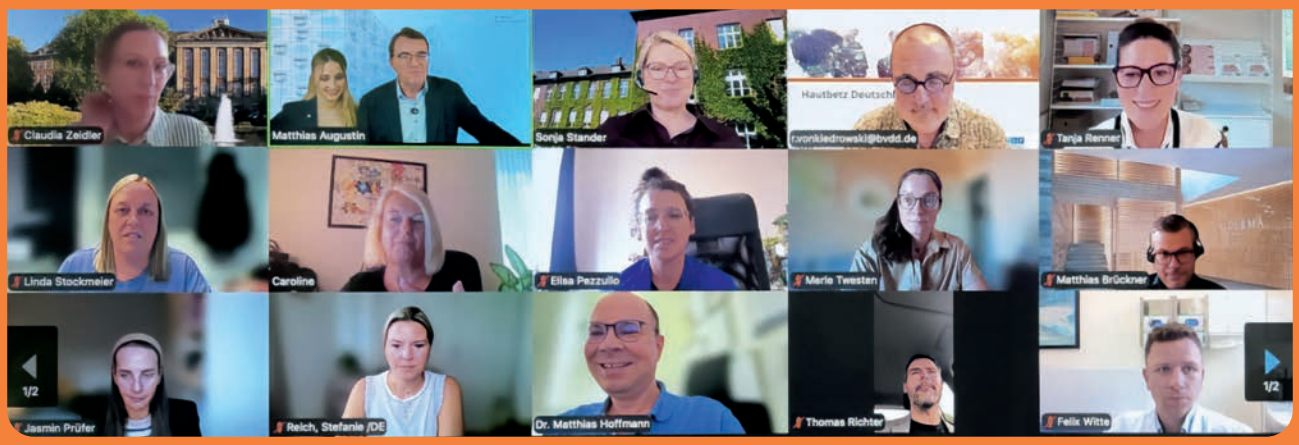
3. Nationale Versorgungskonferenz Pruritus & Prurigo Der Weg zur kontrollierten Erkrankung

Ein Pruritus-NRS (Numerical Rating Scale) von Drei kann ein Erfolg sein. Er kann aber auch darüber hinwegtäuschen, dass ein Patient weiterhin kaum schläft, sich aus dem sozialen Leben zurückzieht oder die Therapie im Alltag nicht durchhält. Ein guter Wert auf dem Papier heißt noch lange nicht, dass der Juckreiz im Alltag seinen Schrecken verloren hat. Hier knüpfte die 3. Nationale Versorgungskonferenz Pruritus & Prurigo (NVK P&P) an: Chronische Prurigo soll künftig nicht nur behandelt, sondern anhand klinisch sinnvoller Ziele auch besser gesteuert und bewertet werden.



© Caroline Paulsen

Dr. Ralph von Kiedrowski, Dermatologe aus Selters und Präsident des Berufsverbands der Deutschen Dermatologen (BVDD), eröffnete die Konferenz als stellvertretender Vorsitzender von Hautnetz Deutschland. Mit Prof. Sonja Ständer, Leiterin der Sektion Pruritusmedizin und des Kompetenzzentrums Chronischer Pruritus am Universitätsklinikum Münster, sowie Prof. Matthias Augustin, Leiter des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, diskutierten die 41 Onlineteilnehmer die Versorgungsziele für chronischen Pruritus und chronische Prurigo bis 2030.

Juckreiz senken, Kontrolle gewinnen

Die Debatte ging über das übliche „Hat die Therapie angeschlagen?“ hinaus. Im Fokus standen eine frühe Diagnose, leitliniengerechte Behandlung, eine niedrige Pruritusintensität, guter Schlaf, psychische Stabilität, Lebensqualität und Krankheitskontrolle. Ebenso sollen relevante Komorbiditäten früher erkannt und behandelt werden.

Dafür wurden konkrete Zielwerte der vorangegangenen NVK P&P bestätigt: Der NRS Worst Itch und der Schlaf-NRS sollen jeweils bei höchstens drei von zehn liegen; beim Prurigo Control Test gilt ein Wert von mindestens zehn als angestrebter Kontrollbereich. Diese Grenzwerte sind kein Ersatz für die ärztliche Einschätzung. Sie geben aber einen praktischen Rahmen, um Verlauf und Therapieerfolg nachvollziehbar zu dokumentieren.

