars (weitere)

Apremilast

Bimekizumab

Brodalumab

Ciclosporin

Deucravicitinib Dimethylfumarat

Etanercept

Etanercept-Biosimilars Fumarsäureester

Golimumab

Guselkumab

Infliximab Infliximab-Biosimilars

Ixekizumab

Leflunomid

Methotrexat Risankizumab Secukinumab

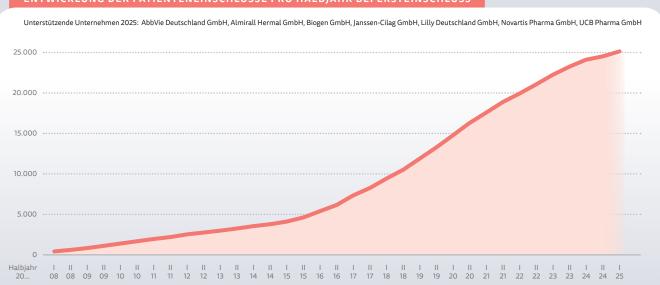
Sulfasalazin Tildrakizumab Tofacitinib

Upadacitinib Ustekinumab

Ja

Nein

Vertraglich geregelte Pharmakovigilanz. Vor dem Hintergrund der Patientensicherheit nimmt PsoBest Pharmakovigilanz-Aufgaben für alle zugelassenen Präparate wahr, auch wenn dies nur von einigen Herstellern honoriert wird.



Certolizumab

Wie kann ich mitmachen?

Die Anmeldung als PsoBest-Zentrum kann unkompliziert über die PsoBest-Homepage (www.psobest.de) erfolgen. Das CVderm verschickt anschließend die Studienunterlagen wie Fragebögen und Einverständniserklärungen und begleitet bei der Studiendurchführung. Die Einbindung von PsoBest in den Praxisalltag gestaltet sich unproblematisch und mit nur geringem zusätzlichem Aufwand.

Welche Patienten sind geeignet?

Zur Meldung geeignet sind alle volljährigen Patienten, bei denen eine Psoriasis vulgaris mit oder ohne Gelenkbeteiligung vorliegt, sobald erstmals eine systemische Behandlung der Psoriasis begonnen wird. Hierzu zählen alle ab 2005 zugelassenen Systemtherapeutika inklusive Biologika, Biosimilars und niedermolekulare Verbindungen (Small Molecules). Seit Januar 2022 nicht mehr gemeldet werden können: Methotrexat, Ciclosporin, Acitretin, Leflunomid, Fumarsäureester und systemische PUVA als Erstmedikation.

Wie lange wird der Patient beobachtet?

Nach der Registrierung werden die PsoBest-Fragebögen, unabhängig von späteren Therapiewechseln oder -pausen, über zehn Jahre von Arzt und Patient sukzessive ausgefüllt und an das PsoBest-Team geschickt. Insgesamt 22-mal visitieren die Prüfärzte ihre Patienten. Zudem erhebt PsoBest zwischen den Visiten weitere Daten durch eine postalische Patientenbefragung. In Ausnahmefällen bittet PsoBest um eine Weiterbeobachtung.

Welche Daten werden erhoben?

Erfasst werden neben Angaben zu Ausprägung und Verlauf des individuellen Krankheitsbilds unter anderem auch Aussagen zu Begleiterkrankungen, Lebensqualität, Patientennutzen und

Gesundheitszustand. Fragen zur gesetzlich vorgeschriebenen Überwachung der Arzneimittelsicherheit runden das Spektrum ab. Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse werden jederzeit umgehend gemeldet.

Wie kann ich etwas über die Entwicklung des Registers erfahren?

Über den Registerfortschritt und die aktuellen Einschlusszahlen wird fortlaufend auf der PsoBest-Homepage berichtet. Auch der quartalsweise versandte Newsletter informiert über aktuelle Sachstände und Neuigkeiten. Zudem erhält jedes Zentrum zweimal im Jahr eine Charakterisierung der Zentrumspatienten und deren Behandlungsverläufe in Relation zu allen anderen Zentren sowie jeweils eine einseitige Charakterisierung für jeden einzelnen Patienten. Pharmakovigilanzberichte werden halbjährlich bewertet und an die pharmazeutischen Hersteller versandt. Auch auf den jährlichen Prüfarzttreffen werden aktuelle PsoBest-Ergebnisse vorgestellt und diskutiert sowie Schulungen für Prüfärzte und ihre Praxisteams angeboten. Seit Sommer 2020 finden diese Treffen nicht mehr nur bundesweit verteilt und ausschließlich in Präsenz statt, sondern können auch online als Webinare besucht werden.

Wird eine Aufwandsentschädigung gezahlt?

Für die Ärzte wird eine Aufwandsentschädigung für jeden komplett ausgefüllten und zurückgesandten Fragebogen gezahlt. Für eine Erstvisite gibt es 84 Euro und 45 Euro für jede Folgevisite. Die Patienten erhalten keine Vergütung, wohl aber bestmögliche Therapieoptionen.

Informationen zu weiteren dermatologischen Registern finden Sie auf www.dermregister.de.





Wissenschaftlicher Beirat: Prof. Dr. Boehncke, Prof. Dr. Hertl, Dr. von Kiedrowski, Prof. Dr. Mrowietz, Dr. Pinter, Prof. Dr. Staubach, Prof. Dr. Thaçi, Dr. Weyergraf



The Key to Success: WoundBest WoundBest PBest UrtiBest Schlüssel zur praxisnahen Versorgungsforschung

Die medizinische Forschung und Versorgung befindet sich in stetiger Weiterentwicklung – und das ist gut so. Denn nur so können neue Herausforderungen angegangen und gemeistert werden, die letztendlich einem Ziel dienen: der optimalen Versorgung eines jeden Einzelnen. Neben der erfolgreichen Netzwerkarbeit der PsoNetze und Hautnetze bieten auch die DermRegister großes Poten-

zial, diese neuen Herausforderungen anzugehen.

n den letzten Jahren konnte sich die Dermatologie über einen sprunghaften Zuwachs von Erkrankungs- und Therapieregistern freuen. Dazu hat die webbasierte Plattform "DermRegister", die vom Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) und den Hautnetzen koordiniert wird, einen großen Teil beigetragen. Dahinter verbirgt sich ein wachsender Verbund aus dermatologischen Registern zu überwiegend chronisch entzündlichen Hauterkrankungen. Elf davon sind bereits aktiv, in Kürze sind weitere fünf Register zu erwarten, die sich in Vorbereitung befinden (vgl. Tabelle). Mit einer großen Indikationsbandbreite von atopischer Dermatitis über Prurigo nodularis/Pruritus, Urtikaria, Handekzem bis hin zu Vitiligo und Alopezia areata werden weit verbreitete, chronisch entzündliche Hauterkrankungen erfasst. Die Therapieregister sammeln Daten zum klinischen Verlauf, zu patientenorientierten Outcomes sowie den Wirksamkeits- beziehungsweise Sicherheitsprofilen verfügbarer Therapeutika.

Im Vergleich zu konventionellen Registern hebt sich die Registerplattform durch vollständige Digitalisierung hervor und leistet damit einen wertvollen Beitrag zur digitalen Transformation der Dermatologie und der Medizin im Allgemeinen. Möglich macht dies die Schweizer IT-Firma swiss4ward, die das Projekt von Beginn an auf technischer Seite begleitet hat und sicherstellt, dass DermRegister den höchsten Standards in Bezug auf Datenschutz und Datensicherheit entspricht. Die Register bieten Zentren nicht nur zeitsparenden Zugriff auf vorhandene Daten, sondern fördern zugleich die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen teilnehmenden Kliniken und niedergelassenen Dermatologen. Die Teilnahme einer heterogenen Mischung aus Praxen, Kliniken und Exzellenzzentren ist von entscheidender Bedeutung, um eine repräsentative Datengrundlage zu schaffen und fundierte Schlüsse in Bezug auf die aktuelle Versorgungs-

Registername	Indikationsgebiet	Status			
ADBest-TREAT	atopische Dermatitis	•			
AKBest	aktinische Keratosen				
AtopiBest	atopische Krankheiten				
BioBest	Biologika	•			
CoronaBest	SARS-Cov-2 bei Systemtherapie	•			
DermBest	Biologika in der Dermatologie	•			
HairBest	Alopecia areata	•			
HEBest	Handekzem	•			
HSBest	Acne inversa				
MABBest	M. Adamantiades-Behcet				
OSC Register	berufsbedingter Hautkrebs	•			
PGBest	Pyoderma gangraenosum	•			
PPBest	Psoriasis pustulosa				
PruriBest	Pruritus und Prurigo	•			
PsoBest	Psoriasis				
PsoBest Kids	juvenile Psoriasis				
TREATgermany	mittelschwere bis schwere AD				
UrtiBest	Urtikaria				
VitiBest	Vitiligo				
WoundBest	chronische Wunden				
Übersicht der DermRegister, IVDP 2025 ● aktiv ● in Vorbereitung ● geplant ● abgeschlossen					

situation ziehen zu können. Die Fachwelt und das Patientenkollektiv profitieren von regelmäßigen Konsensberichten und jährlichen Kongressbeiträgen und Publikationen. Neben dem wissenschaftlichen Interesse schafft eine attraktive Vergütung von Visitendokumentationen einen Anreiz zur Teilnahme. Dermatologische Einrichtungen, sowohl Kliniken als auch Praxen, sind herzlich dazu eingeladen, sich auf der Portalwebsite über die einzelnen Register zu informieren. Die Anmeldung für die Teilnahme an allen oder ausgewählten Registern erfolgt direkt über die Plattform. Durch das Ausfüllen der Anmeldemaske erhalten Registrierte automatisch alle relevanten Dokumente für einen erfolgreichen Start



als teilnehmendes Zentrum.



den Praxisalltag - doch wie kann sie konkret zur Entlastung von Ärzten und Patienten beitragen? Darüber haben wir mit Dr. Dirk Maaßen aus Maxdorf gesprochen, der seine Praxis bereits erfolgreich umstrukturiert hat. Im Interview spricht er über die Notwendigkeit eines modernen Qualitätsmanagements und die Vorteile eines flexiblen Terminmodells.

Warum braucht es eine Umstrukturierung von Praxen und deren Arbeitsabläufen?

Die steigenden Anforderungen an niedergelassene Ärzte, die hochwertige und hochpreisige Therapien mit modernen Arzneimitteln durchführen, erfordern ein Qualitätsmanagement auf hohem Niveau. Es sollte eine komplette Prozessbeschreibung beginnend mit den Zugangsmöglichkeiten zur Praxis über den Ablauf von Erstvorstellungen und Kontrolluntersuchungen bis hin zum Komorbiditätsscreening vorliegen. Es sollte festgelegt sein, welche Untersuchungen vom wem wann durchgeführt werden. Auch Antworten auf Fragen wie ,Wie findet ein Arthritis- oder ein Depression-Screening statt?' oder, Wie werden die Biologika-Chargen dokumentiert?' finden sich da wieder. Im Laufe der Zeit sind immer mehr Dokumentationshilfen in Papierform entstanden, die dazu geführt haben, dass wir teilweise 80-100 Bögen am Tag ausgedruckt haben. Diese wurden vom Praxisteam oder Patienten ausgefüllt und eingescannt, nur um anschließend vernichtet zu werden. Das war letztendlich der Impuls, der uns gezeigt hat: Da muss es eine andere, eine bessere Lösung geben.

Wie genau sind Sie dieses Problem angegangen und was war speziell bei Ihnen in der Praxis der Auslöser?

Wir haben vor etwa einem Jahr die Praxis auf ein digitales Formularmanagement umgestellt. Das war der erste Schritt. Dann haben wir uns die Frage gestellt: Was ist das, was unsere



Dr. Dirk Maaßen © Dr. Dirk Maaßen



Dr. Dirk Maaßen Niedergelassener Dermatologe seit 1996 in Maxdorf (Rheinland-Pfalz). Seit 2009 im Vorstand des Psoriasis-Praxisnetz Süd-West.

Patienten und unser Praxismanagement am meisten belastet? Was verursacht die größten Probleme? Es war die Planung und Vergabe der vierteljährlichen Kontrolltermine. Patienten unter systemischer Therapie haben teilweise neun Monate im Voraus ihre vierteljährlichen Kontrolltermine vereinbart. Es passierte aber oft, dass diese Termine dann verschoben werden mussten. Wir haben uns dann die Frage gestellt, ob die Patienten überhaupt einen Termin brauchen. Wir haben festgestellt: Nein, brauchen sie nicht. Bei den Kontrollterminen wird immer ein freundliches Wort gewechselt, aber im Endeffekt ist das Resultat des Termins, dass die Therapie wie gewohnt fortgeführt wird, weil fast alle unsere Patienten bereits auf hohem Level behandelt werden. Sprich, dass sie ein PASI(Psoriasis and Severity Index)-90-Ansprechen haben oder sogar erscheinungsfrei sind.

Wann haben Sie das umgesetzt? Und war die Umsetzung mit Schwierigkeiten verbunden?

Die ausgedruckten Papierbögen haben wir seit etwa vier Jahren, elektronisch seit knapp einem Jahr. Und es funktioniert absolut problemlos. Es funktioniert im Sinne einer Win-Win-Situation und wir haben eben dadurch sehr viele freie Termine. Wenn man wie wir mehr als 200 Patienten mit Biologika versorgt, und jeder dieser Patienten bisher vier Kontrolltermine pro Jahr hatte, schafft man durch dieses Vorgehen über ca. 1.000 freie Termine pro Jahr. Das ist Best Clinical Practice.

Schwierigkeiten bei der Umsetzung gab es keine. Wir haben mit der Digitalisierung unserer Formulare eine Firma beauftragt, die das zu einem Pauschalpreis übernommen hat. Die digitalisierten Dokumente werden direkt in ein System eingespeist, das wir dann auch in unserer Praxis nutzen können. Später bekommt man einen Zugang zu einer Bearbeitungsmaske, sodass man Anpassungen vornehmen oder neue Formulare generieren kann. Es ist ja so, dass in einem Qualitätsmanagement(QM)-System jedes Dokument Verfallsdaten hat. Bei uns sind das ein oder zwei Jahre, je nach Art des Dokuments. Und die müssen natürlich auf den iPad-Dokumenten widergespiegelt und aktualisiert werden.

Als Patient möchte man seine Erkrankung unter Kontrolle und Beobachtung wissen. Wie können Sie das mit dem neuen System gewährleisten?

Wir haben ein Konzept entwickelt, wie die Patienten ohne Termine in der Praxis versorgt werden können. Und dieses Konzept funktioniert absolut reibungslos. Die Patienten sind sehr zufrieden, weil sie völlig flexibel sind. Der Patient weiß ja, wann seine nächste Arzneimittelverordnung fällig ist, und darf zu jedem Zeitpunkt der geöffneten Praxis kommen. Er sucht sich also irgendeinen Tag, der ihm persönlich passt – vielleicht zwei bis drei Wochen vorher – aus und kommt in die Praxis. Dort meldet er sich zur Zwischenvisite an und bekommt erst mal ein iPad mit einem digitalisierten Anamnese- und Befundbogen. Die elektronischen Fragebögen gibt es für die verschiedenen Krankheiten in unterschiedlichen Versionen, je nachdem welche Systemtherapie erfolgt. Für den Patienten unpassende oder irrelevante Fragen werden gar nicht erst gestellt.

Und woher wissen Sie, welche Patienten genauerer Beobachtung bedürfen?

Mit dem Fragebogen wird geklärt, ob der Patient ein neues Arzneimittel bekommen hat, ob er Schmerzen hat, wie stark die Schmerzen sind, das gleiche für den Juckreiz und vieles mehr. Es wird also ganz genau abgefragt, wie es dem Patienten geht und wie zufrieden er mit der Therapie ist. Wenn dann unerwünschte Antworten gegeben werden, erscheint auf dem iPad ein Ausrufezeichen. So wissen wir von vornherein, dass das ein Patient ist, den wir uns ansehen müssen. Bei einem Patienten, der stabil eingestellt und völlig erscheinungsfrei ist, gibt es keine Notwendigkeit, diesen in mein Zimmer zu holen. Ich sehe den Patienten erst im Rahmen vom Hautkrebsscreening wieder und spreche den Patienten kurz auf die Fragebögen der letzten Kontrollbesuche an. Wenn dann alles in Ordnung ist, bekommt er sein E-Rezept ausgestellt – das Ganze ist eine Kontaktzeit von unter einer Minute.

Kollidieren da nicht auch mal Termine? Man legt ja als Praxis die Kontrolle über die Termine komplett in die Hände der Patienten.

Das passiert nicht. Sie müssen sich vorstellen, wenn wir 200 Tage im Jahr die Praxis geöffnet haben und wir arbeiten angenommen mit 200 Patienten, die ein Biologikum erhalten und je vier Visiten haben, dann sind das durchschnittlich vier Fragebögen am Tag. Und wenn Patienten gleichzeitig kommen, haben wir von den iPads genug, dass diese die Fragebögen parallel ausfüllen können. Es muss ja nur ein Blick darauf geworfen werden, ob die Scores in Ordnung sind und ob der Patient zufrieden ist oder Nebenwirkungen angibt. Und dass

man die Patienten rauspickt, bei denen etwas nicht in Ordnung ist – das haben wir mal untersucht – das ist ungefähr bei 5 bis 10% der Patienten der Fall.

Scheint, als würde nicht nur eine Seite profitieren?

Richtig. Ich als Arzt habe eine vollständige Dokumentation, die mir erlaubt, die betroffene Körperoberfläche zu bestimmen oder eine Schweregrad-Einschätzung zu treffen. Vierteljährlich erfolgt auf diese Weise ein Depressions- und Arthritis-Screening. Gleichzeitig dient der elektronische Fragebogen als Dokumentation für die Selektivverträge DermaOne und

DermAktiv. Hinzu kommt natürlich der Zeitgewinn in der Praxis. Der Arbeitsaufwand bei der Formularverwaltung reduziert sich erheblich. Die Patienten haben eine durchschnittliche Verweildauer von 15 Mi-

Der Arbeitsaufwand bei der Formularverwaltung reduziert sich erheblich.

Dr. Dirk Maaßen

nuten für eine komplette Quartalsvisite. Und diese 15 Minuten können Sie jetzt auch noch frei wählen.

Patienten können außerdem selbst entscheiden, ob sie zum Beispiel ihre Dokumente, die sie ausgefüllt haben, als PDF-Anhang per E-Mail bekommen möchten. Wenn sie auf dem Fragebogen ihre E-Mailadresse angeben, dann wird Ihnen alles zugeschickt. So kann der Patient seine komplette Praxishistorie mit Befunden relativ einfach einsehen. Gleichzeitig werden die gesamten Dokumente in das Praxisverwaltungsprogramm übernommen.

Wie schätzen Sie die Umsetzung in anderen Praxen ein? Lohnt sich das für jeden?

Ich gehe mal davon aus, dass junge Kollegen, die sich neu niederlassen, nicht auf die Idee kommen, es anders zu gestalten. Aber die Generation der Boomer, so wie ich einer bin, ist vermutlich deutlich zurückhaltender mit der Digitalisierung. Viele fragen sich: "Soll ich das vor meiner Rente noch angehen? Lohnt sich das noch?" Ich kann nur sagen: Ja. Der größte Aufwand ist das Generieren der Formulare. Und diese Formulare stellen wir vom Psoriasis-Praxisnetz Süd-West zur Verfügung. Ich habe alle meine QM-Dokumente, die für andere Praxen relevant sein könnten, bei uns auf der Homepage zum Download für die Vereinsmitglieder vom Praxisnetz bereitgestellt. Das heißt, es muss sich keiner die Arbeit machen, diese Formulare zu generieren. Und damit fällt ein ganz großer Teil der Arbeit weg. Anpassungen auf bestimmte Fragen kann dann jeder selbst noch für seine Praxis übernehmen.

Was können Sie unseren Lesern zusammenfassend mitgeben?

Kurz und knapp zusammengefasst gibt es von meiner Seite an die Kollegen einfach eine ganz klare Empfehlung für eine elektronische Umstrukturierung.

Lieber Herr Maaßen, vielen Dank für das spannende Interview.

MERLETWESTEN

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann werden Sie Mitglied im Hautnetz Deutschland oder in einem Netz in Ihrer Region Weitere Infos zu den Netzen finden Sie hier:



Für weitere Informationen zum Best Practice Modell und den QM-Formularen nehmen Sie bitte Kontakt mit dem Psoriasis-Prayisnetz Siid-West auf:





Selektivverträge: Die beste Therapie für Haut und Honorare

DermaOne und DermAktiv, initiiert vom Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD) in Zusammenarbeit mit der Techniker Krankenkasse (TK), zielen darauf ab, die leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Psoriasis und atopischer Dermatitis (AD) zu verbessern. Seit dem 1. Januar 2022 ermöglichen diese bundesweiten Selektivverträge nach § 140a SGB V eine indikationsgerechte Behandlung mit Biologika, PDE-4-Hemmern, JAK-Inhibitoren und Fumaraten. Welche Vorteile Ärzte als Vertragspartner aus diesen Verträgen ziehen können, verraten wir in diesem Artikel.

