



Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V. (DDG)

### «Heilendes Licht» für kranke Haut: Phototherapie mit UV-A- und UV-B-Strahlen

Entzündliche Hauterkrankungen können heutzutage bei mittlerer und schwerer Ausprägung gut mit modernen Medikamenten (vor allem Biologika) behandelt werden. Es gibt aber eine weitere therapeutische Option: Die Phototherapie mit UV-Strahlen. Sie behauptet ihren Platz als bewährte, sehr effektive Therapie beispielsweise bei atopischer Dermatitis (Neurodermitis), Psoriasis, Hautlymphomen oder Sklerodermien.

Dem zeitlichen Aufwand mit häufigeren Terminen in der Hautarztpraxis stehen eine schnell einsetzende Besserung sowie eine nebenwirkungsarme und kostengünstige Therapie gegenüber. Die «Behandlung mit UV-Strahlung» spielt auch im Zeitalter der Biologika eine wichtige Rolle, erklärt die Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG).

Krankhafte Hautveränderungen bei Neurodermitis, Psoriasis und Sklerodermie sind häufig durch Symptome wie Juckreiz, Schuppung, Entzündung oder eine derbe Verhärtung der Haut gekennzeichnet und bedeuten für die Betroffenen eine große Belastung. Nicht selten führen die sichtbaren Hautveränderungen zudem zu einer Stigmatisierung, wodurch die Lebensqualität weiter eingeschränkt wird.

Die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten vieler chronisch entzündlichen Hautkrankheiten haben sich vor allem mit den hochwirksamen Biologika in den letzten Jahren enorm verbessert. Und doch hat die Behandlung mit «therapeutischem Licht» ihren festen Platz in der Therapie. «Die moderne Phototherapie ist nicht nur sehr effektiv, sondern auch nebenwirkungsarm», betont Prof. Dr. med. Mark Berneburg, Direktor der Klinik und Poliklinik für Dermatologie am Universitätsklinikum Regensburg. Die Wirkungsweise der Phototherapie basiert darauf, dass bestimmte Anteile des natürlichen Sonnenlichts Entzündungsprozesse in der Haut positiv beeinflussen und verhärtetes Bindegewebe wieder weicher machen. «Die Bestrahlung mit UV-Licht ist nach wie vor ein unverzichtbarer Bestandteil der

hautärztlichen Tätigkeit», sagt Berneburg, der auch Generalsekretär der DDG ist. Die Phototherapie ist in den Leitlinien zu entzündlichen Hauterkrankungen fest verankert und setzt eine entsprechende Expertise des Behandelnden voraus.

Angewendet werden moderne Geräte als Lichtquellen, mit denen die therapeutisch wirksamen Wellenlängen des Lichts eingesetzt werden können. Die Phototherapie wird mit speziellen Anteilen der UV-Strahlung durchgeführt, die besonders wirksam sind. Das Spektrum der natürlichen UV-Strahlung wird entsprechend seiner Wellenlänge in UV-A, UV-B und UV-C eingeteilt. Nur die langwelligen UV-A-Strahlen und die kurzwelligeren UV-B-Strahlen werden für therapeutische Zwecke genutzt.

UV-A-Strahlen haben eine Wellenlänge von 315 bis 380 nm und dringen bis in die Dermis, also die Unterhaut ein. Sie wirken dort auf Entzündungszellen und spezifische Bindegewebszellen. UV-B-Strahlen besitzen eine Wellenlänge von 280 bis 315 nm und gelangen vor allem bis in die Epidermis, die Oberhaut. Der langwellige Anteil des UV-B-Lichts zeigt dabei eine besondere Wirkung in den unteren Schichten der Epidermis, insbesondere in der Basalzellschicht. In dieser Hautschicht entstehen in einem sich wiederholenden Zyklus von etwa vier Wochen neue hornbildende Zellen (Keratinocyten). Bei einer Schuppenflechte durchlaufen die Keratinocyten einen verkürzten Entstehungszyklus von vier bis sieben Tagen und es entstehen mehr oder weniger dicke schuppige, oft juckende Stellen auf der Oberhaut. Die Wirksamkeit der UV-B-Strahlung beruht u. a. darauf, dass die Zellteilung in der Basalzellschicht der Epidermis gehemmt wird, was zu einer Besserung der entzündlichen Hautveränderungen und zur Abnahme der Schuppung führt. Daher hat sich für die Behandlung der Psoriasis die Phototherapie mit dem selektiven langwelligen UV-B-Spektrum bewährt. Bekannt ist das Ganze unter dem Begriff Schmalband-UV-B-Therapie. Der maximale Peak der emittier-

ten UVB-Strahlen liegt hier bei 311 nm. «Die Schmalband-UV-B-Therapie gilt heute aufgrund ihrer optimalen Wirksamkeit und guten Verträglichkeit als Therapie der ersten Wahl bei mittelschwerer und schwerer Psoriasis», fasst Berneburg zusammen.