Das ist gerade bei chronischer Prurigo relevant. Die Haut kann sich sichtbar bessern, während der Schlaf noch fragmentiert bleibt und das Kratzverhalten weiter den Alltag bestimmt. Umgekehrt kann eine relevante Entlastung des Pruritus für den Patienten ein großer Gewinn sein, obwohl noch Läsionen bestehen. Gute Versorgung muss deshalb beides erfassen: die Haut und das, was die Erkrankung mit dem Leben insgesamt der Haut macht.

SWITCH: Wann ist es Zeit, die Therapie zu wechseln?

Dr. Lea-Sophie Stahl, Kompetenzzentrum Chronischer Pruritus am Universitätsklinikum Münster, stellte den SWITCH-Algorithmus vor. Er soll allgemeine Versorgungsziele in konkrete Therapieentscheidungen übersetzen. Patientenberichtete Endpunkte, klinische Beurteilung und definierte Schwellenwerte werden dabei so verknüpft, dass bei unzureichender Kontrolle eine klare therapeutische Weichenstellung möglich wird.

Das Konzept folgt einer Treat-to-Target-Logik, vermeidet aber den Eindruck eines starren Schemas. Die Teilnehmer betonten, dass Therapieziele individuell bleiben müssen. Der Algorithmus soll die klinische Entscheidung strukturieren, nicht automatisieren. Für die Praxis liegt sein Wert vor allem darin, den richtigen Moment für eine Eskalation, eine zusätzliche Abklärung oder die Überweisung in ein spezialisiertes Zentrum nicht zu verpassen. Dr. Stahl brachte den Anspruch auf den Punkt: „Ziel ist nicht nur die Reduktion von irgendwelchen Läsionen oder die Reduktion des Pruritus an sich, sondern eine umfassende Kontrolle der Erkrankung mit Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Patienten.“

Neben der Pruritusintensität sollten daher auch Schlaf, psychische Belastung und Krankheitskontrolle routinemäßig angesprochen werden. Das klingt selbstverständlich, fällt im eng getakteten Praxisbetrieb aber leicht unter den Tisch.

Kurze, valide Instrumente können hier helfen, den Gesprächseinstieg zu erleichtern und Veränderungen über die Zeit sichtbar zu machen.

Sieben Jahre bis zur Diagnose

Ein besonders deutlicher Hinweis auf bestehende Versorgungslücken kam aus dem Register CPGBest. Paula Junghanß berichtete über 234 verifizierte Fälle und Baseline-Daten von 141 Patienten aus fünf Zentren, darunter Münster, die Charité und das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Das Register, das mindestens 500 Patienten einschließen und langfristig bundesweit sowie europäisch ausgebaut werden soll, liefert damit bereits einen aufschlussreichen Einblick in die Versorgungsrealität.

So beträgt die bisher dokumentierte mittlere Diagnoseverzögerung knapp sieben Jahre; im Einzelfall wurden sogar bis zu 54 Jahre erfasst. Hinter diesen Zahlen stehen Patientenwege, auf denen Pruritus nicht rechtzeitig in die passende Versorgungsstruktur führt. Junghanß verwies dabei auf einen klinisch besonders relevanten Zusammenhang: „Und man kann feststellen, dass mit zunehmender diagnostischer Latenz auch die Krankheitslast schwerwiegender wird und auch mehrere Teile des Körpers vom Juckreiz betroffen sind."

Im Verlauf soll CPGBest Follow-up-Daten nach sechs, zwölf und 24 Monaten erfassen und so Therapieeffekte, Krankheitskontrolle und Versorgungsverläufe abbilden.

Komorbidität und Schlaf nicht als Nebenschauplatz behandeln

Chronische Prurigo ist nicht mit der Beurteilung von Papeln und Noduli erledigt. Schlafstörungen, depressive Symptome, Angst, soziale Rückzugstendenzen und belastende Komorbiditäten sind oft Teil des Krankheitsgeschehens. Der Juck-Kratz-Zyklus findet eben nicht nur an der Haut statt.

Die Konferenz sprach sich deshalb für einen strukturierten Screening-Algorithmus zu Komorbiditäten aus. Ziel ist keine zusätzliche Bürokratieschicht, sondern eine bessere Triage. Chronischer Pruritus kann dermatologische, internistische, neurologische und psychische Ursachen oder Verstärker haben. Die dermatologische Versorgung bleibt der Dreh- und Angelpunkt, benötigt aber klare Schnittstellen zu anderen Disziplinen.