Vorteile für Patienten und Praxen

Die Selektivverträge DermaOne (seit 2022) und DermAktiv (seit 2023) haben zum Ziel, sowohl Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Psoriasis und AD als auch dermatologische Praxen gleichermaßen zu entlasten. Das bietet gleich mehrere Vorteile. An vorderster Front steht ganz sicher die leitliniengerechte Therapie, indem die beiden Verträge den Einsatz moderner Behandlungsoptionen fördern. Ein weiteres Plus ist das regelmäßig aktualisierte Ampelsystem, das eine transparente Übersicht über den therapeutischen Nutzen und die Wirtschaftlichkeit der eingesetzten Arzneimittel bietet und so eine fundierte Therapieentscheidung erleichtert. Mittlerweile profitieren davon mehr als 37 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland. Zudem wird durch die Verträge der bürokratische Aufwand reduziert, da Dokumentationspflichten deutlich verringert werden. Der Praxisalltag wird durch diese Zeitersparnis erheblich entlastet. Klingt alles fast zu schön, um wahr zu sein – ist es aber. Und trotzdem schöpfen Dermatologen oft nicht das gesamte Potential der Verträge aus, was uns zu möglichen Herausforderungen der Verträge, besonders DermaOne, führt.

Herausforderungen und Risiken

Ein Risiko stellen mögliche Regressforderungen seitens der Krankenkassen dar. Ein besonders kritischer Fall war die Kündigung des DermaOne-Vertrags mit der Krankenkasse Viactiv zum 31. Dezember 2023 durch den BVDD. Die Kündigung wurde durch ungelöste Konflikte über Massenregresse im Zusammenhang mit der Verordnung von Therapieallergenen ausgelöst. Die Haltung der Viactiv stand im Widerspruch zur geltenden Rechtslage. Trotz dieser Klarstellungen setzte die Viactiv ihre Regressforderungen fort, was zu erheblicher Verunsicherung unter den betroffenen Fachärzten führte. Der Erfolg des Vertrags hängt demnach stark von der Kooperation der beteiligten Krankenkassen ab. Differenzen, wie sie im Fall der Viactiv auftraten, können die Umsetzung erschweren und das Vertrauen der Dermatologen in den Vertrag schwächen. Und obwohl die Selektivverträge eigentlich darauf abzielen, den administrativen Aufwand zu reduzieren, empfinden einige Dermatologen die verbleibenden Dokumentationspflichten weiterhin als hinderlich. Doch der entscheidende Faktor, weshalb diese Verträge nicht vollumfänglich genutzt werden, ist wohl die unzureichenden Bekanntheit. Dabei haben sie viel zu bieten.

Abrechnungsmöglichkeiten für Dermatologen

Was vielen entgeht: Auch ein Patient, der zwischen den Behandlungsintervallen nicht erscheint, kann über DermaOne

und DermAktiv abgerechnet werden. Und zwar mit 25 EUR pro Patient pro Quartal. Hinzu kommen eine Komplexpauschale von 25 EUR je Quartal für Patienten, die mit einem Biologikum, JAK-Inhibitor oder PDE-4-Hemmer behandelt werden und 13 EUR Komplexpauschale je Quartal für Patienten, die mit Fumaraten behandelt werden (seit 1. Oktober 2024 für DermaOne). Die Therapiehoheit obliegt dabei weiter den Ärzten. Darüber hinaus besonders relevant ist der gezielte Einsatz rabattierter Arzneimittel, da die Verträge den Fokus auf wirtschaftliche Verordnungen legen und somit das Risiko von Regressforderungen beseitigt. Je mehr Ärzte teilnehmen, desto stärker wird der Versorgungsbedarf sichtbar, was langfristig zu einer besseren Strukturierung der dermatologischen Versorgung beiträgt.

Beigetretene Krankenkassen des DermaOne-Vertrags						
BARMER	DAK	HEK				
hkk	IKK classic	KKH				
Novitas BKK	Pronova BKK	R+V BKK				
Techniker Krankenkasse	VIACTIV					

Eine Gesamtübersicht zu den DermAktiv-Partnern kann der Verlinkung am Ende des Beitrages entnommen werden.

DermaOne und DermAktiv bieten Dermatologen eine attraktive Möglichkeit, sich verstärkt der Behandlung von Patienten mit Psoriasis und AD zu widmen. Durch die gesicherte Vergütung und die Reduzierung des bürokratischen Aufwands wird der wirtschaftliche Druck verringert, sodass der Fokus wieder stärker auf die optimale Versorgung gelegt werden kann. Das fällt sehr viel leichter, wenn die Regressangst nicht mehr im Nacken sitzt. Denn die Teilnahme an den Verträgen befreit direkt von einem Regress. Das Gesundheitssystem hat zweifellos seine Ecken und Kanten. Gerade deshalb sollte jedoch der zu Verfügung stehende Handlungsrahmen voll ausgeschöpft werden. In diesem Sinne: Mitmachen lohnt sich.

(mit freundlicher Unterstützung von Dr. Matthias Hoffmann, Dermatologe aus Witten)

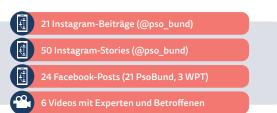


Um den Vertrag zur besonderen Versorgung in den Indikationen Psoriasis und AD mit der DermaMed e.G. und des BVDD nach § 140 a SGB V einzusehen, kontaktieren Sie bitte kundenservice@richtercareconsulting.de.

Jedes Jahr im Oktober steht eine Krankheit im Fokus, die Millionen von Menschen weltweit betrifft und dennoch oft missverstanden wird: Psoriasis. Unter dem Motto "Psoriasis in der Familie" lud der Welt-Psoriasis-Tag (WPT) 2024 am 26. Oktober in Osnabrück dazu ein, ein Zeichen für Betroffene zu setzen und das Bewusstsein für die Herausforde-rungen dieser chronischen Erkrankung zu schärfen. Der Aktionstag bietet eine Plattform, um Vorurteile abzubauen, Wissen zu teilen und die wichtige Botschaft zu verbreiten: Niemand ist allein in diesem Kampf.



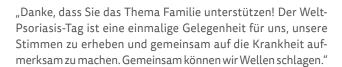
m auch die Menschen auf den sozialen Medien umfangreich einzubeziehen, wurde zu diesem WPT eine Social-Media-Kampagne gestartet. Sowohl von Ärzten als auch von Betroffenen gab es zur Online-Kampagne, die auf dem Instagram-Kanal des Deutschen Psoriasis Bund (@pso_bund) einsehbar ist, spannende Beiträge zu den Auswirkungen der Psoriasis, Vererbung und Familienplanung, Psoriasis in der Jugend, Veranstaltungen und Stigmatisierung. Wir haben uns nach der Veranstaltung ein paar statistische Fakten und auch Rückmeldungen aus der Online-Community angeschaut und zusammengestellt.



Die größte Beitragsreichweite erzielte ein Beitrag von Prof. Matthias Augustin, Leiter am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, der über die Therapie von Psoriasis aufklärte. Der Beitrag hat 47.766 % mehr Personen (239.333) erreicht als ein Durchschnittsbeitrag auf dem Instagram-Kanal@pso_bund. Die meisten Likes für einen Videobeitrag gab es für Dr. Avend Bamarni, Dermatologe in der Klinik für Dermatologie und Venerologie am Universitätsklinikum Freiburg, der erklärte, wie Menschen mit Psoriasis am besten unterstützt werden können. (Stand: 08.01.2025)

Feedback aus der Community

"Bin stolz darauf, ein Teil davon gewesen sein zu können 🤎"



"Allein zuzuhören und den Betroffenen ernst nehmen, ist schon eine große Hilfe. Probleme nicht klein reden oder gar als nicht wichtig abtun, obwohl sie den Betreffenden belasten. Empathisch sein, aber auch unterstützen und ab und zu auch mal ein liebevoller Fußtritt - das ist für mich die beste Unterstützung."

"So wichtig. ""

"Für mich als Psoriasis-Betroffene bedeutet die Krankheit, sich mehr auf seine Gesundheit zu fokussieren, sich nicht verstecken, die Leute aufklären und darüber zu sprechen, Verschiedenes zu versuchen und bei dem zu bleiben, das einem hilft und guttut."

Rückmeldungen zum **Bullshit-Bingo**

"Bingo. <a>Olch weiß jetzt nur nicht, ob ich lachen oder weinen soll."

"Musste mir auch schon von einer Frisöse sagen lassen, dass es ansteckend wäre

oder von Teenagern in der Bahn hinter mir, dass es aussehe, als würde ich schimmeln. Hat sich toll angefühlt."

"Dieses ständige 'Du hast einfach nur zu viel Stress und das ist alles doch nur psychisch' geht mir so auf den Zeiger. 😡 "

"4 von 9 unterschreibe ich. 🏫 "



Psoriasis-Worträtsel

Finden Sie die vier Begriffe, die in folgendem Worträtsel versteckt sind?

> Gemeinsam, Psoriasis Awareness, Familie,

Die Social-Media-Kampagne zum WPT 2024 konnte die Bekanntheit des Awareness-Tages steigern sowie über das Krankheitsbild und die Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten aufklären. Zusätzlich konnte die Community des DPB-Kanals stark ausgebaut werden. Wir sind gespannt auf die nächste Online-Kampagne zu diesem wertvollen Thema.









Der Kampf um Leistungsträger -14. Nationale Versorgungskonferenz Psoriasis

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 Menschen mit Psoriasis verändert. Zum Positiven. Und genau da wollte man am 22. November 2024 in Berlin anknüpfen.



Auftakt am 22. November 2024: Die Sprecher Dr. Ralph von Kiedrowski (links) und Prof. Matthias Augustin (rechts) begrüßen zur 14. Nationalen Versorgungskonferenz

egrüßt wurden die 47 Teilnehmer im historischen Gebäude der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin von Dr. Ralph von Kiedrowski, niedergelassener Dermatologe in Selters und Präsident des Berufsverbands der Deutschen Dermatologen (BVDD). Er betonte zurückblickend, wie wichtig die ursprüngliche Idee der ersten Konferenz 2009 war. Mit Blick in die Runde musste von Kiedrowski jedoch zu Beginn eine traurige Mitteilung verkünden: Dr. Erich Schubert verstarb einen Tag zuvor, am 21. November 2024, im Alter von 85 Jahren. Mit seinem Tod erfährt die dermatologische Welt einen großen Verlust. Erich Schubert, ein erfahrener Dermatologe aus Würzburg, führte den BVDD von 1997 bis 2005 mit großem Engagement und Weitblick. Durch seine berufspolitische Erfahrung und Fachkompetenz prägte er den Verband nachhaltig, stets mit Fokus auf das Wohl der Dermatologen und ihrer Patienten. Für seine Verdienste wurde er 2014 zum Ehrenpräsidenten des BVDD ernannt. Für Dr. Schubert legten die Teilnehmer eine Gedenkminute ein.

State of the Art

Mit einer guten Nachricht konnte Prof. Matthias Augustin, Leiter des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, das Mikrofon übernehmen. Von den insgesamt 21 Punkten des Aufgabenkatalogs der letzten NVKP in 2023 hatte lediglich einer noch kein Häkchen erhalten: die Wiederaufnahme des Dialogs mit den Abgeordneten in der Versorgungspolitik. Diese muss in das Jahr 2025 verschoben werden. Summa summarum eine gute Ausbeute. Die nächste gute Nachricht betraf die ungebrochene Arzneimittelversorgung der Psoriasis im Zeitraum von 2018 bis 2024. Hierzu konnte Augustin topaktuelle Zahlen präsentieren: Im November 2024 wurden über einhunderttausend Patienten mit Biologika versorgt - ein Rekordhoch! Auffällig seien laut dem Hamburger Dermatologen aber die großen Unterschiede in der Arzneimittelversorgung. Der Nicht-Biologika-Markt ist sehr viel kleiner und weniger kostenintensiv als der der Biologika. Das teuerste Nicht-Biologikum (Otezla®) ist gerade mal so teuer wie das günstigste Biologikum (Kyntheum®). Die be-

kannte Wirksamkeit der Biologika spricht allerdings für sich. Ein weiterer Versorgungsunterschied wurzelt in den regionalen Diskrepanzen zwischen Nord und Süd. Als Grund für die schlechtere Versorgung in den südlichen Ländern warf Dr. Dirk Maaßen, Dermatologe aus Maxdorf, in die Runde ein, dass es durch die niedrigere Prävalenz in den südlichen Ländern auch weniger Versorger gebe. Das Problem sei die Umorientierung der Kollegen in den ästhetisch-kosmetischen Bereich. Denn gerade in südwestlichen Regionen wie Baden-Württemberg und Bayern gibt es verhältnismäßig viele reiche Menschen, die sich mit kosmetischen Eingriffen verschönern lassen. Es ist das älteste Prinzip der Marktwirtschaft, das an dieser Stelle greift: Die Nachfrage bestimmt das Angebot. Und so driftet ein Großteil der Versorger in genau diese Richtung ab und kann nicht (mehr) für die Versorgung von Krankheiten wie Psoriasis mobilisiert werden.



Kleine Pause auf großen Fluren am Rande der 14. NVKP. © Merle Twesten



Im regen Austausch: Prof. Matthias Augustin (links) und Prof. Michael Sticherling (rechts) diskutieren über mangelnde Patientenedukation.

Ein weiterer Tagesordnungspunkt betraf das Primärarztsystem, das nachdrücklich von Allgemeinmedizinern gefordert wird. Die Vorteile eines solchen Systems könnten eine bessere Selektion der Fälle oder die Entlastung von Routinefällen sein. Aktuell überwiegen allerdings die Nachteile wie eine verzögerte Diagnostik, die gerade bei schwerwiegenden Hauterkrankungen fatal sein kann, Fehldiagnosen, die mit falschen Vortherapien zu unnötigen Kosten führen, Überweisungshürden seitens der Patienten, ein erhöhter Verwaltungsaufwand und die Einschränkung der Patientenautonomie. Dazu konnte Augustin ein Negativbeispiel aus den Niederlanden nennen. Dort stellte man fest, dass es bei der Versorgung von Melanomen nach Einführung des Primärarztsystems durch längere Arztwege zu einer deutlich höheren Mortalität durch Melanome kam. Ein Worst-Case-Szenario, das unbedingt vermieden werden muss.

Diskutierte Versorgungsdefizite

Nicht weniger intensiv wurde die Problematik der Versorgungslücken besprochen und diskutiert. Dazu meldete sich Dr. Matthias Hoffmann, Dermatologe aus Witten, zu Wort. "Wir müssen uns besser vernetzen. Seit zwanzig Jahren gibt es die gleiche Anzahl an verordnenden Fachärzten. Es muss in die Fläche gehen." Die Praxen der Versorger sind voll und niemand komme mehr hinterher. Bei einer Vergütung von gerade mal 20 EUR pro Patient ist der Aufwand für einen niedergelassenen Arztauch nicht besonders attraktiv. Hoffmann schlägt daher vor, über eine höhere Vergütung an die Versorgungsziele zu kommen und so einen Anreiz für Kollegen zu schaffen. Lösungsansatz für die mangelnde Vergütung könnte die Stärkung von Selektivverträgen sein. Weitere Zustimmung fand Hoffmanns Einwand bei Augustin, der an dieser Stelle mehr Leistungsträger fordert. Flächendeckend ist das Stichwort, denn genau da liegt die Herausforderung, wenn man hört, dass Patienten aus Baden-Württemberg lange Wege nach Hamburg und andere Orte Deutschlands auf sich nehmen müssen, um ihre Psoriasis leitliniengerecht versorgt zu wissen. In Hinblick auf die Tatsache, dass die Boomer-Generation, also ein großer Anteil der Ärzte, bald in der Versorgung wegfallen wird, ist die Forderung umso dringlicher.

Doch nicht nur unter den Versorgern muss man nach Lösungsansätzen für eine bessere Versorgung suchen. Auch die Patientenedukation spiele laut Prof. Michael Sticherling, stellvertretender Klinikdirektor und Leitender Oberarzt am Uniklinikum Erlangen, eine tragende Rolle und müsse angekurbelt werden. Über 60 % der Patienten vieler Ärzte kommen schon mit kleinen Bagatellfällen wie Pickeln oder harmlosen Insek-

tenstichen zum Dermatologen, ohne sich vorher selbst kurz damit beschäftigt zu haben und ein Mittel in der Hausapotheke zu suchen. Auch das Einbinden und Schulen von Allgemeinmedizinern – gerade bei den kleinen Bagatellfällen – kann helfen, die Versorgung zu stärken.

Und was fehlt noch?

Nach dieser Diskussion arbeiteten die Teilnehmer bestehende Mängel und zukünftige Herangehensweisen in der Versorgung heraus. Darunter:

- Eine Leitlinie für eruptive Formen der Psoriasis; was ist bei einem akuten, schweren Schub zu tun?
- Eine Leitlinie für kleinere Entitäten der Psoriasis wie Nagelpsoriasis oder Psoriasis guttata.
- Die Aufnahme der Behandlungscheckliste für Psoriasis in die Leitlinie; hierzu wären allerdings viele formelle Schritte zur Konsentierung nötig.
- Eine gemeinsame S3-Leitlinie von Rheumatologen und Dermatologen zur Psoriasis-Arthritis; diese ist bereits in Arbeit, kommt allerdings nur langsam voran. Eine schnellere Lösung für eine Publikation könnte eine eigene S1-Leitlinie oder ein Konsensuspapier der Dermatologen sein.

Einen genaueren Einblick in den Stand der Selektivverträge DermaOne und DermAktiv bot von Kiedrowski zum Ende der Veranstaltung. Im DermaOne-Vertrag sind aktuell fast 33 Millionen Versicherte eingeschlossen. Für die eingeschriebenen Ärzte sind bestimmte Komplexpauschalen der Krankenkassen vorgesehen, diese liegen je Quartal bei 13 EUR für Patienten, die mit Fumaraten behandelt werden, beziehungsweise 25 EUR für Patienten, die mit einem Biologikum, JAK-Inhibitor oder PDE-4-Hemmer behandelt werden. Zusätzlich gibt es noch weitere Wirtschaftlichkeitsboni, die rabattierte Arzneimittel betreffen, wie beispielsweise einen Bonus von 33 EUR je Patient und Quartal für die Verordnung rabattierter TNF-α-Inhibitoren. Einen interessanten Bonus hält übrigens die SVLFG-Kasse innerhalb des DermAktiv-Vertrages parat, denn sie bietet eine höhere Vergütung bei schnellerer Überweisung (leider jedoch noch nicht für Psoriasis). Solche Verträge können die Versorgungswelt aktiv mitgestalten und

für nachrückende, junge Kollegen attraktiver machen. Wie über die Selektivverträge hinaus die Arbeit im Praxisalltag reibungsloser und effizienter gestaltet werden kann, zeigte Maaßen im Anschluss an einem Beispiel aus seiner Praxis. Genaueres dazu im Interview ab Seite 26 in dieser Ausgabe.

Der nächste wichtige Schritt, die Konsentierung der neuen Versorgungsziele 2025–2030 für Psoriasis, wurden für das Netzwerksprechertreffen im Januar 2025 angekündigt. Zu Beginn des neuen Jahres werde laut Augustin außerdem der digitale Rollout des Pso-Best-Registers stattfinden.

MERLETWESTEN



Die beiden Sprecher der NVKP Dr. Ralph von Kiedrowski (links) und Prof. Matthias Augustin (rechts) vor dem Hörsaal der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin.

© Merle Twesten

"Unser Anspruch ist kein kleiner" – Nationale Versorgungskonferenz Haut 2.0

Am 27. Oktober 2023, fand die erste Nationale Versorgungskonferenz Haut (NVK Haut) in Berlin statt. Dort wurde mit den Teilnehmern erstmals genauer abgestimmt, was Aufgaben und Ziele des Hautnetz Deutschland sein werden. Im vergangenen Jahr konnten bereits einige dieser Ziele umgesetzt werden, wie zum Beispiel die Einleitung weiterer Versorgungskonferenzen wie der NVK Prurtitus & Prurigo oder der NVK Atopische Dermatitis im Herbst 2024. Die Kernprobleme der dermatologischen Versorgung in Deutschland sind damit aber noch lange nicht gelöst.

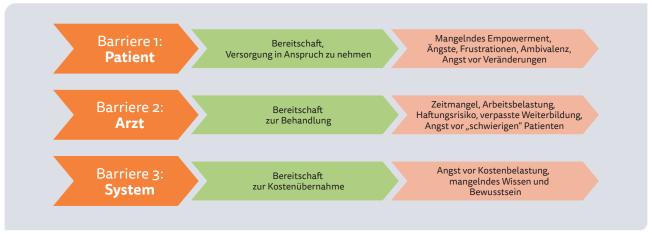


Prioritäten gesetzt: Dr. Ralph von Kiedrowski fasst zu Beginn der Konferenz die im Vorjahr besprochenen Ziele zusammen. © Merle Twesten

Psoriasis (NVKP) folgte in der selben Location die NVK Haut – nur mit noch mehr Teilnehmern. Es begrüßten für den Hautnetz Vorstand die Sprecher Prof. Matthias Augustin, Leiter des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Dr. Ralph von Kiedrowski, niedergelassener Dermatologe in Selters und Präsident des Berufsverbands der Deutschen Dermatologen (BVDD), und Dr. Sandra Philipp, Dermatologin aus Oranienburg. Wie auf der NVKP übernahm von Kiedrowski die einleitenden Worte und auch hier wurde zu Beginn der Veranstaltung des nur einen Tag zuvor verstorbenen BVDD-Ehrenpräsidenten Dr. Erich Schubert gedacht.

Von Kiedrowski leitete seinen Vortrag mit einer Rückschau auf das vergangene Jahr ein und wies noch mal auf die Indika-

tionen hin, denen man auf der 1. NVK Haut die höchste Priorität beigemessen hatte: atopische Dermatitis, Hidradenitis suppurativa, Pruritus/Prurigo, Vitiligo, Urtikaria und Alopecia areata. Als Fazit der bisherigen Arbeit stellte der Dermatologe aus Selters fest, dass die Leitlinienarbeit in den wichtigen Indikationen derzeit auf einem guten Stand sei und folglich deren flächendeckende Implementierung zukünftiges Kernthema sein werde. Erfolgreich habe man bereits die ersten Versorgungskonferenzen zu Pruritus & Prurigo (NVK P&P) sowie atopische Dermatitis (NVK AD) durchgeführt, weitere würden 2025 folgen, so von Kiedrowski. Als nächsten Schritt müsse man nun klären, für welche der Indikationen die nächsten Leitlinienaktualisierungen folgen sollen und für welche neue Standards in den Therapiezielen festgelegt werden müssen.



Barrieren in der Versorgung bei Patient, Arzt und Gesundheitssystem.



Die Teilnehmer auf der 2. Nationalen Versorgungskonferenz Haut.

© Merle Twesten

Problemfelder und Barrieren

"Wir handeln für die deutsche Dermatologie und für die Patienten mit chronischen Hautkrankheiten", betonte Prof. Matthias Augustin. Es sei sehr wichtig, im Kontext dieses Leitsatzes auf den Versorgungskonferenzen allen beteiligten Versorgungsgruppen ein Stimmrecht zuzugestehen – und diese auch zu den Konferenzen einzuladen. Dazu zählen nicht nur Ärzte, sondern auch Unternehmen, die Netzwerk- und Sektionssprecher und als Sprachrohr der Betroffenen: die Selbsthilfeorganisationen. Nur mit geballter Kraft und den Einblicken in die verschiedenen Bereiche ist eine gute Versorgung möglich. Diese Thematik führte den Dermatologen aus Hamburg zu den Gründen, weshalb die Versorgung noch unzureichend ist. Die Defizite lassen sich in unterschiedliche Bereiche unterteilen, die von Patient, Arzt und dem Gesundheitssystem ausgehen (s. Grafik).

Der Plan für 2025

Je nach Indikation gibt es natürlich auch Barrieren, die nicht allgemein, sondern indikationsbedingt zu überwinden sind. Bei der atopischen Dermatitis zum Beispiel sind es die wenigen präventiven Maßnahmen, die ergriffen werden und versäumte Weiterbildungen: nur jeder achte Dermatologe besucht Schulungsprogramme. Prurigo wiederum wird oft nicht ernst genommen und es kommt zu Versäumnissen in der Basisdiagnostik und -therapie, bei Vitiligo hingegen wird die psychische Belastung völlig unterschätzt. Diese Unterschiede verdeutlichen nochmals, wie wichtig der separate Fokus auf die einzelne Erkrankung ist.



Positives Feedback zum Schluss: Prof. Christos Zouboulis (am Mikrofon) lobte die bisherige Arbeit des Vereins Hautnetz Deutschland.

Merle Twesten

Die nächsten konkreten Schritte sollen sein:

- Die Präzisierung der Nationalen Versorgungsziele 2025-2030 für die atopische Dermatitis und die chronische Prurigo.
- Die Planung der NVK Vitiligo Anfang/Mitte 2025.
- Die Durchführung der NVK Hidradenitis suppurativa am 21. März 2025.
- Die Durchführung der NVK Chronische Urtikaria am 18. Oktober 2025.
- Die Planung der NVK Alopecia areata Ende 2025.
- In den jeweiligen Sektionen die Ausarbeitung der Konzepte zur besseren Versorgung und zur Unterstützung der Dermatologie.

Flankiert wird die Arbeit dabei durch Strategieziele von DDG und BVDD. Grundsätzlich soll auch die Leitlinienarbeit vorangetrieben werden, denn "Leitlinien sind der Maßstab unseres Handelns", so Augustin.

Für Psoriasis beispielsweise werden recht viele Zertifikate ausgestellt, was im Vergleich zu anderen Indikationen auch den Versorgungsstand widerspiegelt. In der Planung ist aktuell ein Zertifikat für Hidradenitis suppurativa. Weitere Awareness für die verschiedenen Indikationen könne über die "World Days", wie den Welt-Psoriasis-Tag, oder Selbsthilfeorganisationen geschaffen werden, was von der NVK Haut begrüßt wurde. Neu eingeführt und am 21. Juni 2025 erstmals durchgeführt wird der Welt-Prurigo-Tag, initiiert von Prof. Sonja Ständer,

leitende Oberärztin an der Klinik für Hautkrankheiten am Universitätsklinikum Münster, und Augustin.

Die Planung für 2025 steht also. Bleibt zu hoffen, dass auch das zweite Jahr bis zur 3. NVK Haut so erfolgreich durchgeführt und abgeschlossen werden kann, wie das erste.

Für einen schönen Abschluss der Veranstaltung sorgte Prof. Christos Zouboulis, Dermatologe aus Dessau-Roßlau, der die bisherige Arbeit des Hautnetz Deutschland ausdrücklich lobte.



Prof. Matthias Augustin, Dr. Sandra Philipp und Dr. Ralph von Kiedrowski (v. l. n. r.) leiteten als Sprecher die NVK Haut.

© Merle Twesten

1. Nationale Versorgungskonferenz Hidradenitis suppurativa – "Wir müssen breiter denken als

bei Psoriasis"

Am 21. März 2025 fand im Congress-Forum in Frankenthal die 1. Nationale Versorgungskonferenz Hidradenitis suppurativa/Acne inversa (HS/AI) statt – eine richtungsweisende Veranstaltung, die den Auftakt zur DERM gab. Ziel der Konferenz war es, die aktuelle Versorgungslage von Patienten mit HS in Deutschland zu analysieren, bestehende Herausforderungen zu



Die zahlreichen Teilnehmer der Nationalen Versorgungskonferenz Hidradenitis suppurativa/Acne inversa. © Merle Twesten

diskutieren und erste Versorgungsziele für die kommenden Jahre zu formulieren.

I idradenitis suppurativa, auch als Akne inversa (AI) bekannt, ist eine besonders belastende chronisch-entzündliche Hauterkrankung, die dringend eine bessere Versorgung benötigt. Damit verbunden sind zahlreiche Herausforderungen für Patienten und Behandler, die auf der NVK im Kollektiv herausgearbeitet und diskutiert wurden. Besonders die enorm starke psychosoziale Belastung und die starken Schmerzen machen die HS zu einem der größten - wenn nicht sogar dem größten - Sorgenkind in der dermatologischen Versorgung. Prof. Matthias Augustin, Leiter des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, machte deutlich: "Wir müssen ganz von vorne Anfangen und die Wahrnehmung der Versorgungssituation festlegen." Und das begann auf der NVK HS mit den Basics: Welche Nomenklatur soll zukünftig für die Krankheit verwendet werden? NVK AI? NVK HS? AI (Acne inversa) ist möglicherweise unzureichend, die Erkrankung unter diesem Namen eher nur auf nationaler Ebene bekannt. Nur HS würde jedoch ignorieren, dass viele Ärzte in Deutschland mit ihren Patienten eben von Acne inversa sprechen. In Abstimmung mit den Teilnehmern einigte man sich schließlich auf eine Kombination. Wir stellen vor: NVK HS/AI, damit nichts links liegen gelassen wird.

Versorgungssituation und Herausforderungen

Die Versorgungssituation der HS in Deutschland wurde anschließend von Augustin skizziert. Wie bei den meisten systemischen Erkrankungen spielen bei HS die regionalen Disparitäten eine tragende Rolle. Die Versorgung auf dem Land ist nicht zwangsläufig schlechter, aber für die Patienten schwerer zugänglich. Zudem fehlen klar ausformulierte Scores und Algorithmen wie bei der Psoriasis, um den Schweregrad und damit die Behandlung der Krankheit zu klassifizieren.

Durch die ungeklärte Frage, wer im Versorgungsprozess beteiligt sein sollte, fehlt eine Lenkung der Behandlung. Ein Punkt, bei dem das Hautnetz Deutschland als Dachverband sicherlich unterstützen kann. Auch die Verkennung des Bottle Neck (Engpass) gehört zu den Problemen bei dieser Erkran-

kung. Viele Patienten mit HS werden nach wie vor fehlversorgt. Ziel ist es daher, mehr Patienten in die dermatologische Versorgung zu bringen. Und eine Frage müssen sich auch die Dermatologen selbst ehrlich beantworten: Wie stark ist die Versorgungsmotivation bei Patienten mit HS? "Zehntausende bleiben auf der Strecke", betonte Augustin in diesem Zusammenhang. Von zehn Patienten erhalten lediglich drei eine korrekte Diagnose. Noch erschreckender: Nur einer von zehn Patienten wird leitliniengerecht versorgt.

Hinzukommt die massive Unterschätzung der Behandlungsprävalenz (0,03 % vs. 0,3 %), die durch Fehldiagnosen zustande kommt.

Die therapeutische Latenz darf auch nicht vergessen werden, denn bis ein Patient die Diagnose HS erhält, vergehen im Schnitt sieben bis zehn Jahre. Ein Zeitraum, in dem die Krankheit einen irreversiblen Schaden anrichten kann.



In der Diskussion: Prof. Zouboulis (L.) und Prof. Matthias Augustin (r.).

Dr. Florian Schenck, Dermatologe aus Hannover, ergänzte die unzureichende Kodierung von HS. Die Einordnung des Schweregrads ist somit recht heterogen und erschwert die Behandlung und die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen. Hier könne über die Therapieform die Schwere kodiert werden, so ein Vorschlag von Dr. Ralph von Kiedrowski, Dermatologe aus Selters und Präsident des Berufsverbands der Deutschen Dermatologen (BVDD). Eine systemische Therapie würde somit einen höheren Schweregrad voraussetzen als eine topische.

Die ersten Ziele und Lösungsansätze

Obgleich sich diverse Probleme und Herausforderungen zeigten, betonte Prof. Christos Zouboulis, Dermatologe aus Dessau-Roßlau, dass er nicht pessimistisch in die Zukunft blicke. Noch vor zehn Jahren wurde HS in der Behandlung eher mit den Chirurgen assoziiert. Mittlerweile ist es in der breiten Masseangekommen, dass dies ein Thema für den Dermatologen ist. Ein kleiner Lichtblick. Die Liste der Defizite ist jedoch lang, Zeit also, Lösungen zu finden und die Versorgungsziele 2025 – 2030 zu definieren. Augustin betonte in seinem Vortrag, dass der Erfolg der Versorgung maßgeblich von klar definierten und praxisnahen Versorgungszielen abhängt. Eine eindeutige Abstimmung der Ziele wird nach der NVK im Zuge einer Online-Umfrage folgen. Vorerst festgelegt hat man sich auf folgende Ziele:

- 1. Patienten mit HS werden frühzeitig erkannt und nach Leitlinie behandelt.
- 2. Patienten mit HS haben ein gutes Wohlbefinden. Das umfasst:
 - · eine gute psychische Gesundheit
 - · eine gute Lebensqualität
 - · eine gute Schlafqualität
- 3. Patienten mit HS haben eine gute Krankheitskontrolle.
- 4. Eine Komorbidität bei Patienten mit HS wird frühzeitig erkannt und behandelt.

Zusätzliche, konkretere Ziele wie die Erhöhung der Erwerbstätigkeit oder die sektionsübergreifende Versorgung, die aus der Runde von Dr. Uwe Kirschner, Dermatologe aus Mainz, und Prof. Christian Termeer, Dermatologe aus Stuttgart, eingebracht wurden, werden unter den genannten Hauptzielen erfasst und genauer definiert werden.

Nachdem die Ziele genauer festgelegt wurden, sollen laut Augustin messbare Endpunkte aus der Leitlinie (LL) übernommen und Maßnahmen eingeleitet werden. Zouboulis warf an dieser Stelle ein, dass die LL viel zu unbekannt sei. Das wurde nach einer kurzen Frage in die Runde nur umso klarer, denn nur wenige Teilnehmer der NVK bestätigten, die Inhalte der LL zu kennen. Prof. Falk Bechara, Leitender Oberarzt der Dermatochirurgie am Katholischen Klinikum Bochum, stimmte dem zu und schlug vor, die Key Messages aus der LL stärker hervorzuheben - eine LL für Nichtdermatologen und ein Therapiepfad wären in diesem Fall sinnvoll, werden aber Zeit in Anspruch nehmen. "Eine 200 Seiten lange LL auf einen Einseiter zu bringen, ist nicht einfach, aber machbar", so von Kiedrowski. Der Berufsverband möchte sich dieser Aufgabe stellen. Um den Bekanntheitsgrad der HS zu steigern, könnten weitere Lösungsansätze KI-Patiententools, Registerdaten und vor allem Social-Media-Plattformen für jüngere Generationen

sein. Auch eine Checkliste für HS, wie es sie bereits für Psoriasis gibt, und ein Screening auf Komorbidität sind eine Überlegung wert. Bechara warf ein, dass es auch hier disputabel werden könnte, da die Wünsche und Ziele der Patienten sehr individuell sind. Unstrittig hilfreich könne hingegen die Förderung der Patientenaufklärung und von Schulungsangeboten zur besseren Krankheitsbewältigung sein.

Eine Aufnahme in einen Selektivvertrag wie DermaOne sieht von Kiedrowksi vorerst als schwierig, aber nicht unmöglich. Denn alle zur Verfügung stehenden Therapien bei HS werden bereits als Therapieoptionen anderer Erkrankungen, die schon unter einem solchen Vertrag laufen, geführt.

Insgesamt muss man bei der HS etwas breiter denken als beispielsweise bei dem Best-Practice-Versorgungsmodell der Psoriasis. Das wird durch die Tatsache verdeutlicht, dass es für HS lediglich drei Therapiealternativen gibt (20 bei Psoriasis). Zum Ende der Veranstaltung stellten Thomas Niegisch und Dr. Natalie Noe von UCB das Programm "HS-Allianz Disease Awareness" vor. Die Ziele des Programms gleichen in großen Teilen denen, die bereits in der vorangegangen Paneldiskussion angesprochen wurden. Zusätzlich hebt die Allianz noch den Einschluss aller Patienten mit einer HS-Diagnose in ein Register hervor. Ein solches Register besteht bereits laut Augustin. Ein Roll-out soll zeitnah folgen. Doch dafür muss eben auch die notwendige Awareness an den richtigen Stellen geschaffen werden.

Ausblick

Hidradenitis suppurativa ist nicht nur eine Hautkrankheit, sondern eine ernsthafte systemische Erkrankung mit massiven Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen. Genau deshalb sind nationale Versorgungskonferenzen wie die NVK HS/AI so wichtig – sie legen den Grundstein für eine bessere Zukunft der HS-Behandlung. Die Veranstaltung machte deutlich: Die systematische Verbesserung der HS-Versorgung in Deutschland ist dringend notwendig. Nun gilt es, die erarbeiteten Maßnahmen konsequent weiterzuverfolgen.

MERLETWESTER



Durchatmen bei schönem Wetter: die Sektionssprecher der NVK HS/Al: Dr. Uwe Kirschner, Prof. Christos Zouboulis, Prof. Matthias Augustin, Prof. Falk Bechara (v. l. n. r.; Dr. Florian Schenck wurde online zugeschaltet) und als stellvertretender Vorsitzender des Hautnetz Deutschland Dr. Ralph von Kiedrowski (r.).

Netzwerksprechertreffen 2025

Am 11. Januar 2025 kamen die Netzwerksprecher in der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin zusammen, um auf das vergangene Jahr zurückzublicken und wichtige Weichenstellungen für das Jahr 2025 und die folgenden Jahre abzustimmen. Die Tagesordnung und die Diskussionen waren klar auf die zukünftige Versorgung und Netzwerkarbeit ausgerichtet.



Die Netzwerksprecher mit Thomas Noack (links) während des Netzwerk-Trainings.
© Silia Zeidler

Rückblick 2024 - Was wurde erreicht?

Das Jahr 2024 brachte viele Fortschritte: Neben erfolgreichen Netzwerksprechertreffen wurden wichtige Veranstaltungen wie die Nationalen Versorgungskonferenzen (NVK) Psoriasis und Haut im November organisiert. Auch medial konnten Meilensteine erreicht werden: Das PsoNet Magazin wurde überarbeitet und unter dem übergreifenden Namen Hautnetz Magazin seit Herbst 2024 weitergeführt. Ein neues Design des Flyers für PsoNet wurde erstellt und die Website von Hautnetz Deutschland e. V. modifiziert. Die Medienarbeit wurde durch eine enge Zusammenarbeit mit DDG, BVDD und dem Deutschen Psoriasis Bund ergänzt.

Auch wurden relevante Leitlinien weiterentwickelt: So wurde beispielsweise die Arbeit an der interdisziplinären S3-Leit-

linie zur Psoriasis-Arthritis wieder aufgenommen. Die DDG-Vertreter Prof. Matthias Augustin, Prof. Ulrich Mrowietz, Prof. Diamant Thaçi und Dr. Ralph von Kiedrowski sind zuversichtlich, dass das Projekt in Q1/2026 abgeschlossen sein wird. Ein weiterer Fokus lag auf der Digitalisierung. Die IT-Plattform für die Patientenverwaltung wurde ausgebaut. Mit dem elektronischen System DocuDerm, welches im weiteren Text vorgestellt wird, sowie der überarbeiteten Leitlinie zur Digitalen Dermatologie stehen innovative Instrumente zur Dokumentation und Patientenversorgung zur Verfügung.

Eine wichtige Neuerung ist die Checkliste zur Therapieentscheidung bei Psoriasis, die von Kiedrowski, niedergelassener Dermatologe und Präsident des BVDD, vorstellte. Sie hilft Ärzten, Patienten systematisch einzuordnen und die beste



Visualisierung der Arbeitsergebnisse des Netzwerk-Trainings mit Thomas Noack.

© Matthias Augustin

Therapieoption auszuwählen. Die Checkliste ist wie bei allen Indikationen (z.B. atopische Dermatitis, chronische Prurigo, Vitiligo) in drei Hauptblöcke unterteilt:

- Bewertung des objektiven Schweregrads mit verschiedenen Möglichkeiten
- 2. Erhebung des subjektiven Schweregrads (z. B. PASI, Pruritus)
- 3. Aussicht auf therapeutischen Erfolg

Mit drei einfachen Kreuzen kann die Indikation zur Systemtherapie auf valider Basis gestellt und dokumentiert werden. Ein entscheidender Faktor ist darüber hinaus, dass bei jeder Therapieumstellung die Checkliste erneut ausgefüllt wird. Dies ermöglicht eine transparente Behandlungsgrundlage sowie eine patientenorientierte Versorgung.

Obendrein gab es eine Vorstellung der erarbeiteten Ergebnisse des Netzwerk-Trainings, welches federführend von dem systemischen Management Coach Thomas Noack geleitet wurde und am Vortag stattfand.

Ein zentrales Arbeitsergebnis war die Visualisierung der wesentlichen Erfolgsfaktoren für funktionierende Netzwerke: Die partnerschaftliche Einbindung aller Beteiligten, eine wirksame Führung sowie gezieltes Kommunikations- und Beziehungsmanagement. In Planung ist ein umfassendes Review zu den Ergebnissen aus der Arbeit mit Noack.

Neuerungen in der Versorgung der Psoriasis

Augustin, Leiter des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, erklärte einführend, dass derzeit auf Wunsch der regionalen Netzwerksprecher die S2-Leitlinie zur topischen Therapie der Psoriasis aktualisiert wird und eine Erweiterung für Kinder geplant ist, die als weitere medizinische Leitlinie folgen soll. Darüber hinaus erklärte Augustin, dass weitere Leitlinien in der Umsetzung sind, zum Beispiel zur Behandlung der generalisierten Pustulösen Psoriasis (GPP) und der palmoplantaren Psoriasis (PPP). Vorgesehen ist ebenfalls eine S3-Leitlinie zur Langzeittherapie der Plaque-Psoriasis, die es laut Augustin noch nicht gibt.

Auch zu den Registerprojekten, welche primär am IVDP verwaltet und organisiert werden, gab Augustin wichtige Weiterentwicklungen bekannt. Dabei dient das Register PsoBest als Vorzeigeprojekt mit mittlerweile über 1.100 aktivierten Zentren und 25.000 eingeschlossenen Patienten. Das HSBest Register verzeichnet mit 1.000 eingeschlossenen Patienten ebenfalls eine beachtliche Fallzahl. Aktiv sind neben Psoriasis und Hidradenitis suppurativa auch die Register zur atopischen Dermatitis (ADBest-TREAT), zur Vitiligo (VitiBest), Prurigo (CPGBest) und PPP/GPP (PPBest). Geplant sind weitere Registerprojekte, zu denen beispielsweise das HEBest für Handekzem gehört, welches in Kooperation mit der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) durchgeführt wird.