Auch Patientenaufklärung wurde als Versorgungsaufgabe verstanden. Wer den eigenen Krankheitsmechanismus besser versteht, kann Behandlungsziele realistischer einordnen. Eine patientenverständliche Version der Pruritus-Leitlinie wird deshalb weiter geprüft.

Leitlinien müssen den Weg in die Praxis finden

Ständer berichtete über die Aktualisierung der deutschen S2k-Leitlinie zum chronischen Pruritus. Nach der Freigabe durch die Fachgesellschaften stand die erneute Einreichung bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften bevor. Parallel laufen europäische und globale Konsensusprozesse.

Dr. Claudia Zeidler, Sektion Pruritusmedizin und Kompetenzzentrum Chronischer Pruritus am Universitätsklinikum Münster, erläuterte die interdisziplinäre Leitlinienarbeit. Für die globale Leitlinie liegen 30 abgestimmte Empfehlungen vor, an deren Entwicklung 54 Experten einschließlich Patientenvertretern beteiligt sind. Entscheidend wird jedoch die Implementierung sein. Patienten mit chronischem Pruritus werden nicht nur in dermatologischen Praxen gesehen, sondern auch hausärztlich, internistisch, nephrologisch, neurologisch oder geriatrisch. Diagnostische Algorithmen und Überweisungspfade müssen daher dort verfügbar sein, wo der Leidensweg häufig beginnt. Eine Leitlinie wirkt nicht dadurch, dass sie publiziert ist, sondern dadurch, dass sie die nächste Entscheidung besser macht.

Regionale Netze, digitale Wege, Verträge

Die regionalen Hautnetze sollen künftig stärker genutzt werden, um Versorgungsangebote sichtbar zu machen und verlässliche Behandlungspfade aufzubauen. Geplant ist eine Befragung zu vorhandenen Strukturen, Therapieangeboten und Leistungsfähigkeit. Daraus sollen regional passgenaue Netzwerke entstehen, in denen spezialisierte Zentren, Kliniken und niedergelassene Dermatologen enger zusammenarbeiten. Digitale Ersteinschätzungen, elektronische Patientenakten und standardisierte Datensätze können diese Versorgung ergänzen. Sie ersetzen keine dermatologische Untersuchung, können aber den Zugang beschleunigen und Informationen über Sektorengrenzen hinweg verfügbar halten.

Auch Selektiv- und §-140a-Verträge wurden als mögliche Hebel diskutiert. Der Vertrag DermaOne wurde mit rund 38.000 Patienten als größter bestehender Vertrag benannt. Zudem soll der bisherige DermAktiv-Vertrag unter der Bezeichnung Spektrum K künftig Prurigo nodularis einschließen. Ob solche Modelle den Versorgungsalltag tatsächlich verbessern, wird davon abhängen, ob sie medizinische Differenzierung zulassen – und nicht nur Dokumentation vergüten.

Bei aller Dynamik in Leitlinienarbeit, Digitalisierung und Vertragsversorgung blieb die Diskussion realistisch. Augustin mahnte: „Wir müssen damit rechnen, dass Versorgung unter den gegebenen Umständen auch schlechter wird." Umso wichtiger sei es, die eigenen Handlungsmöglichkeiten zu nutzen – durch belastbare Daten, funktionierende Netzwerke und praxistaugliche Behandlungspfade.

Die NVK hat die Messlatte für die Prurigo-Versorgung bewusst höher gelegt. Weniger Juckreiz bleibt ein zentrales Ziel, ist aber nicht das einzige. Schlaf, psychische Gesundheit, Lebensqualität, Krankheitskontrolle und Komorbiditäten gehören genauso auf die Agenda.

Mit klaren Zielwerten, dem SWITCH-Algorithmus und dem CPGBest-Register entstehen die Bausteine für eine Versorgung, die nicht nur plausibel klingt, sondern sich auch überprüfen lässt. Für die dermatologische Praxis lautet die wichtigste Botschaft: Nicht nur fragen, ob es juckt. Sondern auch, was der Juckreiz dem Patienten gerade nimmt. MERLE TWESTEN



Live aus dem Studio: Paula Junghanß und Prof. Matthias Augustin greifen Impulse aus der Onlinekonferenz auf. © Joschka Eickhoff