Digitale Entwicklungen in der Versorgung

Ein weiteres Projekt, das zu effizienteren Strukturen in der Versorgung beiträgt, ist das von Augustin am IVDP geleitete Projekt DocuDerm, ein elektronisches System zur effizienten Erfassung und Zentralisierung von Patienteninformationen, Krankheitsgeschichten und -verläufen. Diese Daten können auch in die Registerarbeit übertragen werden, um die Versor-

gungsforschung zu verbessern. Ein besonderes Merkmal des Systems ist, dass es in die Terminvergabe integriert werden kann. Dies ermöglicht einen reibungsloseren Ablauf in der Patientenversorgung und entlastet das klinische Personal. Die Entwicklung von DocuDerm macht derzeit große Fortschritte und der nächste Schritt ist die Einführung in weiteren Kliniken.

Nationale Versorgungsziele 2025 - 2030

Das Netzwerksprechertreffen knüpfte an die Pläne der NVK Psoriasis und Haut im November an und erarbeitete die gesetzten nationalen Versorgungsziele 2025 – 2030 weiter. Dabei haben sich die Netzwerksprecher darauf geeinigt, dass die bisherigen Ziele ihre Gültigkeit beibehalten. Darüber hinaus wurde ein zusätzliches Versorgungsziel formuliert, das obendrein die Schaffung guter Rahmenbedingungen für die Versorgung der Menschen mit schweren chronischen Hautkrankheiten stärker berücksichtigen soll. Die überarbeiteten Ergebnisse der Versorgungsziele sollen nun in einer Online-Abstimmung final bestätigt werden. Im nächsten Schritt folgt eine genaue Definition der Messkriterien. Abschließend werden sie als Nationale Versorgungsziele Psoriasis 2025-2030 veröffentlicht und auch an die Entscheidungsträger im Gesundheitssektor gerichtet. In guter Tradition ist dafür auch eine gemeinsame parlamentarische Veranstaltung im Bundestagsrahmen geplant.

Planung für 2025

Die kommenden Monate werden intensiv: Es stehen eine Reihe von NVKs an. Die ersten großen Veranstaltungen waren die NVK Hautkrebs im Februar 2025 in Berlin und die NVK Hidradenitis suppurativa in Frankenthal im März 2025. Zudem wird die DDG-Tagung Ende April in Berlin ein wichtiger Treffpunkt für das Netzwerk sein. Bis dahin gibt es viel zu tun, aber auch eine klare Richtung für die regionalen Netze.

Das Netzwerksprechertreffen hat gezeigt, dass die Zusammenarbeit innerhalb des Expertenkreises erfolgreich ist. Viele Projekte wurden umgesetzt und die Pläne für 2025 sind verabschiedet worden. Schon jetzt wurde die nächste Präsenz-Sitzung der Netzwerksprecher im Januar 2026 geplant.

FINJA NIEMANN



Prof. Matthias Augustin (rechts) während eines Austausches.

© Silja Zeidler

Berichte aus den Netzen

Fast jeder zweite Europäer leidet im Laufe seines Lebens an einer Hauterkrankung, die mal schlechter, mal besser behandelbar ist. Darunter fallen auch systemische Erkrankungen wie Psoriasis oder atopische Dermatitis. Sie können mit einer Vielzahl möglicher Begleiterkrankungen wie Rheumatoider Arthritis, metabolischen Veränderungen (Diabetesneigung, Adipositas, arterielle





Hypertonie), einem erhöhten Risiko kardiovaskulärer Folgeerkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall) und auch einem hohem psychischen Leidensdruck einhergehen. Solche Erkrankungen können viele Aspekte des Patientenalltags beeinträchtigen, sodass immer mehr Menschen eine fachärztliche Betreuung benötigen.

aufig sind die Grenzen zwischen den medizinischen Fachbereichen in den Arztpraxen fließend: Umso wichtiger ist, dass Spezialisten mit unterschiedlichen Schwerpunkten zugunsten ihrer Patienten optimal zusammenarbeiten und sich gemeinsam für das Wohl der Patienten engagieren.

Spezialisten im Verbund

Ausgangspunkt der Netzarbeit ist die Verbesserung von ärztlicher Kooperation und Versorgungsqualität. Bundesweit haben sich hierfür rund 700 Praxen und Kliniken zusammengeschlossen. Die Patienten profitieren vom Spezialwissen hochqualifizierter Versorger, von erstklassigen Kontakten zu allen kompetenten Fachzentren und von der individuellen Beratung.

Gesicherte Qualität

Teilnehmende Praxen und Kliniken müssen eine hohe Versorgungsqualität gewährleisten. Hierfür haben die Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG) und der Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD) einheitliche Standards beschlossen, zu denen sich sämtliche Netzwerkmitglieder bekennen. Zentrale Prämisse ist die Durchführung von Therapien auf dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis, wie in zahlreichen Leitlinien definiert. Die Qualitätsziele werden auf bundesweiter, regionaler und Praxisebene weiter ausformuliert.

Die nächste Facharztpraxis ist auf der Internetseite von PsoNet schnell zu finden: Mithilfe der komfortablen Kartensuche kann durch die Eingabe von Postleitzahl oder Wohnort nach Praxen

in einem bestimmten Umkreis gesucht werden. Ein Klick auf die gefundenen Ergebnisse genügt und es erscheinen weitere Informationen wie Anschrift und Kontaktmöglichkeiten der Praxis



Regionale Psoriasis- und Hautnetze © PsoNet

Wie kann ich mich als Arzt einem Netz in meiner Region anschließen oder ein neues Netzwerk gründen?

Unter www.hautnetz-deutschland.de können interessierte Ärzte einsehen, ob es bereits ein Netzwerk in ihrer Region gibt. Hier steht auch entsprechendes Informationsmaterial zum Download zur Verfügung. Weitere Fragen rund um den Beitritt oder die Neugründung können Sie an info@hautnetz-deutschland.de richten.

Netzwerksprecher der Regionalen Psoriasisnetze (PsoNet) und Hautnetze

Netz		Sprecher	Praxis/Klinik	Adresse	Mailadressen
Berlin und Brandenburg	e	Prof. Dr. Wiebke Ludwig- Peitsch Dr. Sandra Philipp	Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Klinik für Dermatologie und Phlebologie Hautarztpraxis Landsberger Allee 49 10249 Berlin Bernauer Straße 66 16515 Oranienburg		wiebke.ludwig-peitsch@vivantes.de hautarzt.philipp@gmail.com
Bochum-Witten		Dr. Matthias Hoffmann	as Hoffmann Hautarztpraxis Annenstr.151 drho@hautarzt-dr-hoffm		
	P	Dr. Michael Ardabili	58453 Witten Hautarztpraxis Wittener Str. 244 m.ardab 44803 Bochum		m.ardabili@derma.de
Bonn/Rhein-Sieg	0	Dr. Dagmar Wilsmann-Theis Dr. Jörg Weckbecker	Dermatologie und Allergologie 53127 Bonn		dagmar.wilsmann-theis@ukb.uni-bonn.de praxis@dr-weckbecker.de
Bremen		Dr. Uwe Schwichtenberg	53604 Bad Honnef		info@dr-schwichtenberg.de
Bremen	P	Prof. Dr. Jörn Elsne	Hautarztpraxis MVZ Hautarzt- und Laserzentrum Bremen	28779 Bremen Wachmannstraße 7 28209 Bremen	elsner@hautarzt-elsner.de
Hautnetz Dessau-Anhalt	•	Dr. Andreas Altenburg	Städtisches Klinikum Dessau, Hochschulklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie	Auenweg 38 06847 Dessau-Roßlau	andreas.altenburg@klinikum-dessau.de
Hautnetz Dresden- Ostsachsen	(1)	Prof. Dr. Stefan Beissert Dr. Susanne Abraham	Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Dermatologie	Fetscherstr. 74 01307 Dresden	dermatologie@uniklinikum-dresden.de
Düsseldorf	P	Dr. Stephan Meller	Universitätsklinik Düsseldorf, Hautklinik	Moorenstr. 5 40225 Düsseldorf	stephan.meller@med.uni-duesseldorf.de
Göttingen	0	Prof. Dr. Michael P. Schön Prof. Dr. Rotraut Mößner	Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie	Robert-Koch-Str. 40 37075 Göttingen	michael.schoen@med.uni-goettingen.de rmoessn@gwdg.de
Hautnetz Hamburg	0	Prof. Dr. Matthias Augustin Dr. Michael Reusch Prof. Dr. Kristian Reich	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, CVderm, IVDP und PsoNet	Gebäude W 38 Martinistr. 52 20246 Hamburg	m.augustin@uke.de dr.reusch@drrm.de k.reich@uke.de
Netzwerk für entzündliche Dermatosen Hannover	æ	Dr. Florian Schenck Dr. Tim Schäfer	Hautarztpraxis Hautarztpraxis	Osterstr. 24 30159 Hannover Hannoversche Str. 1 30926 Seelze	schenck@hautaerzte-zentrum.de hautarzt.seelze@gmail.com
Harz	e	Christiane Schreck	Klinikum D. Ch. Erxleben, Hautkrebszentrum	Ditfurter Weg 24 06484 Quedlinburg	christiane.schreck@harzklinikum.com
Heidelberg	0	Prof. Dr. Alexander Enk	Haukrebszentrum Universitätsklinik Heidelberg, Abt. für Dermatologie Meuenheimer Feld 440 69120 Heidelberg		alexander.enk@med.uni-heidelberg.de
Kiel			Psoriasis-Zentrum, Universitätsklinikum	Schittenhelmstr. 7 24105 Kiel	umrowietz@dermatology.uni-kiel.de
	P	Prof. Dr. Sascha Gerdes	Schleswig-Holstein, sgerdes@dermatology.u Campus Kiel		sgerdes@dermatology.uni-kiel.de
Köln	0	Holger Krickeberg	Hautarztpraxis	Olpener Str. 886 51109 Köln	info@hautarzt-krickeberg.de
Hautnetz Leipzig/ Westsachsen	•	Prof. Dr. Jan-Christoph Simon	Universitätsklinikum Leipzig, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie	Philipp-Rosenthal-Str. 23 04103 Leipzig	jan.simon@medizin.uni-leipzig.de
Lübeck	e	Prof. Dr. Diamant Thaçi	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck	Schleswig-Holstein, Ratzeburger Allee 160	
Magdeburg	P	Prof. Dr. Bernd Bonnekoh	Universitätsklinikum Magdeburg, Abt. Dermatologie	Leipziger Str. 44 39120 Magdeburg	bernd.bonnekoh@med.ovgu.de
Marburg	•	Prof. Dr. Michael Hertl	Philipps-Universität Marburg, Klinik für Dermatologie	Deutschhausstr. 9 35037 Marburg	michael.hertl@med.uni-marburg.de
DermaNet Mecklenburg-		Dr. Anke Herrmann	Hautarztpraxis	Wolgaster Str. 4 post@ 17489 Greifswald	post@hautzentrum-greifswald.de
Vorpommern	0	Dr. Andreas Timmel	Hautarztpraxis Markt 26 pra 18528 Bergen auf Rügen		praxis@hautzentrum-ruegen.de
InflaDerm Münsterland	()	Dr. Nina Magnolo PD Dr. Athanasios Tsianakas			nina.magnolo@ukmuenster.de a.tsianakas@fk-bentheim.de
Nordbayern	e	Prof. Dr. Michael Sticherling			michael.sticherling@uk-erlangen.de
Östliches Ruhrgebiet	e	Dr. Ulrike Beiteke Dr. Fritz Lax	Hautklinik Klinikum Dortmund, Hautklinik Hautarztpraxis	91054 Erlangen Beurhausstr. 40 44137 Dortmund Am dicken Turm 23	ulrike.beiteke@klinikumdo.de fritz.lax@t-online.de
Osnabrück		PD Dr. Thomas Rosenbach	·	58636 Iserlohn Lotter Str. 58-61	
Silauluck	0	Dr. Ansgar Weyergraf	Hautarztpraxis Hautarztpraxis	49078 Osnabrück Hasestr. 17 59565 Bramsche	info@ihrehautaerzte.de ansgar@weyergraf.de
Ostwestfalen- Lippe	P	Dr. Katharina Kreutzer Dr. Henrik Mohme	Klinikum Bielefeld, Hautklinik Hautarztpraxis	An der Rosenhöhe 27 33647 Bielefeld Hauptstr. 31	katharina.kreutzer@klinikumbielefeld.de backoffice@psonetz-owl.de
Ruhr	e	Prof. Dr. Andreas Körber	Universitätsklinikum Essen, Klinik und Poliklinik	32457 Porta Westfalica Hufelandstr. 55 45122 Essen	andreas.koerber@uk-essen.de
Südniedersachsen	6	PD Dr. Wiebke Sondermann PD Dr. Holger Petering	für Dermatolgie Hautarztpraxis	Andreas-Passage 1	wiebke.sondermann@uk-essen.de hautarzt-hildesheim@web.de
	0		31134 Hildesheim		_
Südostbayern	0	Dr. Oliver Hirschsteiner	Salus Gesundheitszentrum, Klinik für Dermatologie	Rinckstr. 7-9 83435 Bad Reichenhall	info@salus-gesundheitszentrum.de
Psoriasis- Praxisnetz Süd-West	•	Dr. Dirk Maaßen Prof. Dr. Christian Termeer	Hautarztpraxis Hautarztpraxis	Am Großmarkt 2 67133 Maxdorf Rennstraße 2	dirkmaassen@icloud.com info@hautarzt-termeer.de
Weser-Ems	P	Dr. Martin Schlaeger	Hautarztpraxis	70499 Stuttgart Gottorpstr. 12	schlaeger.derm@t-online.de
		Deallet Alleutrate		26122 Óldenburg	Stand: 11.02.2025

PsoNet Hautnetz Stand: 11.02.2025

PsoNet Berlin und Brandenburg

Breites Einvernehmen bei Neuwahlen und Satzungsänderung

Turnusgemäß und einstimmig hat das PsoNet Berlin und Brandenburg einen neuen Vorstand gewählt. Breites Einvernehmen bestand auch, die bestehende Satzung aktuellen Erfordernissen bei der Besetzung von Vorstandsämtern anzupassen.



Im Bild die neue Leitung des Psoriasisnetzes (v. l. n. r.): Dr. Elena Abrudan, Dr. Margrit Simon, Prof. Wiebke Peitsch-Ludwig, Dr. Sandra Philipp und die Assistentin des PsoNet Berlin und Brandenburg Sabine di Muro. Ebenfalls zum Vorstand gehört Dr. Georgios Kokolakis (nicht abgebildet).

© Ralf Blumenthal

Teils in Präsens, teils online votierten die Mitglieder bei der Jahresversammlung 2024 einstimmig für den Wahlvorschlag des bisherigen Vorstands. Die bisherige Leitung des Netzwerks steht mit neuer Rollenverteilung nahezu geschlossen für eine weitere Amtszeit zur Verfügung. So übernimmt Prof. Wiebke Peitsch-Ludwig, Chefärztin der Klinik für Dermatologie am Klinikum im Friedrichshain, das Amt der 1. Vorsitzenden. Ihr Amtsvorgänger Dr. Georgios Kokolakis, Leiter des Instituts für Klinische Forschung und Patientenversorgung an der Charité, bleibt als Schriftführer Mitglied des Vorstands ebenso Dr. Margrit Simon, Dermatologin aus Berlin, als Kassenführerin und Dr. Sandra Philipp, Dermatologin aus Oranienburg, als Beisitzerin. Neu im Vorstand ist Dr. Elena Abrudan. Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

in Bernau, als 2. Vorsitzende. Sie tritt die Nachfolge von Dr. Maria Manasterski, Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Berlin, an, der die neu gewählten Vorsitzenden herzlich für ihren Einsatz und die geleistete Arbeit dankten. Der Neuwahl vorausgegangen war eine einstimmig verabschiedete Satzungsänderung, die bei Neuwahlen mehr Freiheit bei der Besetzung der Ämter zulässt. Nach den alten Bestimmungen war in jeder Amtszeit ein Wechsel zwischen einem klinisch tätigen und einem niedergelassenen Vorstandsmitglied an der Netzwerkspitze obligat. Bislang waren in der Satzung außerdem zwei Vertreter der klinischen Dermatologie als Vorstandsmitglieder fest verankert. In der Neufassung ist mindestens ein klinisch tätiges Mitglied im Vorstand vorgesehen. (blu)

PsoNet Berlin und Brandenburg

Big data: Bioinformatik beflügelt die dermatologische Forschung

"Big data ist in aller Munde", so Prof. Stefanie Eyerich. Potenziell ein "Wundermittel" gegen chronische Hauterkrankungen wie Psoriasis und Neurodermitis, "aber wir müssen es richtig einsetzen", wie die Freiburger Biologin bei einer PsoNet-Fortbildung verdeutlichte.

Die Biologin vermittelte einen tiefen Einblick in die medizinische Grundlagenforschung. Interdisziplinär hat Eyerich am Helmholtz-Zentrum und der Technischen Universität München die Rolle der adaptiven Immunzellen bei Entzündungsprozessen der Haut untersucht und die fehlgeleitete Kommunikation zwischen Immunzellen und Epithelzellen im Hautgewebe entschlüsselt.

Die Grundlagen für ihre Forschungsarbeiten liefert unter anderem die Bioinformatik, das heißt die computergestützte Auswertung großer Mengen von Labordaten. Mit deren Anwendung in der Diagnostik von Erkrankungen befasst sich Eyerich heute in ihrem Arbeitsalltag bei einem privatwirtschaftlichen Unternehmen in Freiburg.

Krankheitsbestimmung nach Computeralgorithmen

Medizinern und andere Human-Wissenschaftler arbeiten gemeinsam auf eine individualisierte Medizin hin, die anhand eindeutig bestimmter Merkmale eine bessere Prognose zum Krankheitsverlauf oder auch zum Ansprechen von Medikamenten zulässt. So soll zukünftig die Therapie für einen Patienten individuell eingestellt und optimiert werden können. Entzündliche Hauterkrankungen werden häufig unter einem Sammelbegriff zusammengefasst. So bildet die Erkrankung atopische Dermatitis (AD) ein Spektrum ab, in dem einzelne Patienten zwar dieselbe Diagnose, aber ein unterschiedlich ausgeprägtes und klinisch variabel in Erscheinung tretendes Krankheitsbild haben. Hier spricht man von Endotypen, die auf verschiedene Weise definiert werden können, um dem jeweiligen Endotyp letztendlich die passende Therapie zukommen zu lassen.

Beispielsweise wurde in einer großen Metaanalyse zur atopischen Dermatitis versucht, die Erkrankung anhand der vorhandenen Komorbidität in Endotypen einzuteilen. Insgesamt wurden mehr als 25.000 wissenschaftliche Studien gesichtet, von denen jedoch lediglich 56 für weitergehende medizinische Fragestellungen als aussagekräftig befunden wurden. Trotz der enormen Datenmenge konnte diese Analyse jedoch keine neuen Erkenntnisse zum Zusammenhang von Komorbidität und Endotyp liefern.1

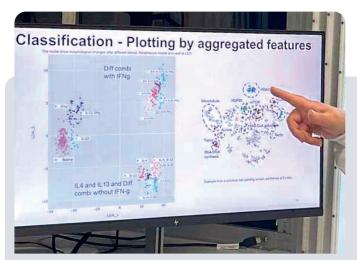
Eine weitere Charakterisierung von Endotypen bezieht den Schweregrad der Erkrankung mit ein. Zusammen mit Informationen zur Besiedelung der Haut mit Bakterien wie zum Beispiel Staphylococcus aureus und zu an der Immunantwort beteiligten Zytokinen im Blut können auf diese Weise Endotypen definiert werden, die allerdings wenig Aussagekraft hinsichtlich des Therapieansprechens besitzen.

Ein anderer, molekularer Ansatz nutzt Sequenzierungsdaten aus läsionaler Haut und teilt entzündliche Erkrankungen anhand der dominierenden Zytokine in Immunmuster ein. Diese Immunmuster unterscheiden die Erkrankungen voneinander und legen nahe, dass für bestimmte Erkrankungen eines Musters zugelassene Therapien auch für andere Erkrankungen dieses Musters effizient sein könnten.

Sind die Immunmuster zwischen Endotypen allerdings sehr ähnlich, können diese so nicht unterschieden werden. Hier ist die Identifizierung neuer molekularer Biomarker, aber auch die Integration mehrerer Datenebenen, wie zum Beispiel die Kombination klinischer, histologischer, immunologischer und molekularer Daten, notwendig. Diese Big Data Analysen stehen, wie die Referentin darstellte, noch am Anfang, bieten aber bereits eine vielversprechende Basis für die individualisierte Medizin.

Einblicke in die Krankheitsherde

Die Entwicklung neuer molekulargenetischer Methoden kann beim Einblick in die Krankheitsherde in Zukunft einen bedeutenden Beitrag leisten. Eine dieser neuen Techniken, das sog. "spatial transcriptomics", ermöglicht es, die Genexpression durch Sequenzierung bestimmter Ausschnitte aus einem histologischen Gewebeschnitt zu analysieren und dabei die räumliche Nähe der einzelnen Zellen zueinander zu berücksichtigen. Hier konnte die Arbeitsgruppe von Eyerich zeigen, dass nur wenige spezifische Zytokintranskripte lokale Entzündungscluster etablieren und so die Erkrankung vorantreiben und in Gang halten.2



Die Auswertung umfangreicher Labordatenmengen ermöglicht Forschungslaboren heute, Entzündungsvorgänge in der Haut bis auf die Zellebene zu untersuchen und so neuartige Therapien zu entwickeln.

Die Leistungsfähigkeit dieser neuen molekulardiagnostischen Methode der Darstellung mit den Mitteln der Bioinformatik demonstrierte Eyerich auch anhand einer aktuellen Studie zur Rolle von Granulomen bei Patienten mit Sarkoidose. In dieser Studie konnten zwei Subtypen von Granulom-assoziierten Fibroblasten als Schlüsselakteure identifiziert werden, die die Ablagerung von Kollagen in den befallenen Hautarealen vermitteln.3

Zu den Hoffnungsträgern der modernen Medizin zählt für Eyerich im Übrigen auch die Anwendung künstlicher Intelligenz. Beispielhaft für deren Leistungsfähigkeit führte sie zwei US-amerikanische Studien an. Schon einer Untersuchung aus dem Jahr 2017 zufolge erwies sich die computergesteuerte Auswertung dermatoskopischer Hautkrebs-Bilder unter bestimmten Bedingungen der fachmedizinischen Beurteilung als ebenbürtig.4 In einer weiteren KI-basierten Studie von 2023 zeigten sich nach Einschätzung der Nutzer dialogfähige Sprachroboter in der Kommunikation mit Patienten hinsichtlich Empathie und Qualität der Information sogar teilweise dem direkten Arztgespräch überlegen.5

Medizin ohne Ärzte?

Insgesamt kam Eyerich in ihrer Zusammenfassung zu einem abwägenden Ergebnis: Einerseits sind Big Data nötig, um Erkrankungen umfassend zu verstehen. Allerdings sind noch mehr Daten, vor allem Langzeit- und Multi-Level-Studien erforderlich, um zu besseren Ergebnissen zu kommen. Rechenkapazität und Fachpersonal sind ausreichend vorhanden, "Aber wo ist das Limit?", so Eyerich weiter. "Wollen wir zukünftig unseren eigenen Avataren gegenüberstehen, an denen der Erfolg oder Misserfolg einer Therapie modelliert wird, ohne noch einen Arzt zu sehen?" Diese Perspektive erschien allerdings weder der Referentin noch dem Auditorium wünschenswert, wie die abschließende Aussprache zeigte. (blu)

- Broderick C et al., Allergy 2023; 78(1):84-120
- Schäbitz A et al., Nat Communications 2022; 13: 7729 Krausgruber T et al., Immunity 2023; 14;56(2): 289-306.e7
- Esteva A et al., Nature 2017; 542: 115-118
- Ayers JW et al., JAMA Int Med 2023; 183(6): 589-596

PsoNet Berlin und Brandenburg

Nutzen und Risiken von Immuntherapien bei Krebs

Die Dermatologie war Schrittmacher bei der Einführung moderner Immuntherapien zur Behandlung von Krebserkrankungen. Diese können allerdings immunvermittelte Nebenwirkungen hervorrufen, die sich häufig auch an der Haut manifestieren. Das regionale Psoriasisnetz informierte seine Mitglieder im Rahmen einer Fortbildung über "Hautnebenwirkungen unter Immuncheckpoint-Inhibition".

Vor der Einführung moderner Immuntherapien betrug die mittlere Überlebenszeit bei einem metastasierten malignen Melanom kaum mehr als ein halbes Jahr. Heute leben etwa die Hälfte aller Patienten fünf Jahre nach der Diagnose und länger, verdeutlichte Dr. Kai-Martin Thoms, Oberarzt an der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Universitätsmedizin Göttingen, den enormen Nutzen einer modernen Immuntherapie mit Wirkstoffen wie Nivolumab, Pembrolizumab oder Ipilimumab.

Der Wirkmechanismus beruht auf einer Blockade wichtiger Kontrollpunkte im körpereigenen Immunsystem. Die Immunologen James P. Allison (Vereinigte Staaten) und Tasuku Honjo (Japan) identifizierten den PD1- und den CTLA-Rezeptor als zwei Proteine, die bei der Hemmung des Tumorwachstums eine entscheidende Rolle spielen. Für Ihre Entdeckung erhielten beide Forscher im Jahr 2018 den Nobelpreis für Medizin.



Dr. Kai-Martin Thoms berichtete über Nutzen und Risiken einer Checkpoint-Inhibition bei Hautkrebs. © Ralf Blumenthe

Ein prominenter Patient, der mit dieser Behandlungsmethode erfolgreich therapiert wurde, war der ehemalige US-Präsident Jimmy Charter. Er überlebte ein malignes Melanom mit Metastasen in Leber und Hirn, das im hohen Lebensalter von 91 Jahren neu diagnostiziert wurden. Die Tumoren bildeten sich unter der Behandlung mit einem Immuncheckpoint-Hemmer in Kombination mit einer Strahlentherapie vollständig zurück. Der Leiter des Hautkrebszentrums der Universitätsmedizin Göttingen erinnerte an diesen prominenten Fall und berichtete anhand zahlreicher Fallbeispiele von seinen Erfahrungen mit den neuen Wirkstoffen im klinischen Arbeitsalltag. Dazu zählen auch eine Reihe von positiven Erfahrungen mit der Behandlung von Plattenepithelkarzinomen bei hochbetagten

Patienten jenseits des 90. Lebensjahrs, denen mit der Immuntherapie eine ausgedehnte OP im Gesicht und am Kopf erspart werden konnte.

Risiken und Nebenwirkungen

Immunvermittelte Nebenwirkungen als Folge einer Therapie mit Checkpoint-Inhibitoren können grundsätzlich jedes Organ oder Gewebe betreffen, wie Thoms darstellte: die Haut, die Gelenke, den Magen-Darm-Trakt, aber auch die Lunge, die Leber und endokrine Organe wie die Schilddrüse oder die Hypophyse. Nebenwirkungen an der Haut treten häufig bereits sehr früh nach Beginn der Behandlung mit einem Checkpoint-Inhibitor auf. Makulopapulöse oder lichenoide Exantheme und heftiger Juckreiz zählen zu den häufigsten Folgen, sind in der Regel aber gut beherrschbar. Psoriasiforme Exantheme sind gleichfalls möglich. Insbesondere beim Melanom wird nicht selten auch eine Vitiligo beobachtet.

Seltener, aber oft schwerwiegender sind nach Thoms' Darstellung immunvermittelte blasenbildende Dermatosen sowie Exantheme mit Beteiligung der Mundschleimhaut wie das Stevens-Johnson-Syndrom.

Behandlung abhängig vom Schweregrad

Die Behandlung all dieser Nebenwirkungen hängt vom Schweregrad ab. Leichte Nebenwirkungen (Grad 1) werden in der Regel symptomatisch mit mittelstarken topischen Steroiden behandelt. Die Checkpoint-Inhibitor-Therapie kann in den meisten Fällen uneingeschränkt weitergeführt werden.

Bei Patienten mit großflächigen oder stärker ausgeprägten Hautveränderungen (Grad 2) kann eine Unterbrechung der Checkpoint-Inhibition erforderlich werden. Soweit nicht schon ein Dermatologe an der Behandlung beteiligt ist, sollte hautärztlicher Rat eingeholt werden. Zur Behandlung der Nebenwirkungen werden potente topische Steroide oder kurzfristig auch Prednisolon-Tabletten verordnet.

Bei schweren Nebenwirkungen (2 Grad 3) wird die entzündungshemmende Therapie sowohl topisch als auch systemisch weiter gesteigert. Es stehen neben oralen und intravenösen systemischen Steroiden weitere immunsuppressive oder immunmodulierende Medikamente zur Verfügung. Unter Umständen wird eine stationäre Aufnahme und manchmal auch ein Abbruch der Therapie erforderlich.

Nebenwirkungen an der Haut können allerdings, wie Thoms weiter berichtete, durchaus ein positives Anzeichen sein. Nach einer retrospektiven Fallkontrollstudie aus Kalifornien gehen lichenoide oder spongiotische Hautentzündungen bei unterschiedlichen Tumoren mit einem signifikant besseren Ansprechen einer Anti-PD-1- oder Anti-PD-L1-Immuntherapie einher.¹ Auch die Entwicklung einer Vitiligo ist mit einer günstigen Prognose assoziiert. (blu)

Quellen:

1. Min Lee et al., J Am Acad Dermatol 2018; 79(6): 1047-1052

PsoNet Harz

10. Patientenseminar "Leben mit Schuppen-flechte" im PsoNet Harz

M 16. November 2024 fand in Quedlinburg das nunmehr 10. Patientenseminar "Leben mit Schuppenflechte" statt. Mit rund 75 Teilnehmern war die Veranstaltung erneut sehr gut besucht – ein deutliches Zeichen dafür, dass das Interesse an fundierter Aufklärung und Austausch zu Psoriasis ungebrochen groß ist. Die Teilnehmer erwartete ein abwechslungsreiches Programm mit hochkarätigen Referierenden. Dr. Carl Meißner, Ernährungsmediziner am MVZ Magdeburg, gab wertvolle Einblicke in den Einfluss der Ernährung auf entzündliche Hauterkrankungen. Dr. Dietrich Barth, Dermatologe aus Leipzig, bot hingegen einen spannenden Rückblick auf 20 Jahre Biologika-Therapie. Den Abschluss bildete Ines Maria Baeblich, die als zertifizierter Life Coach aus Berlin praxisnahe Strategien zu Achtsamkeit und Stressbewältigung vorstellte.



Dr. Dietrich Barth über neue und altbewährte Psoriasistherapien.

© PsoNet Harz

Die Besucher auf dem 10. Patientenseminar im PsoNet Harz.

© PsoNet Harz

Neben den Vorträgen blieb ausreichend Zeit für den direkten Austausch mit den Experten. Begleitend präsentierten verschiedene Industriepartner innovative Produkte und Therapieansätze.

Das PsoNet Harz bedankt sich herzlich bei allen Mitwirkenden und Teilnehmenden für das gelungene Seminar. Die Veranstaltung war nicht nur informativ, sondern auch eine wertvolle Plattform für Betroffene und Angehörige, um sich auszutauschen und neue Impulse für den Umgang mit der Erkrankung zu gewinnen.



Feierliche Verleihung: Dr. Dietrich Barth (l.), Dr. Ulrike Wiemers (zw. v. l.), Dr. Susann Forker (zw. v. r.) und Prof. Jan C. Simon (r.) gratulieren Prof. Joachim Barth (Mitte) zur Ehrenurkunde.

Hautnetz Leipzig/Westsachsen

Würdigung langjähriger Verdienste: Ehrenurkunde für Prof. Joachim Barth

Mm 12. Dezember 2024 fand die Mitgliederversammlung des Hautnetz Leipzig/Westsachsen statt – ein wichtiger Termin für den fachlichen Austausch und die Weiterentwicklung

der regionalen dermatologischen Versorgung.

Ein besonderes Highlight des Abends war die feierliche Ehrung von Prof. Joachim Barth, ehemaliger Ordinarius für Dermatologie und Venerologie an der Klinik für Hautkrankheiten der Medizinischen Akademie "Carl Gustav Carus", dem späteren Universitätsklinikum Carl Gustav Carus. Als langjähriges Vorstandsmitglied und Gründungsmitglied des Hautnetz Leipzig/Westsachsen hat Barth mit seinem Engagement und seiner Expertise die interdisziplinäre Vernetzung in der Region ent-

scheidend geprägt. Sein Einsatz für die enge Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Dermatologen, Kliniken und weiteren medizinischen Fachbereichen hat die Versorgung von Hautpatienten nachhaltig verbessert.

Für diese besonderen Verdienste überreichte ihm der aktuelle Vorstandsvorsitzende, Prof. Jan-Christoph Simon, Direktor der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie des Universitätsklinikums Leipzig, eine Ehrenurkunde als Anerkennung seines langjährigen Wirkens. In seiner Laudatio würdigte Simon insbesondere die unermüdliche Arbeit von Barth, mit der er den Grundstein für viele erfolgreiche Kooperationen legte. Sein Wirken sei auch in Zukunft eine wertvolle Basis für die Weiterentwicklung des Netzwerks.

Das Hautnetz Leipzig/Westsachsen dankt Barth herzlich für seine wertvolle Arbeit und sein Engagement für die dermatologische Versorgung in der Region.

Infladerm Münsterland

Jahrestreffen 2024 - aktuelle Themen der Dermatologie

Münsterland im großen Hörsaal der Universitätshautklinik Münster statt. Das Treffen bot eine Plattform für den fachlichen Austausch zu aktuellen Themen in der Dermatologie. Gastredner war Prof. Johannes Wohlrab von der Universitätshautklinik Halle. Sein Vortrag widmete sich dem Thema "Topische Therapien der Psoriasis und des atopischen Ekzems", einem hochrelevanten Gebiet in der dermatologischen Behandlung. Dabei beleuchtete er die neuesten Entwicklungen und Anwendungsmöglichkeiten topischer Therapeutika.

Die Gastgeber, Dr. Nina Magnolo, Oberärztin am Universitätsklinikum Münster, und Dr. Athanasios Tsianakas, Dermatologe aus Bad Bentheim, ergänzten das Programm durch fundierte Fachvorträge. Magnolo gab einen Überblick über die aktuellen Therapieoptionen bei Psoriasis und atopischer Dermatitis. Tsianakas behandelte innovative Ansätze zur Behandlung von Alopecia areata und Vitiligo, zwei weiteren bedeutenden Erkrankungen der Dermatologie.

Die Veranstaltung war geprägt von einem regen Austausch unter den Teilnehmenden und diente der Weiterbildung und Vernetzung im Bereich der dermatologischen Forschung und Praxis.



Prof. Johannes Wohlrab, Dr. Nina Magnolo und Dr. Athanasios Tsianakas (v. l. n. r.) auf dem Jahrestreffen des Infladerm Münsterland. © Nina Magnolo

PsoNet Nordbayern

Aus der Baracke ins Zentrum der modernen Medizin Festakt beim Minisymposium: Hautklinik Erlangen feiert 100-jähriges Bestehen

Die Bibliothek der Universitätshautklinik ist wiederkehrender Treffpunkt der Mitglieder des regionalen Entzündungs- und Psoriasisnetzwerks Nordbayern. Im Sommer feierte die Erlanger Hautklinik ihr 100-Jähriges mit einem Minisymposium, unter den mehr als 100 Gästen auch die Mitglieder des Netzwerks.



Hautklinikdirektorin Prof. Carola Berking (im Vordergrund rechts) moderierte das Minisymposium 2024 aus Anlass des 100-jährigen Jubiläums der Hautklinik Erlangen.

A nerkennende Worte anlässlich des 100-jährigen Bestehens kamen von vielen Seiten. "Heute steht die Dermatologie an der Spitze der klinischen Immun- und Systemtherapien, und zwar sowohl bei entzündlichen Hauterkrankungen, wie der Psoriasis und dem atopischen Ekzem, als auch bei Neoplasien wie dem malignen Melanom. Die Erlanger Dermatologie hat zu diesen Entwicklungen maßgeblich beigetragen," so Prof. Markus F. Neurath, Dekan der FAU Erlangen-Nürnberg. So viel Wertschätzung war der Hautklinik keineswegs in die Wiege gelegt.

Die "Fränkische Seenplatte" ist auf keiner Karte zu finden. Ein flüchtiges Phänomen, das sich nur nach anhaltend starkem Regen oder Schnee auf dem 1,7 Hektar großen Gelände rund um die Hautklinik zeigte, vier teils ebenerdigen teils einstöckigen Barackenkasernements, die schon bei der Umwidmung zur Hautklinik 1924 als sanierungsbedürftig galten.

Die wiederkehrenden sarkastischen Beschwerden von Hautklinikleiter Prof. Otto Hornstein zeigten 1968 nur eine begrenzte Wirkung. Bei der provisorischen Sanierung des ehemaligen Garnisonslazaretts wurden die Patienten vorübergehend in Armeezelten untergebracht und konnten sich bei trockener Witterung in Schlafanzügen im Freien aufhalten.

Historische Reminiszenz, wieder erinnert bei einem Minisymposium mit zahlreichen Ehrengästen im Zeichen des 100. Gründungsjubiläums. Für den Medizinhistoriker Karl-Heinz Leven und seine Doktorandin Luise Leistner liefert das Jahrhundert der Dermatologie am Universitätsklinikum den Stoff für eine Dissertationsarbeit. Für einen Zeitzeugen wie Prof. Michael Hertl, Direktor der Klinik für Dermatologie und Allergologie am Universitätsklinikum Giessen und Marburg, war Erlangen eine wichtige Etappe in seiner Laufbahn als dermatologischer Hochschullehrer, für Dr. Sabine Hauck, die Ur-Enkelin des Gründungsordinarius, Familiengeschichte. Alle drei ließen bei diesem besonderen Symposium Erinnerungen lebendig werden.

Diskriminierung und Ausgrenzung

Die Anfänge der Hautklinik nach dem Ende des 1. Weltkriegs standen im Zeichen von Diskriminierung und Ausgrenzung. Der damalige Direktor der Medizinischen Klinik in Erlangen, Franz Penzoldt, sprach von "ekelerregenden Hautkranken" und "widerspenstigen Prostituierten", die in der Inneren Medizin nur stören würden und die man "besser separat behandeln sollte," berichtete Prof. Heinrich Iro dem Auditorium. "Wie gut, dass nach Ende des Ersten Weltkriegs das damalige Garnisonslazarett in der Hartmannstraße nicht mehr gebraucht wurde und man - mit einem gebührenden Abstand von gut einem Kilometer - dort eine ,Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten' eröffnen konnte," so der heutige Ärztliche Direktor des Klinikums. Die massenhafte Ausbreitung sexuell übertragbarer Hauterkrankungen, namentlich der Syphilis, gab deutschlandweit den Anstoß für die Gründung zahlreicher Hautkliniken, so auch in Erlangen. Gründungsordinarius Leonhard ("Leo") Hauck widmete seine 40-jährige Berufslaufbahn der Erforschung und Behandlung auch und schwerpunktmäßig diesem Krankheitsbild.



Armeezelte dienten Ende der 1960er Jahre zeitweise als Provisorium, als eine Sanierung der alten Lazarettgebäude anstand, die über fast 90 Jahre die Dermatologie in Erlangen beheimateten.

🖰 Universitätsklinikum Erlangen

Ein bundesweites Leuchtturm-Projekt

Als Erlanger Besonderheit würdigte Iro die Tatsache, dass die Hautklinik nahezu 90 Jahre später im Oktober 2011 "an genau den Ort zurückkam, wo man sie damals unter Franz Penzoldt nicht haben wollte" - mitten in das neu geschaffene Internistische Zentrum des Universitätsklinikums. Die "unglaubliche Entwicklung" der Dermatologie als Fachdisziplin und überragende Forschungsergebnisse der Erlanger Kollegen namentlich in der Immunologie, in der Melanomforschung und bei der Behandlung entzündlicher Dermatosen haben zu dieser Umund Neubewertung der Dermatologie einen entscheidenden Beitrag geleistet, wie der Vizepräsident der FAU Erlangen-Nürnberg, Prof. Georg Schett, und Neurath in ihren Grußworten übereinstimmend feststellten. Schett zollte hohes Lob für die Bereitschaft zur interdisziplinären Vernetzung im Deutschen Zentrum Immuntherapie und im Bayerischen Zentrum für Krebsforschung.

Bei der Einwerbung von Forschungsmitteln weist die Erlanger Dermatologie beeindruckende Zahlen auf. So hat sich das durchschnittliche Drittmittelaufkommen der Klinik in den letzten Jahren nahezu verdoppelt und beläuft sich heute auf rund 4,5 Mio. Euro im Jahr. Nahezu die Hälfte dieser Gelder kommen aus öffentlichen Mitteln des Landes und der Deutschen Forschungsgesellschaft, wie Neurath unterstrich.

Das Studienzentrum für entzündliche Hauterkrankungen in Erlangen stelle bundesweit einen Leuchtturm dar, so der Dekan. Durch das wöchentlich tagende Entzündungsboard sei eine exzellente interdisziplinäre Versorgung mit anderen Fachdisziplinen gewährleistet. Wichtige wissenschaftliche Kollaborationen seien die Folge.

Das gilt nach den Worten Neuraths auch für das von der Dermatologie organisierte interdisziplinäre Toxizitätsboard zur Hautkrebstherapie mit Immun-Checkpoint-Inhibitoren. Die Erlanger Hautklinik habe sich frühzeitig mit den immunvermittelten, teils sehr schweren und irreversiblen Nebenwirkungen beschäftigt und Pionierarbeit in deren Erkennung und Management geleistet.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt in Erlangen auf frühen klinischen Studien mit selbst hergestellten Zelltherapeutika, wie dendritischen Zellen und regulatorischen T-Zellen (Treg) zur individuellen Immuntherapie. Das Gebäude für ein GMP-Labor, das den "good medical practise" Anforderungen für höchste Qualität entspricht, stellt nach Neuraths Worten die Kernzelle der Medizinischen Fakultät für Zelltherapeutika dar.

In der Mitte angekommen

Aller Modernität und Wissenschaftlichkeit zum Trotz hat die emotionale Abwehrhaltung gegenüber Hauterkrankungen offenbar überdauert, wie Prof. Iro aus eigenem Erleben berichtete. "Wer im neuen großzügigen Internistischen Zentrum der Erlanger Universitätsklinik in den manchmal endlosen Gängen die Orientierung verliert und dann vor einer Glasvitrine steht und leise sagt: 'Das hier ist ja echt ein Gruselkabinett!' der weiß, wir sind in der Hautklinik."

Ausgestellt sind vor der andrologischen Abteilung der Hautklinik in der ersten Etage zahlreiche Moulagen: in Wachs modellierte Abbilder krankhafter Hautveränderungen am Kopf, am Körper oder auch an den Extremitäten. Dass diese dreidimensionalen Dokumente dermatologischer Diagnostik und

Erlanger Hautklinik in Ordinarien-Epochen

1905-1945	Leonhard Hauck · zunächst PD, bis 1924 außerplanmäßiger
	Professor, dann Gründungsdirektor der Hautklinik

1945–1947 **Richard Richter** · kommissarischer Leiter der nach Ende des 2. Weltkriegs zunächst an drei Standorten untergebrachten Hautklinik

1947–1977 Carl Hasselmann · übernahm die Klinikleitung ohne Facharztanerkennung einer deutschen Ärztekammer, war bis zum Ende des 2. Weltkriegs mit US-Professur für Dermatologie in Fernost, dann zurück in Deutschland zunächst in der kommunalen Gesundheitsverwaltung tätig, Ausbau

der Hautklinik um einen Hörsaal
1967–1995 Otto Hornstein · erweiterte das Spektrum der Hautklinik
um Andrologie, Berufsdermatologie und operative dermatologische Leistungen, trieb die Gebäudesanierung voran

1995 **Hermann Schnell** · übergangsweise kommissarischer Leiter

2019 ff

1995–2019 **Gerold Schuler** · baute die immunologische Forschung an der Hautklinik auf

Carola Berking · erste weibliche Leiterin in der Geschichte der Hautklinik mit Forschungsschwerpunkt dermatologische Onkologie



Prof. Michael Sticherling hat einen Teil der Moulagen aus dunklen Kellern in den öffentlichen Raum des Klinikums geholt, um das Bewusstsein für die Vorsorge gegen Hauterkrankungen zu schärfen.

© Universitätsklinikum Erlangen

Therapie mit dem Umzug aus dem ehemaligen Lazarett des 19. Jahrhunderts zu Beginn des 21. Jahrhunderts den Weg in das neue hochmoderne Zentrum des Universitätsklinikums gefunden haben, ist dem stellvertretenden Leiter der Hautklinik und Vorsitzenden des regionalen Psoriasis- und Entzündungsnetzwerks, Prof. Michael Sticherling, zu verdanken. Sein Ausstellungskonzept stellte er auf dem Symposium vor: Prävention und Aufklärung anhand von Exponaten, die ursprünglich für die medizinische Dokumentation und Lehre gedacht waren. An Aktualität haben diese viele Jahrzehnte alten Anschauungsobjekte keineswegs verloren. Bei der Syphilis zum Beispiel ist seit Jahren ein Anstieg zu verzeichnen, wie Sticherling schon im Vorfeld des Festaktes in einer Presseinformation anlässlich des Jubiläums mitteilte. Vorsorge und Früherkennung sind nötiger denn je. "Wir überlegen tatsächlich, wieder standardisierte Syphilis-Bluttests bei unseren Hautklinikpatientinnen und -patienten einzuführen", so Michael Sticherling. "Bei Hautsymptomen müssen wir heute auch wieder an die Lues denken."

Blick in die Zukunft

Die Prozeduren der Herstellung eines realitätsgetreuen Krankheits-Abbildes – im ersten Schritt als Gipsabdruck der geschundenen Haut - bleiben Patienten schon lange erspart. Die moderne 3D-Fotografie und der sich immer weiter verfeinernde 3D-Druck wird möglicherweise zu einer Renaissance von Moulagen als Lehrobjekte im 21. Jahrhundert führen. Auf Fortschritte dank Digitalisierung setzt Festtagsrednerin Prof. Julia Welzel auch bei der Lösung von alltäglichen Herausforderungen, vor denen die dermatologische Versorgung landauf landab steht: Eine noch ständig wachsende Zahl von Behandlungsfällen, stundenlange Wartezeiten in der Notaufnahme, monatelange Vorlaufzeiten bei planbaren Behandlungen, akuter Ärzte- und Fachärztemangel heute und Nachwuchsmangel für die medizinische Versorgung der Zukunft. Künstliche Intelligenz (KI) kann nach Darstellung der Präsidentin der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) und

Patientenversorgung in Zahlen

1915	20 Betten	Abteilung Haut des Klinikums Erlangen
1924	60 – 70 Betten	Hautklinik
1937	100 Betten	
2024	42 Betten	

ärztlichen Direktorin der Hautklinik Augsburger Universitäts-

klinikum im Medizinbetrieb unterstützend wirken. Sie erleich-

tert die Organisation von Abläufen und verbessert die Planung.

Derzeit werden am Hautklinikum Erlangen jährlich 2.200 Patienten vollstationär, 1.600 teilstationär und 30.000 ambulant versorgt. (blu)

PsoNet Hamburg

13. Haut-Update und Gefahren unterm Weihnachtsbaum

Am Mittwoch, den 4. Dezember 2024, fand das 13. Haut-Update des Hautnetz Hamburg als Webinar statt. Unter der Leitung von Prof. Matthias Augustin, Direktor des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, versammelten sich Ärzte, um auf ein ereignisreiches Jahr in der Dermatologie zurückzublicken und einen Ausblick auf zukünftige Entwicklungen zu wagen. Die Teilnahme am Webinar war für Ärzte kostenlos und bot wertvolle Fortbildungspunkte, die bei der Ärztekammer Hamburg beantragt wurden.



er Abend begann mit einem Jahresrückblick von Prof. Diamant Thaçi, Direktor des Exzellenzzentrums für Entzündungsmedizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Lübeck, der die Fortschritte in der Therapie entzündlicher Dermatosen beleuchtete. Thaçi machte darauf aufmerksam, dass der Erkenntnisgewinn über Biologika und deren Wirkung im menschlichen Immunsystem immer noch ungebrochen hoch ist. Nach und nach würden Wissenschaftler immer mehr über dieses komplexe System lernen, betonte der Dermatologe. Im Anschluss gab Dr. Johannes Wimmer, Humanmediziner und Fernsehmoderator, praktische Tipps zum Pflege-ABC für Angehörige. Wimmer hat die Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen verstanden und bot auf pragmatische Art Erklärungen und Anleitungen für die häusliche Pflegesituation. Das macht es ihm leicht, die Zusammenhänge von medizinischen Grundsituationen und deren Versorgung auch für Laien verständlich zu erklären. Dadurch vermittelt er das Gefühl des Wahrgenommen-Werdens und hilft, Unsicherheiten und Berührungsängste zu überwinden. Prof. Bettina Wedi, Leiterin der Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie an der Medizinischen Hochschule Hannover, warnte vor allergologischen Überraschungen unter dem Weihnachtsbaum. Diese verbergen sich mitunter in der Weihnachtsdekoration (bei Latex-Allergikern), in Weihnachtsbäumen (einige Arten können Airborne Contact Dermatitis auslösen), im Weihnachtsmenü (der Klassiker: Nussallergien)

oder Duftkerzen (können Kontaktallergien auslösen), um nur einige wenige Beispiele zu nennen. Nicht vernachlässigen dürfe man Augmentationsfaktoren wie den weihnachtlichen Stress oder den Konsum alkoholhaltiger Getränke, so Wedi.

Nach einer kurzen Bescherungspause bot Prof. Swen Malte John, Direktor der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie an der Universität Osnabrück, einen spannenden Ausblick auf die Berufsdermatologie im neuen Jahr. Darunter:

- Es wird zunehmend auf Digitalisierung gesetzt, beispielsweise durch KIM (einheitlicher Standard für die elektronische Übermittlung medizinischer Dokumente).
- Die Teledermatologie gewinnt zunehmend an Bedeutung.
- Die Honorierung berufsdermatologischer Leistungen soll adäquat erfolgen.
- Die Zahl der Testallergene soll erhöht werden.
- Die WHO-Resolution "All Skin Diseases" soll aktualisiert werden, einschließlich eines Updates zur Psoriasisresolution.

Die Veranstaltung endete mit einer lebhaften Fragerunde und Diskussion. Das Hautnetz Hamburg dankt seinen Unterstützern für diese gelungene Veranstaltung. Interessierte

können sich weiterhin über die Website des Hautnetz Hamburg für zukünftige Veranstaltungen registrieren:



Hautnetz Deutschland

Mitgliederversammlung des Hautnetz Deutschland e.V.

Am 13. März 2025 fand die virtuelle Mitgliederversammlung des Hautnetz Deutschland statt, bei der zentrale Entwicklungen und Planungen für die Zukunft diskutiert wurden. Neben einem Rückblick auf vergangene Veranstaltungen standen die Weiterentwicklung der IT-Plattform, die Planung neuer Versorgungskonferenzen sowie strategische Weichenstellungen im Fokus. Zudem wurde ein neuer Vorstand gewählt und über wichtige Themen wie PR-Arbeit, Finanzplanung und die Stärkung der Vernetzung beraten



© elenabsl/shutterstock.com

ie Vorsitzenden Prof. Matthias Augustin und Dr. Ralph von Kiedrowski begrüßten zu Beginn der Versammlung die Anwesenden und gaben einen Rückblick auf die Veranstaltungen 2024/25, darunter die nationalen Versorgungskonferenzen (NVKs) Pruritus/Prurigo (20.09.24 in Münster) und atopische Dermatitis (11.10.24 in Düsseldorf), bei denen die Versorgungsdefizite festgestellt und Versorgungsziele definiert wurden, sowie das Netzwerksprechertreffen am 11.01.2025 in Berlin. Die IT-Plattform für die elektronische Patientenverwaltung mit digitaler Psoriasis-Akte sowie Online-Arbeitshilfen für die Dokumentation in der Praxis wurde weiterentwickelt. Für 2025 sind weitere NVKs geplant, darunter die neue NVK Hidradenitis suppurativa (HS) am 21.03.25 in Frankenthal sowie die später im Jahr geplanten NVKs Vitiligo und Urtikaria. Um mehr interessierten Kollegen die Teilnahme zu ermöglichen, werden die NVKs als hybride Veranstaltungen geplant. Die Termine können auf der Website des Hautnetz Deutschland eingesehen werden.

Es soll zwei Newsletter pro Jahr geben sowie Informationen nach jeder NVK für Fördermitglieder und Netzwerksprecher. Die PR-Arbeit wird auf Social-Media-Kanälen wie Instagram, TikTok und LinkedIn fokussiert, während Facebook zunehmend an Bedeutung verliert. Auch die Präsenz des Hautnetzes auf der Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft im April/Mai in Berlin war Thema. Darunter auch der Slogan für den Stand vor Ort: "Forschung und Vernetzung schaffen mehr Versorgungsqualität".

Die Vorstandsmitglieder sprachen Dr. Thomas Stavermann, der auf eigenen Wunsch aus dem Vorstand ausgeschieden ist, ihren besonderen Dank für die vertrauensvolle und hervorragende Zusammenarbeit im Vorstand aus. Im Anschluss wurde ein neuer Vorstand gewählt. Prof. Mark Berneburg wurde 1. Vorsitzender, Dr. Ralph von Kiedrowski 2. Vorsitzender, Prof. Matthias Augustin bleibt Schatzmeister. Als neues Mitglied des Vorstands wurde Prof. Sabine Steinke gewählt, Dr. Sandra Philipp als Schriftführerin.

Zum Abschluss wurden noch mehrere Anträge eingebracht, darunter die Einführung von "Memory-Tagen" mit Informationen und/oder Veranstaltungen zu den Gedenktagen für verschiedene Hauterkrankungen, unter anderem HS, Vitiligo oder Urtikaria. Des Weiteren wurde eine Erweiterung der Website mit nützlichen Links und Informationen (Leitlinien, Registern, Patientenorganisationen) besprochen sowie die Ausweitung der DDA-Zertifizierung auf weitere Hauterkrankungen wie die HS angeregt. Die Ausarbeitung eines neuen Strategiepapiers für das Hautnetz führte zu Vorschlägen zur Erweiterung der Vision und Mission des Hautnetzes, insbesondere durch die Einbindung von Forschung und Vernetzung. Weitere Themen wie die Unterstützung für neue Netzwerke und zukünftige Aufgaben wurden besprochen, einschließlich der Einberufung einer neuen Vorstandssitzung und Mitgliederversammlung.

DR. SANDRA PHILIPP

Das Hautnetz Deutschland begrüßt sein neues Vorstandsmitglied: Prof. Sabine Steinke

Als Fachärztin für Dermatologie, Venerologie und Allergologie leitet Steinke die Hautarztpraxis am Hohenzollernring in Münster und ist Professorin an der Universität Bielefeld. Nach ihrem Medizinstudium in Heidelberg, Mannheim und Lyon promovierte sie 2010 und habilitierte 2020 zur Versorgungsqualität chronischer Hauterkrankungen. Ihre For-



© Hautarztpraxis am Hohenzollernring

schungsschwerpunkte sind patientenzentrierte Versorgung, Krankheitslast-Analyse und Gesundheitsökonomie. Zudem engagiert sie sich in der universitären Lehre und verbindet Praxis mit Forschung.

Fortbildungen | Symposien 2025

Datum	Ort	Indikation	Veranstaltung & Informationen
07.05.2025	Nürnberg	diverse	Quartalsfortbildung PsoNet Nordbayern info@psonet-nordbayern.de
17.05.2025	Leipzig	diverse	Fortbildungsveranstaltung Hautnetz Leipzig/Westsachsen info@gesundheitsnetz-leipzig.de
21.05.2025	Berlin	Psoriasis	Fortbildungs- und Informationsveranstaltung Welt-Psoriasis-Tag 2024 PsoNet Berlin-Brandenburg info@psonet-bb.de
04.06.2025	Hamburg	diverse	Tandem: Eppendorfer Symposium/14. Haut-Update Hautnetz Hamburg info@hautnetz-hamburg.de
05.06.2025	online	Acne inversa	Informationsveranstaltung Hautnetz Hamburg info@hautnetz-hamburg.de
11.06.2025	Klempenow	diverse	DermaNet Mecklenburg-Vorpommern Jahrestagung DermaNet Mecklenburg-Vorpommern post@hautzentrum-greifswald.de
14.06.2025	Bad Bentheim	Psoriasis	Fortbildungsveranstaltung Fachklinik Bad Bentheim / Praxis Dr. Hartmut Ständer (unterstützt durch Infladerm Münsterland) k.egbers@fk-bentheim.de
24.06.2025	online	Vitiligo	Welt-Vitiligo-Tag Hautnetz Hamburg info@hautnetz-hamburg.de
26./27.06.2025	Hamburg	Pruritus	Itch Course Sanofi, Hautnetz Hamburg info@hautnetz-hamburg.de
21.08.2025	Dessau-Roßlau	Dermatosen	Fortbildungsveranstaltung Hautnetz Dessau-Anhalt sekretariat-hautklinik@klinikum-dessau.de
06.09.2025	Hamburg	Hautkrebs	6. Hauttumor-Symposium Hautnetz Hamburg info@hautnetz-hamburg.de
10.09.2025	Berlin	Psoriasis	Fortbildungs- und Informationsveranstaltung Update atopische Dermatitis einschließlich der S3-Leitlinie PsoNet Berlin-Brandenburg info@psonet-bb.de
11.09.2025	online	atopische Dermatitis	Welt-Neurodermitis-Tag Hautnetz Hamburg info@hautnetz-hamburg.de
12.09.2025	Leipzig	atopische Dermatitis, Psoriasis	Informationsveranstaltung Hautnetz Leipzig/Westsachsen info@hautnetz-leipzig.de
13.09.2025	Leipzig	diverse	Leipziger Allergiegespräch Hautnetz Leipzig/Westsachsen info@hautnetz-leipzig.de
25.09.2025	Dessau-Roßlau	atopische Dermatitis	Fortbildungsveranstaltung Hautnetz Dessau-Anhalt sekretariat-hautklinik@klinikum-dessau.de
31.09.2025	tba	diverse	Quartalsfortbildung PsoNet Nordbayern info@psonet-nordbayern.de
02.10.2025	Dessau-Roßlau	Psoriasis	Fortbildungsveranstaltung Hautnetz Dessau-Anhalt sekretariat-hautklinik@klinikum-dessau.de
09.10.2025	Dessau-Roßlau	Nagelerkrankungen	Fortbildungsveranstaltung Hautnetz Dessau-Anhalt sekretariat-hautklinik@klinikum-dessau.de
10.10.2025	Hamburg	Psoriasis	DDA-Zertifizierungskurs Psoriasis Hautnetz Hamburg d.singson@docmeetingderm.de
28.10.2025	online	Psoriasis	Welt-Psoriasis-Tag Hautnetz Hamburg info@hautnetz-hamburg.de
07./08.11.2025	Hamburg	atopische Dermatitis	DDA-Zertifizierungskurs atopische Dermatitis Hautnetz Hamburg d.singson@docmeetingderm.de
14.11.2025	Berlin	diverse	Nationale Versorgungskonferenz Psoriasis & Nationale Versorgungskonferenz Haut Hautnetz Hamburg info@hautnetz-hamburg.de
26.11.2025	tba	diverse	Quartalsfortbildung PsoNet Nordbayern info@psonet-nordbayern.de

Fort- und Weiterbildungen des Hautnetz Hamburg sowie Informationen zu Kursen und Anbietern finden Sie immer aktuell auf der Internetseite unter www.hautnetz-hamburg.de.
Wenn Sie Ihre eigenen Veranstaltungen hier hervorheben möchten, kontaktieren Sie bitte die Redaktion unter magazin@psonet.de.

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG • Almirall Hermal GmbH • Boehringer Ingelheim AG & Co. KG • Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA • Celltrion Healthcare

Deutschland GmbH • Janssen-Cilag GmbH • LEO Pharma GmbH • Lilly Deutschland GmbH • Novartis Pharma GmbH • Pfizer GmbH • UCB Pharma GmbH

Anhaltend gute Wirksamkeit und Verbesserung der Lebensqualität durch Risankizumab bei Plaque-Psoriasis

Skyrizi® (Risankizumab) hat eine hohe Wirksamkeit, die über einen Behandlungszeitraum von drei Jahren im klinischen Alltag beibehalten wird.¹ Eine aktuelle Interimsanalyse der deutschen VALUE (Multi-Country Prospective ObserVAtionaL, Cohort Study of Patients With Moderate to Severe Chronic PlaqUE Psoriasis)-Kohorte zeigt, dass die Behandlung zu einer dauerhaften Verbesserung der Lebensqualität und einem verringerten Einfluss der Plaque-Psoriasis auf psychosoziale Faktoren führt.¹ Die Real-World-Daten bestätigen die Ergebnisse vorhergehender Interimsanalysen, nach denen besonders bio-naive Patienten von der Behandlung mit Risankizumab profitieren.¹-³

Risankizumab zeigte bereits in vorangegangenen Interimsanalysen der deutschen VALUE-Kohorte eine hohe Wirksamkeit und einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität in der Praxis.^{2,3}

Hohe und anhaltende Wirksamkeit

Mit den aktuellen Real-World-Daten wird die anhaltend hohe Wirksamkeit über einen längeren Zeitraum untermauert. Analysiert wurden die Daten von 452 Patienten, davon 228 bio-naiv und 224 bio-erfahren. Der durchschnittliche PASI (Psoriasis Area and Severity Index) der bio-naiven Patienten lag zu Beginn der Studie bei 18,7 und verbesserte sich nach einem Jahr auf 0,9. Im weiteren Verlauf blieb der durchschnittliche PASI konstant niedrig und lag nach drei Jahren bei 1,1. In der bioerfahrenen Gruppe verbesserte sich der durchschnittliche PASI von 15,0 bei Studienbeginn auf 1,7 nach einem Jahr und war nach drei Jahren mit 2,1 nach wie vor niedrig.¹

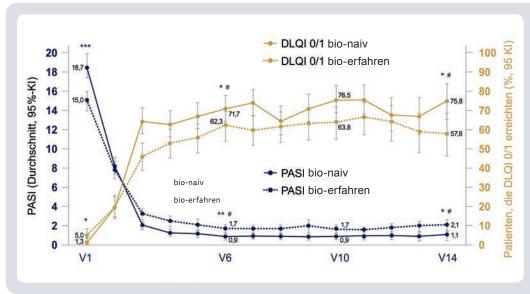
Dauerhafte Verbesserung der Lebensqualität

Auch die Lebensqualität, unter anderem erhoben mit dem DLQI (Dermatology Life Quality Index), konnte sich in der deutschen Kohorte verbessern. Nach drei Jahren erreichten 75,8 % der bio-naiven Patienten und 57,8 % der bio-erfahrenen einen DLQI 0/1, was anzeigt, dass keine Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität durch die Plaque-Psoriasis besteht.

Bio-naive Patienten profitieren besonders von der Behandlung

Die hohe Wirksamkeit der Behandlung mit Risankizumab konnte sowohl für bio-naive Patienten als auch bio-erfahrene beobachtet werden. Jedoch profitierten Bionaive mehr von der Behandlung. Der durchschnittliche PASI, der nach drei Jahren Behandlung im Vergleich zum Ausgangswert erreicht werden konnte, war signifikant unterschiedlich zwischen den Gruppen. Zusätzlich erreichten mit 81,7% und 67,3% signifikant mehr Patienten in der bio-naiven Gruppe PASI 90 bzw. PASI 100 als in der bio-erfahrenen Gruppe. Dort erreichten 60,4% PASI 90 und 39,6% PASI 100.¹

Auch im Hinblick auf die Lebensqualität profitierten bio-naive Patienten stärker, da der Anteil an Patienten, die einen DLQI 0/1 nach drei Jahren erreichten, in dieser Gruppe höher war und die signifikante Reduktion nach einem Jahr für die analysierten psychosozialen Parameter bis zu drei Jahre beibehalten werden konnte.¹ red.



Veränderung des PASI (blau) und des DLQI (gelb) über drei Jahre durch die Behandlung mit Risankizumab bei bio-naiven und bio-erfahrenen Patienten.

DLQI, Dermatology Life Quality Index; PASI, Psoriasis Area and Severity Index; KI, Konfidenzintervall. Zwischen den Gruppen: *p<0,05, **p<0,01; innerhalb der Gruppe im Vergleich zum Ausgangswert: #p<0,0001. [mod. n. 2]

Quellen:

- 1 Staubach P et al. EADV 2024; P3158
- 2 Stavermann T et al. DDG 2023; Poster P068

3 Staubach P et al. EADV 2023; Poster P2349

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG • Almirall Hermal GmbH • Boehringer Ingelheim AG & Co. KG • Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA • Celltrion Healthcare Deutschland GmbH • Janssen-Cilag GmbH • LEO Pharma GmbH • Lilly Deutschland GmbH • Novartis Pharma GmbH • Pfizer GmbH • UCB Pharma GmbH

Flexibler Einsatz von Tildrakizumab

Tildrakizumab ist ein moderner Interleukin(IL)-23p19-Inhibitor zur Behandlung der mittelschweren bis schweren Psoriasis vulgaris bei Erwachsenen. Seit der Zulassung im Jahre 2018 besteht die Option neben der Standarddosierung von 100 mg mit der doppelten Dosierung von 200 mg zu therapieren. Die Fachinformation rät zum Einsatz der höheren Dosierung, wenn die Patienten bestimmte Merkmale aufweisen, wie ein erhöhtes Körpergewicht oder eine erhöhte Krankheitslast. Die Entscheidung liegt im ärztlichen Ermessen.¹

Erhöhtes Körpergewicht

Ab einem Körpergewicht von 90 kg könnte laut Fachinformation eine Therapie mit 200 mg Tildrakizumab einen Mehrwert bieten. Eine Post-hoc-Analyse der Zulassungsstudien ergab, dass mit steigendem Körpergewicht die 200-mg-Dosierung ein besseres Ansprechen hervorrief. Es konnte gezeigt werden, dass insbesondere Patienten mit stark erhöhtem Körpergewicht von 120 kg und mehr von der doppelten Dosierung profitieren.²

Hohe Krankheitslast

Der Begriff der Krankheitslast kann von einem erhöhten Schweregrad, stark eingeschränkter Lebensqualität oder der Beteiligung belastender Areale alles umfassen.

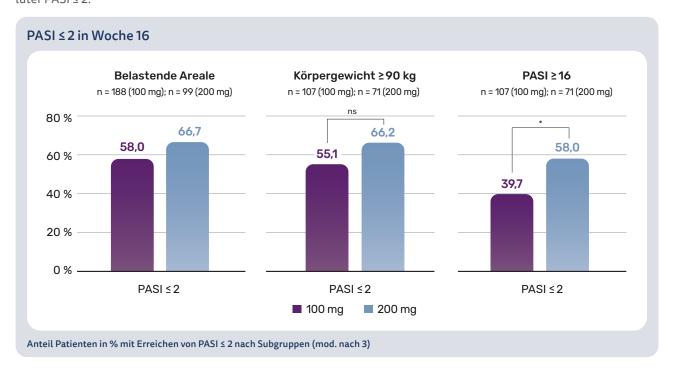
Eine kürzlich erschienene Arbeit bewertet in einem retrospektiven Vergleich die Wirksamkeit von Tildrakizumab 100 mg und 200 mg.³ In die Analyse eingeschlossen wurden 134 Patienten, die mit Tildrakizumab 200 mg behandelt wurden, sowie 364 Patienten unter Tildrakizumab 100 mg. Der Beobachtungszeitraum betrug 16 Wochen, die betrachteten Wirksamkeitsendpunkte waren Psoriasis Area and Severity Index (PASI) 90, PASI 100 und ein absoluter PASI ≤ 2.

In der Kohorte mit der 200-mg-Dosierung hatten die Patienten gemäß den Angaben der Fachinformation ein erhöhtes Körpergewicht über 90 kg, prozentual mehr Patienten wiesen einen erhöhten PASI ≥ 16 zu Baseline auf und auch der Anteil an Patienten mit Beteiligung belastender Areale war in der Tildrakizumab 200-mg-Gruppe größer.

Im Ergebnis zeigte sich, dass die Patienten unter 200 mg ein höheres Ansprechen in Woche 16 verzeichnen als die Vergleichsgruppe unter Tildrakizumab 100 mg. Die Autoren schlussfolgern daraus, dass eine Dosierung von 200 mg für Patienten mit einem erhöhten Körpergewicht und einer höheren Krankheitslast eine wirksamere Option darstellt.

Schlussfolgerung

Die vorgestellten Daten sind ein Hinweis für den flexiblen Einsatz der beiden verfügbaren Dosierungen von Tildrakizumab. Die 100-mg-Dosis ist die empfohlene Standarddosierung für alle Patienten. In besonderen klinischen Situationen bzw. bei bestimmten Patientencharakteristika kann jedoch die 200-mg-Dosierung Vorteile im Therapieansprechen bieten.



Quellen:

- 1 Fachinformation Ilumetri, Stand Juni 2024
- 2 Thaci D et al. Dermatol Ther. 2022; 12(10): 2325-2341

3 Gargiulo L et al. J Dermatolog Treat. 2024; 35(1): 2350760

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG • Almirall Hermal GmbH • Boehringer Ingelheim AG & Co. KG • Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA • Celltrion Healthcare

Deutschland GmbH • Janssen-Cilag GmbH • LEO Pharma GmbH • Lilly Deutschland GmbH • Novartis Pharma GmbH • Pfizer GmbH • UCB Pharma GmbH

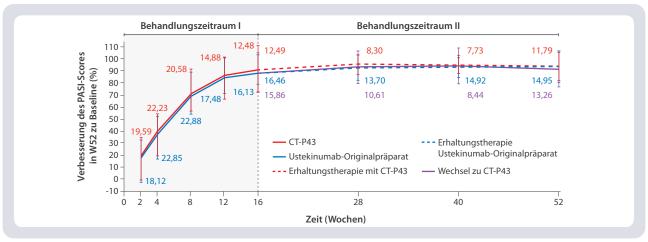
Neues Ustekinumab-Biosimilar für Menschen mit Psoriasis – similar, but different

Seit November 2024 ist in der EU ein neues Ustekinumab-Biosimilar für die Therapie der moderaten und schweren Plaque-Psoriasis verfügbar. SteQeyma® (CT-P43) ist in punkto Wirksamkeit und Sicherheit gleichauf mit dem Originator. ^{1,2}

Per Nachweis der therapeutischen Äquivalenz des Ustekinumab-Biosimilars (CT-P43) zum Originator (UST) wurde in einer randomisierten, doppelblinden Phase-III-Studie mit 509 Erwachsenen mit Psoriasis erbracht.² Nach 52 Wochen erreichten 79,4% der Behandelten in der CT-P43-Gruppe, 81,6% in der UST-Gruppe und 76,6% in der Gruppe, die von UST auf CT-P43 geswitcht wurde, einen Psoriasis Area and Severitiy Index (PASI) von 90.² Unabhängig davon, ob sie mit dem Biosimilar oder dem Originator therapiert wurden, waren die Hautläsionen am Ende der Studie bei jeweils fast der Hälfte der Patienten (CT-P43: 47,4%, UST: 47,2%) vollständig abgeklungen (PASI 100).²

Similarität sichergestellt

Monoklonale Antikörper werden aufgrund ihrer Größe und komplexen Struktur in modernsten Anlagen produziert. Die Produktionsschritte unterliegen einer strengen Qualitätskontrolle, dies gilt sowohl für Biosimilars als auch für Originalpräparate. Die Ähnlichkeit des Biosimilars zum Original wird sichergestellt, ebenso die Vergleichbarkeit der verschiedenen Chargen untereinander. Minimale Unterschiede zwischen einzelnen Chargen kommen bei Original und Biosimilar vor, beeinflussen jedoch nicht die Effektivität.^{4,5}



Prozentuale Verbesserung des PASI-Scores im gesamten Behandlungszeitraum verglichen zu Baseline (mod. nach 2)

Trend zur geringeren Immunogenität

In puncto Sicherheit konnte ebenfalls Similarität von CT-P43 zu UST nachgewiesen werden, auch nach dem Switch auf das Biosimilar.² Unter CT-P43 zeichnete sich ein numerischer Trend zu einer geringeren Immunogenität ab: Im Vergleich zur UST- und Switch-Gruppe entwickelten sich unter dem Biosimilar numerisch weniger Anti-Drug-Antibodies (ADAs) und neutralisierende Antikörper (NAbs).^{2,3}

Vergleichbare Zunahme der Lebensqualität

Auch die Lebensqualität der Betroffenen verbesserte sich in allen drei Studiengruppen im vergleichbaren Ausmaß. Zu Studienende hatte sich der Dermatology Life Quality Index (DLQI) während der Erhaltungsphase im Schnitt (Standardabweichung) um 10,5 (7,24) unter CT-P43, um 8,5 (7,17) unter UST und um 9,2 (6,93) in der Switch-Gruppe gegenüber dem Ausgangswert verringert.⁶

Über den Wirkstoff

CT-P43 ist ein rein humaner, monoklonaler IgG1k-Antikörper, der an die gemeinsame p40-Protein-Untereinheit der Zytokine Interleukine(IL)-12 und IL-23 bindet und die nachgeschaltete Entzündungskaskade unterbricht.³ Er ist indiziert zur Behandlung der Plaque-Psoriasis bei Erwachsenen und Kindern ab 6 Jahren sowie der Psoriasis-Arthritis und des Morbus Crohn bei Erwachsenen.³ Für die Psoriasistherapie stellt Celltrion Healthcare zwei Stärken seines citrat- und latexfreien Ustekinumab-Biosimilars (45 und 90 mg) zur subkutanen Injektion bereit.³ Nach Remsima® (Infliximab) und Yuflyma® (Adalimumab) ist SteQeyma® bereits der dritte Antikörper in Folge, den der Biosimilar-Pionier entwickelt hat, um Menschen mit Psoriasis einen breiteren Zugang zu der hochwirksamen Therapie zu ermöglichen.

Quellen:

- 1 Papp KA et al. BioDrugs 2024; 38: 121-131
- 2 Papp KA et al. EADV 2023; P0792
- 3 Fachinformation SteQeyma, Stand: September 2024

- 4 https://www.celltrion.com/en-us
- 5 https://probiosimilars.de/biosimilars/
- 6 European Public Assessment Report Steqeyma, Stand: 11.09.2024

..... DE-STEQ-25-00012

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG • Almirall Hermal GmbH • Boehringer Ingelheim AG & Co. KG • Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA • Celltrion Healthcare Deutschland GmbH • Janssen-Cilag GmbH • LEO Pharma GmbH • Lilly Deutschland GmbH • Novartis Pharma GmbH • Pfizer GmbH • UCB Pharma GmbH

GUIDE-Studie: Einfluss auf die zelluläre Signatur der Plaque-Psoriasis unter Guselkumab

Die Ergebnisse einer optionalen explorativen GUIDE-Substudie deuten darauf hin, dass Superresponder* eine schnellere und umfassendere Normalisierung entzündlicher Genexpression aufweisen als Normalresponder*.

Die GUIDE-Studie[†] untersuchte deskriptiv den klinischen und immunologischen Einfluss einer frühen Intervention mit Guselkumab (Tremfya®). Sie stellt unter anderem die Frage, wie viele Patienten eine Superresponse erreichen und welchen Effekt dieses besonders gute Ansprechen im weiteren Therapieverlauf hat.²

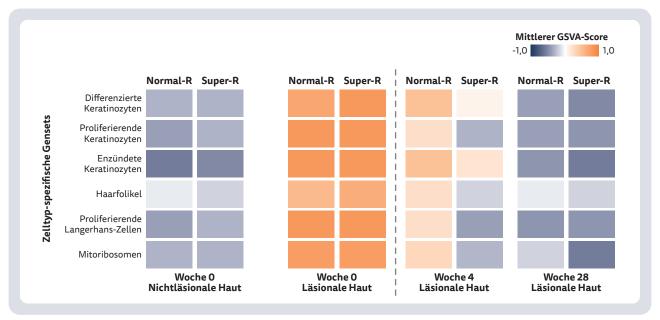
Der Begriff Superresponse

Im Studiendesign der GUIDE-Studie wurde die Superresponse* erstmals als ein zentrales Element eingeschlossen. Darunter versteht man hier eine vollständige Erscheinungsfreiheit (absoluter Psoriasis Area and Severity Index [aPASI]=0) zu zwei aufeinander folgenden Zeitpunkten – zu Woche 20 und zu Woche 28. Von den 880 eingeschlossenen Patienten waren insgesamt 34,4% Superresponder, wobei der Anteil bei Patienten mit kurzer Krankheitsdauer (≤ 2 Jahre) höher war als bei Langzeiterkrankten (> 2 Jahre; 43,7% vs. 28,1%). Diese Beobachtungen deuten darauf hin, dass bei Patienten mit kurzer Krankheitsdauer möglicherweise eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht, eine Superresponse zu erreichen. Patienten,

die zu Woche 20 und/oder Woche 28 keine vollständig erscheinungsfreie Haut (aPASI=0) aufwiesen, wurden als Normalresponder definiert.²

Molekulare Unterschiede von Superrespondern und Normalrespondern

Eine weitere optionale explorative Substudie untersuchte mittels RNA-Sequenzierung von läsionalen (Woche 0, 4 und 28) und nichtläsionalen (Woche 0) Hautbiopsien von 88 Patienten der GUIDE-Studie, ob Superresponder (n = 24) sich bezüglich bestimmter Genexpressionsmuster in der Haut von Normalrespondern vor und während der Behandlung mit Guselkumab unterschieden. Die Daten#ergaben, dass Superresponder eine schnellere und umfassendere Normalisierung entzündlicher Genexpression aufwiesen als Normalresponder. Bereits in Woche 4 lagen signifikante Unterschiede in den Expressionslevel (FDR < 0,01) von Superrespondern und Normalrespondern vor. Zudem gab es höhere Expressionen in läsionaler vs. nonläsionaler Haut zu Woche 0 (Unterschied von > 0,2 im GSVA-Score).¹



Explorative Analyse: Expressionslevel von Zelltyp-spezifischen Gensets bei Superrespondern (Super-R) und Normalrespondern (Normal-R) bis Woche 28§ (mod. nach 1)

- * Definiert als aPASI=0 sowohl zu Woche 20 sowie 28. Es handelt sich nicht um einen wesentlichen sekundären Endpunkt, sondern um Daten einer Subpopulation der GUIDE-Studie, die besonders gut ansprach.
- [†] Randomisierte, doppelblinde, multizentrische Phase-IIIb-Studie an erwachsenen Patienten mit moderater bis schwerer Plaque-Psoriasis (n = 880) bestehend aus drei Teilen. In Part 1 (Woche 0-28) der Studie erhielten alle eingeschlossenen Patienten zu Woche 0, 4, 12 und 20 Guselkumab 100 mg. In Part 2 (Woche 28–68) der Studie erhielten alle Superresponder Guselkumab 100 mg in zwei verschiedenen Dosisintervallen, u. a. alle acht Wochen. Non-Superresponder wurden bis Woche 68 weiter mit Guselkumab 100 mg alle acht Wochen behandelt. Primärer Endpunkt war der Anteil an Superrespondern mit PASI < 3 in Woche 68.²
- In Publikationen als Non-Superresponder (Non-SR) bezeichnet.
- Deskriptive Auswertung; p-Werte nicht für multiple Testungen adjustiert.
- Dargestellt sind Gensets, die signifikante Unterschiede in den Expressionsleveln (FDR < 0,01) zwischen Super-R und Normal-R in Woche 4 sowie signifikant höhere Expression (Unterschied von > 0,2 im GSVA-Score) in läsionaler vs. nonläsionaler Haut zu Woche 0 aufwiesen. Deskriptive Auswertung; nicht für multiple Testungen ausgelegt.

1 Chen Y et al. ISDS 2023; Poster 186

2 Schäkel K et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2023; 37(10): 2016-2027

CP-503714

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG • Almirall Hermal GmbH • Boehringer Ingelheim AG & Co. KG • Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA • Celltrion Healthcare Deutschland GmbH • Janssen-Cilag GmbH • LEO Pharma GmbH • Lilly Deutschland GmbH • Novartis Pharma GmbH • Pfizer GmbH • UCB Pharma GmbH

Kollegialer Schulterblick



Auf der neuen Kasuistik-Plattform www.wasmachstdukollegein.com von Lilly lädt PD Dr. Ina Hadshiew ein, ihr bei einem spannenden Patientenfall über die Schulter zu schauen.

hr 25-jähriger Patient stellte sich mit einer akut exazerbierten Plaque-Psoriasis^a mit hochentzündlichen Plaques, stark schuppender Kopfhaut und juckendem Befall des Genitalbereichs vor. Die Probleme bisheriger Therapieversuche mit topi-

schen Lokaltherapeutika: kein ausreichendes Ansprechen und mangelnde Compliance.

Hoher Leidensdruck durch den sichtbaren Hautbefall und eine begleitende Depression schränkten die Lebensqualität des jungen Mannes massiv ein. Die im Juni 2022 erhobenen Scores betrugen Body Surface Area (BSA) 10, Psoriasis Area and Severity Index (PASI) 11, Juckreiz-VAS 7 und Dermatologischer Lebensqualitätsindex (DLQI) 18.

Erstlinientherapie mit Ixekizumab - was sprach dafür?

Dr. Hadshiew empfahl ihrem Patienten die frühzeitige Einleitung einer Systemtherapie mit dem IL-17A-Inhibitor Ixekizumab (Taltz®)¹ – gemäß der 2021 aktualisierten S3-Leitlinie zur Psoriasis-Therapie, die bei belastenden Läsionen und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität selbst bei geringem PASI-Ausgangswert eine geeignete Biologika-Therapie vorsieht.²

Den Therapieverlauf verfolgen

Im Juni 2022 wurde der Patient auf Ixekizumab eingestellt. Die Therapie zeigte ein schnelles starkes Ansprechen, es kam bereits in den ersten vier Wochen zu einer deutlichen Verbesserung an allen Lokalisationen. Bei der Kontrollvisite nach sechs Monaten war die Haut des Patienten nahezu erscheinungsfrei (PASI 2) und er hatte seine Lebensqualität zurückgewonnen (DLQI 3). Nach zwölf Monaten unter Ixekizumab war der junge Mann vollständig erscheinungsfrei (PASI 0, DLQI 2). Er berichtete, seine Lebensqualität sowie sein Sozial- und Sexualleben zurückgewonnen zu haben, und freute sich über den stabil anhaltenden Behandlungserfolg.

Aktuellstes Fall-Update mit beeindruckenden Bildern

Bei der jüngsten Visite im Januar 2025 bestätigte sich die vollständige Erscheinungsfreiheit (PASI 0; DLQI 1). Der Patient konnte die stabile Abheilung aller seiner Läsionen aufrechterhalten und seine Lebensqualität nachhaltig zurückgewinnen.

Den ganzen Fall, weitere Details und spannende Daten sowie deren Einordnung durch Dr. Hadshiew finden Sie auf der neuen Kasuistik-Plattform.









Hautzustand vor (links), zwölf Monate (Mitte) und zweieinhalb Jahre nach (rechts) Beginn der Ixekizumab-Therapie "Mein Patient ist mit Ixekizumab nun seit über zweieinhalb Jahren vollständig erscheinungsfrei und hat seine Lebensqualität nachhaltig zurückgewonnen." Dr. Ina Hadshiew

a Taltz® ist zugelassen für Kinder (ab 6 Jahren, Körpergewicht ≥ 25 kg), Jugendliche und Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen.¹

Quellen:

1 Fachinformation Taltz®, Stand: Januar 2023

2 Deutsche S3-Leitline Psoriasis vulgaris, AWMF-Register-Nr.: 013-001, https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-001 (letzter Zugriff 05.02.2025)

PP-IX-DE-4926 März 2025

Secukinumab bei Plaque-Psoriasis: Hohe Therapietreue und Wirksamkeit über fünf Jahre

Menschen mit Plaque-Psoriasis erleben aufgrund ihrer Erkrankung oft einen hohen Leidensdruck¹, weshalb eine rechtzeitige und adäquate Therapie sehr wichtig ist. Secukinumab kann für Betroffene mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis eine wirksame Behandlungsoption mit günstigem Sicherheitsprofil sein, wie eine Real-World-Studie und Daten aus 1,1 Millionen Patientenjahren (PY) belegen.²⁻⁴

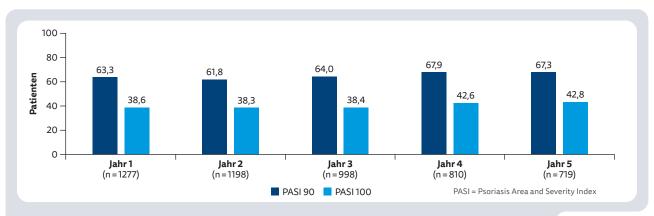
ie longitudinale, nichtinterventionelle Real-World-Beobachtungsstudie SERENA untersuchte über fünf Jahre die Wirksamkeit und Therapietreue unter Secukinumab bei 1.740 Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis.² Hier konnte ein hoher Therapieverbleib festgestellt werden. Im ersten Jahr waren noch 88,5% (n = 1.493) und im fünften Jahr 58,5% (n = 469) der Patienten auf Secukinumab eingestellt. Dabei gab es deutliche Unterschiede zwischen den Biologika-naiven und Biologika-vorbehandelten Patienten (p < 0,0001): Während im ersten Jahr 91,4 % (n = 1.004) der Biologika-naiven Betroffenen der Behandlung treu blieben, waren es 83,0 % (n = 469) der Biologika-Vorbehandelten. Im fünften Jahr der Studie blieben 65,6 % (n = 331) vs. 45,2 % (n = 138) der Patienten beider Kollektive bei ihrer Therapie mit Secukinumab. Der hohe Verbleib der Biologika-naiven Patienten deutet darauf hin, dass der frühzeitige Einsatz von Secukinumab einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg und somit auf die Therapietreue der Betroffenen haben kann.2

Des Weiteren bestätigte die SERENA-Studie die anhaltende starke Wirksamkeit von Secukinumab, gemessen anhand des PASI(Psoriasis Area and Severity Index)-Ansprechens.² Eine Verbesserung des PASI um ≥ 90 % (PASI-90-Ansprechen, symptomfreies oder fast symptomfreies Hautbild) wurde jährlich über den gesamten Studienverlauf bei mehr als 60 % der Patienten festgestellt (im ersten Jahr 63,3 % [n = 1.277], im fünften Jahr 67,3 % [n = 719]). Etwa vier von zehn Betroffenen erzielten jährlich sogar ein PASI-100-Ansprechen, also eine vollständig

symptomfreie Haut: Dies war bei 38,6% (n = 1.277) des Studienkollektivs im ersten Jahr und bei 42,8% (n = 719) im fünften Jahr der Fall.²

Das günstige Sicherheitsprofil von Secukinumab wurde in einer weiteren Studie mit großer Datenbasis bestätigt.⁴ Den Großteil der Teilnehmenden machten, neben Psoriasis-Arthritis- und axialer Spondyloarthritis-Patienten, Betroffene mit Plaque-Psoriasis aus (n = 9.561). Berücksichtigt wurden unerwünschte Ereignisse (UE) aus 47 gepoolten Phase-II/III- und Phase-IV-Studien mit mehr als 16-wöchiger subkutaner (s. c.) Gabe von 150 oder 300 mg Secukinumab (Exposure Adjusted Incidence Rate pro 100 PY, EAIR/100 PY) und aus dem Post-Marketing-Setting (Melderaten unerwünschter Ereignisse pro 100 PY, RR/100 PY). Die Datenbasis umfasst insgesamt 1,1 Millionen PY. In den klinischen Studien betrug die EAIR für schwerwiegende UE 7,0/100 PY. Im Post-Marketing-Setting wurden insgesamt 169.248 UE gemeldet, davon waren 82 % nicht schwerwiegend.⁴

Secukinumab kann Betroffenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis eine wirksame Behandlung bieten. Unter Secukinumab zeigte sich ein hoher Therapieverbleib sowie ein konsistent hohes PASI-Ansprechen – der frühzeitige Einsatz des Interleukin-(IL)-17A-Inhibitors kann vorteilhaft für den Therapieverbleib sein.² Des Weiteren bestätigen Daten von 1,1 Millionen PY das günstige Sicherheitsprofil von Secukinumab.⁴



Prozentualer Anteil der Patienten mit Plaque-Psoriasis, die jährlich über fünf Jahre einen PASI 90 oder PASI 100 erzielten²

Zu den Pflichtangaben:



Quellen:

- 1 World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/204417 (zuletzt aufgerufen am 01.12.2024)
- 2 Augustin M et al. EADV 2024. Poster P3355

- 3 Kiltz U et al. Adv Ther. 2020; 37(6): 2865-2883
- 4 Sun R et al. Dermatol Ther. 2024;14(3): 729-743

novartis.de/COSENTYX

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG • Almirall Hermal GmbH • Boehringer Ingelheim AG & Co. KG • Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA • Celltrion Healthcare Deutschland GmbH • Janssen-Cilag GmbH • LEO Pharma GmbH • Lilly Deutschland GmbH • Novartis Pharma GmbH • Pfizer GmbH • UCB Pharma GmbH

Biologika-naive Patienten mit Plaque-Psoriasis: Bimekizumab überzeugt im Praxisalltag

Plaque-Psoriasis (PsO) verursacht bei Betroffenen oft einen hohen Leidensdruck. Eine frühzeitige und effektive Therapie kann einen positiven Effekt auf die Lebensqualität von Patienten haben. 1 Bimzelx® (Bimekizumab) ist zur Behandlung Erwachsener mit mittelschwerer bis schwerer PsO zugelassen, die für eine systemische Therapie infrage kommen.² Somit ist mit dem Biologikum mit "first-line"-Label ein leitliniengerechter frühzeitiger Therapiestart möglich.3

RWE-Daten aus dem Praxisalltag in Deutschland

Bimekizumab ist ein monoklonaler Immunglobulin(Ig)G1-Antikörper, der selektiv sowohl Interleucin(IL)-17A als auch IL-17F inhibiert,² zwei wesentliche Schlüsselfaktoren der PsO-Pathogenese.⁴ In den Phase-III/IIIb-Studien bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer PsO zeigte das Biologikum ein rasches Ansprechen, eine langanhaltende Wirksamkeit und gute Verträglichkeit.5-8

Die nichtinterventionelle Studie ELEVATE untersucht die Wirksamkeit von Bimekizumab bei PsO-Patienten im Praxisalltag. In der neuesten Analyse im Beobachtungszeitraum von November 2021 bis Oktober 2023 wurden Real-World-Daten aus deutschen Praxen und Kliniken ausgewertet.9-11 Von den 497 eingeschlossenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer PsO waren etwa 63% Biologika-naiv, erhielten Bimekizumab also als erstes Biologikum.9

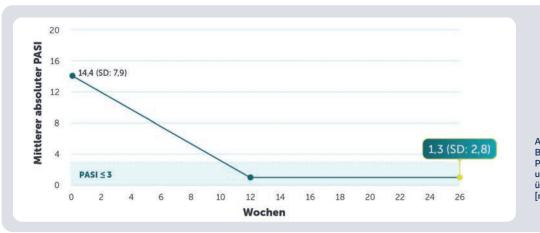
Ein Großteil dieser Patienten erreichte bereits ab Woche 12 einen absoluten Psoriasis Area and Sererity Index (PASI) ≤ 3, der von der S3-Leitlinie als Therapieziel diskutiert wird. Das gute Ansprechen wurde über den bisherigen Beobachtungszeitraum (26 Wochen) aufrechterhalten .10

Auch in sensitiven Arealen - Kopfhaut, Nägel und palmoplantare Bereiche - erzielte die Behandlung mit dem Biologikum hohe Ansprechraten. Nach 26 Wochen erreichte die Mehrheit der Patienten eine vollständige Erscheinungsfreiheit

(Physician global Assessment (PGA 0/1)) der sensitiven Areale (Nägel: 82,7%, Kopfhaut: 83,3% und palmoplantar: 80,7%).10 Die Lebensqualität der Patienten verbesserte sich unter der Bimekizumab-Behandlung rasch: Mehr als die Hälfte (55,3 %) der Biologika-naiven Patienten erreichten bereits in Woche 12 einen Dermatologische Lebensqualitäts-Index (DLQI) 0/1.11 Weitere belastende Symptome der PsO verbesserten sich ebenfalls deutlich oder verschwanden vollständig: Rund 22% bzw. 50 % der Biologika-naiven Patienten erreichten bereits in Woche 12 eine Auflösung von Juckreiz und Hautschmerzen.¹¹ Das Verträglichkeitsprofil von Bimekizumab erwies sich im Praxisalltag als vergleichbar zu den klinischen Studien, es wurden in der ELEVATE-Studie keine neuen Verträglichkeitshinweise beobachtet. Die häufigsten behandlungsbedingten unerwünschten Ereignisse (TEAEs) waren orale Candidosen (5,6%), Nasopharyngitis (2,4%), COVID-19-Infektion (2,0%) und Ekzeme (1,6%).10

Die Ergebnisse unter Real-World-Bedingungen zeigen eine schnelle Kontrolle der Krankheitssymptome und Verbesserung der Lebensqualität durch die Bimekizumab-Behandlung bei Biologika-naiven Patienten.

Die ELEVATE-Studie wird fortgesetzt. Zusätzlich wird Bimekizumab derzeit auch im Praxisalltag bei Patienten mit aktiver mittelschwerer bis schwerer Hidradenitis suppurativa untersucht (nichtinterventionelle Studie Hi-LiGHT).



Absoluter PASI bei Biologika-naiven Patienten (n = 172) unter Bimekizumab über 26 Wochen [mod. nach 10]

Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Bitte melden Sie jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel: www.pei.de.

- Arancio LMH et al. Clin Exp Dermatol 2024; 49: 1525-1531 Fachinformation Bimzelx®, Stand: Dezember 2024
- EuroGuiDerm Guideline for the Systemic Treatment of Psoriasis Vulgaris; Stand März 2024; verfügbar unter: https://guidelines.edf.one//uploads/ attachments/clv20jpg13acsxcjrux8329gn-0-euroguiderm-pso-gl-mar-2024.pdf;
- 4 Mosca M et al. Immunotargets Ther 2021; 10: 409-418

- 5 Reich K et al. Lancet 2021; 397: 487-498
- 6 Reich K et al. N Engl J Med 2021; 385: 142-152
- Warren RB et al. N Engl J Med 2021; 385: 130-141
- Gordon KB et al. Lancet 2021; 397: 475-486 von Kiedrowski R et al. EADV, P3366
- 10 Thaci D et al. EADV 2024, P3369 11 Asadullah K et al. EADV 2024, P3368

..... DE-BK-2500060

Wissen entsteht aus korrekten Informationen. Aber die Masse an Informationen wird immer beliebiger, ihr Wahrheitsgehalt immer schwieriger zu überprüfen. Die Konsequenz: Wir alle wissen nichts mehr richtig. Damit Sie wissen, wie Sie uns und unsere Beiträge einordnen können, erfahren Sie auf dieser Seite mehr über die Arbeitsweise und die Grundsätze der Redaktion des Hautnetz Magazin.



Über uns

Das Hautnetz Magazin bietet seinen Lesern unabhängige und leicht verständliche Informationen rund um alle Aspekte der Versorgung von Hautkrankheiten in Deutschland. Damit jeder Leser etwas für sich Passendes findet, bereiten wir alle Informationen in verschiedenen Formen auf – als reine Texte, News, Infografiken, Reportagen, Berichte oder Interviews. Kern jeden Heftes sind dabei die Berichte aus den 29 regionalen Hautnetzen.

Alle Beiträge sind kein Ersatz für medizinische Fortbildungen. Sie sollen aber über neue Erkenntnisse informieren und Anreize für eine bestmögliche Behandlung von Menschen mit Hauterkrankungen schaffen.



Unser Ziel

Uns ist wichtig, das Hautnetz Magazin zu einer Informationsquelle mit hoher medizinischer und wissenschaftlicher Qualität zu machen. Oberstes Ziel: Eine unabhängige und neutrale Berichterstattung – das haben wir bei jedem Artikel vor Augen. Denn wir wollen Ihnen helfen, sich ein eigenes Bild von verschiedenen Hauterkrankungen und ihren Begleitaspekten zu machen. Nur das hilft, die Barrieren zwischen Forschern, Ärzten und Patienten abzubauen. Gerade die fundierte und sorgfältige Arbeit der Redaktion macht den Unterschied zu ungeprüften Inhalten, beispielsweise im Internet, und unterscheidet das Hautnetz Magazin ganz erheblich von anderen Quellen.



Unser Qualitätsanspruch: aktuell, neutral, verständlich

Wir stellen höchste Qualitätsansprüche an unsere Inhalte und bieten ausschließlich Informationen an, die auf aktuellen und wissenschaftlich abgesicherten Erkenntnissen beruhen. Die Qualität unserer redaktionellen Artikel bemisst sich nicht nur an den inhaltlichen Qualitätsstandards, auch Verständlichkeit, Vielfalt und Relevanz von Themen und Perspektiven sind uns wichtig. Das heißt auch: Fakten statt Behauptungen, Argumente statt Diffamierungen, reflektieren und differenzieren

statt verallgemeinern. Auch Authentizität, Humor, Kritik, Klarheit, Originalität und Kreativität sind ausdrücklich erwünscht. Werbung ist im Hautnetz Magazin deutlich als solche erkennbar. Darüber hinaus können die Fördermitglieder des PsoNet Fördervereins und des Hautnetz Deutschland einen eigenverantwortlichen Beitrag in der Rubrik "Fördermitglieder Aktuell" unterbringen. Auch diese Rubrik ist deutlich vom Rest des Heftes zu unterscheiden. Weder Anzeigenkunden noch Pharmaunternehmen haben Einfluss auf die redaktionellen Inhalte des Hautnetz Magazin. Das Heft finanziert sich hauptsächlich aus Eigenmitteln des PsoNet Fördervereins und des Hautnetz Deutschland und nur im geringen Maß aus Einnahmen über Anzeigen.



Unsere Quellen

Alle unsere Inhalte basieren auf aktuell gültigen Leitlinien, zeitgemäßer Fachliteratur, medizinischen Nachschlagewerken sowie jüngsten Studien. Kritisch hinterfragte Angaben und Empfehlungen offizieller, wissenschaftlicher und unabhängiger Institutionen und Fachgesellschaften bilden eine verlässliche Grundlage für unseren hohen Qualitätsanspruch. Die entsprechenden wissenschaftlichen Quellen finden Sie am Ende eines jeden Textes oder können Sie gerne bei uns erfragen.



Unser Team

Um Ihnen die besten Inhalte zu bieten, werden alle unsere redaktionellen Beiträge ausschließlich von hochmotivierten Experten in unserer Redaktion erstellt: Ärzte, Psychologen, Wissenschaftler unterschiedlicher akademischer Disziplinen und Fachjournalisten. Jedes Redaktionsmitglied vertritt immer nur seine eigene Meinung. Unterstützt werden wir dabei von Grafikern und Vertriebsexperten.

Alle redaktionellen Texte werden vor ihrer Veröffentlichung durch mindestens zwei Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats geprüft (Peer Review). Die Gutachter sind dabei frei und unabhängig in ihrer Beurteilung.



Einladung zur Teilnahme



STUDIE ZU BERUFSALLTAG UND STIGMATISIERUNGSERFAHRUNGEN BEI PSORIASIS

Was?

Berichten Sie uns von Ihren Erfahrungen mit Psoriasis / Schuppenflechte in Ausbildung und Beruf!

- Ausfüllen eines Fragebogens (ca. 20 Minuten)
- Aufwandsentschädigung: 15€ & Verlosung von 1x 100€ unter allen Teilnehmenden

Sie sind teilnahmeberechtigt, wenn Sie:

- 18 Jahre oder älter sind;
- eine diagnostizierte Psoriasis haben;
- die deutsche Sprache gut beherrschen.

Wer?

Wie?

Scannen Sie einfach den QR-Code oder geben Sie den folgenden Link in Ihrem Browser ein:

ww2.unipark.de/uc/PsoBASE/



Kontakt Studienleitung: Juliane Traxler j.traxler@uke.de 040 7410 54207









- Start Smart: frühzeitige Therapie mit BIMZELX^{®1}
- Effektiv auch bei PsA und sensitiven Arealen¹
- Patientenfreundliches Dosierungsintervall¹



PSO: BIMZELX® wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plague-Psoriasis, die für eine systemische Therapie infrage kommen; PsA: * PSO: BIMZELX® wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie infrage kommen; PsA: BIMZELX® wird allein oder in Kombination mit Methotrexat zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis angewendet, die auf ein oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (disease-modifying antirheumatic drugs, DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben; axSpA: BIMZELX® wird angewendet zur Behandlung
erwachsener Patienten mit aktiver nicht-röntgenologischer axialer Spondyloarthritis mit objektiven Anzeichen einer Entzündung, nachgewiesen durch erhöhtes C-reaktives Protein und/oder
Magnetresonanztomographie, die auf nicht-steroidale Antirheumatika (NSARs oder non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben; BIMZELX® wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver ankylosierender Spondylitis (AS), die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen oder
diese nicht vertragen haben; HS: BIMZELX® wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver mittelschwerer bis schwerer Hidradenitis suppurativa (Acne inversa), die auf eine konventionelle Systemische HS-Therapie unzureichend angesprochen haben.¹

Referenzen: 1. Fachinformation BIMZELX®, Stand August 2024. 2. Strober B et al. AAD 2024, March 8–12, 2024, San Diego, USA, P061013.

🔻 Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Bitte melden Sie jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel: www.pei.de

Bimzelx® 160 mg / 320 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze. Bimzelx® 160 mg / 320 mg Injektionslösung im Fertignen. ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Bitte melden Sie jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung überdas Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel: www.pei.de. Wirkstoff: Bimekizumab. Zus.: 1 Fertigspritze/1 Fertigpen 160 mg Injektionslösung enth. 160 mg Bimekizumab (humanisiert. monoklonal. IgG1-Antikörper, mittels rekombinanter DNA-Technologie in gentechn. modifiz. Ovarialzellen d. chines. Hemsters hergeest, jin 1 ml Lösung. 1 Fertigspritze/1 Fertigpen 320 mg Injektionslösung enth. 320 mg Bimekizumab in 2 ml Lösung. Sonst. Bestandt.: Glycin, Natriumacetat-1-Trihydrat, Essigsäure 99 %, Polysorbata80, Wässerf. Inj.: zwecke. Anwend.: Plaque-Psoriasis: Behandl. erwachs. Pat. mit mittelserwachs pat. mit mittelserwachs. Pat. mit mittelserwachs. Pat. mit mittelserwachs. Pat. mit aktiver Psoriasis. Arthritis alleino. in Komb. mit Methotrexat, d. auf ein o. mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (disease-modifying antirheumatic drugs, DMARDs) infrage kommen. Psóriasis-Arthritis: Behandi. erwachs. Pat. mit aktiver í Psóriasis-Arthritis alleín o. in Komb. mit Methotrexat, d. auf ein o. mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (disease-modifying antirheumatic drugs, DMARDs) unzureichend angesprochen o. diese nicht vertragen haben. Axiale Spondyloarthritis: • Nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis (nr-axSpA): Behandl. erwachs. Pat. mit aktiver incht-röntgenologischer axialer Spondyloarthritis mit objektiven Anzeichen einer Entzüdungn, achgewiesen durch erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) u. /o. Magnetressonanztomographie (MRT), a uf nicht-steroidale Antirheumatika (NSARs o. non-steroidal anti-immatory drugs, NSAIDs) unzureichend angesprochen o. diese nicht vertragen haben. • Ankylosierende Spondylitis (AS, röntgenologische axiale Spondyloarthritis): Behandl. erwachs. Pat. mit aktiver ankylosierender Spondylitis (AS), d. auf eine konventionelle Therapie nur unzureichend angesprochen o. diese nicht vertragen haben. • Hidradenitis suppurativa (HS): Behandl. erwachs. Pat. mit aktiver mittelschwerer bis schwerer Hidradenitis suppurativa (Acne inversa), d. auf eine konventionelle systemische HS-Therapie unzureichend angesprochen haben. Gegenanz: Überempfindl. gg. d. Wirkstoff od. einen d. sonst. Bestandteile. Klin. relevante aktive Infektionen (As eine Anwendung. Nebenw.: Sehr häufig: Infektionen d. oberen Atermwege. Häufig: Orale Candidose, Stillzeit: strenge Nutzen-Risiko-Abwägung. Schwangerschaft, Kinder u. Jugendl. unter 18 J.: keine Anwendung. Nebenw.: Sehr häufig: Infektionen d. oberen Atermwege. Häufig: Orale Candidose, Finea-Infektionen, Orbreninfektion, Infektionen d. oberen Atermwege. Häufig: Orale Candidose, Konfschm., Ausschlag, Dermatitis, Ekzem, Akne, Reakt. an. d. Inj. stelle/Eythem, Reaktionen, Ödeme, Schwargerschaft, Kinder u. Jugendl. unter 18 J.: keine Anwendung. Nebenw.: Sehr häufig: Infektionen d. oberen Atermwege. Häufig: Orale Candidose, (inschl.), Ludvovaginale Pizinfektion (einschl.), Ludvovaginale Pizinfektion (einschl