Eine Besonderheit neben dem gezielten Einsatz von UV-A- und UV-B-Strahlen ist die Kombination von UV-A mit dem Photosensibilisator Psoralen, die als PUVA-Therapie bezeichnet wird und effektiv bei der Behandlung verschiedener Hautkrankheiten (vor allem bei Schuppenflechte und kutanen T-Zell-Lymphomen) eingesetzt wird.

Vor Beginn der Phototherapie legt die Dermatologin/der Dermatologe die optimale Anfangsdosis fest. Diese richtet sich nach dem Hauttyp und dem Krankheitsbild der Patientin/des Patienten. Es gibt Geräte für die Bestrahlung des ganzen Körpers in Form von Bestrahlungskabinen mit speziellen medizinischen UV-Lampen für eine homogene rundum Bestrahlung und andere Geräte, mit denen Teile des Körpers bestrahlt werden. «Die Lichttherapie ist in der Regel gut verträglich und sollte drei bis fünf Mal pro Woche erfolgen. Unerlässlich ist bei jeder Bestrahlung eine UV-Schutzbrille, um Bindehaut- oder Hornhautentzündungen des Auges zu vermeiden», betont der DDG-Generalsekretär.

Das Risiko für Hautkrebs und Krebsvorstufen wie der Aktinischen Keratose wird durch die Phototherapie nicht erhöht. Die Studienlage zeigt derzeit für die Schmalband-UVB-Therapie und für die UVA-Therapie keine klinisch messbare Zunahme von Hautkrebs.

«Die Phototherapie verdient eine Renaissance. Besonders profitieren Patientinnen und Patienten mit Komorbiditäten, die bereits viele Medikamente erhalten», ergänzt Prof. Dr. med. Silke Hofmann, Chefärztin des Zentrums für Dermatologie, Allergologie und Dermatochirurgie, HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal. Denn Polypharmazie,



Von der Phototherapie profitieren besonders Patientinnen und Patienten mit Komorbiditäten, die bereits viele Medikamente erhalten.

also die Einnahme von fünf oder mehr verschiedenen Arzneimitteln, sei für viele Menschen – nicht nur für Seniorinnen und Senioren – eine Realität und unerwünschte Wechselwirkungen zwischen den Substanzen sind immer zu bedenken, so Hofmann, Beauftragte für die Öffentlichkeitsarbeit der DDG. Hier kann die Phototherapie zur Behandlung einer Hautkrankheit eine sehr gute Option darstellen. Professor Berneburg fasst zusammen: «Im Sinne einer personalisierten Medizin sollte bei entzündlichen Hauterkrankungen neben dem breiten Angebot topischer und konventioneller Systemtherapien sowie Biologika immer auch die Lichttherapie angeboten werden.»

## Literatur

Kurz B, Berneburg M, Bäuml W, Karrer S. Phototherapie in Theorie und Praxis. J Dtsch Dermatol Ges. 2023 Aug;21(8):882-898. [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ddg.15126\\_gXXXXXX](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ddg.15126_gXXXXXX)

## Operation Karriere

### Der Kaminaufstieg in der Klinik: Tipps für Durchstarter

Die Turbo-Karriere ist in der Medizin keine Ausnahme mehr. Kaum den Facharztstitel in der Tasche, werden junge Medizinerinnen und Mediziner oft schon auf eine Oberarztstelle befördert. Auch auf dem Chefarztsessel sitzen zunehmend Jüngere. Der Psychologe und erfahrene Arzt-Coach Thomas Röhrßen weiß, was beim schnellen Aufstieg hilfreich ist und wie sich Stolpersteine vermeiden lassen.

#### *Der Kaminaufstieg gilt als steil, aber auch als rußig. Trifft das auch auf die Ärzteschaft zu?*

**Thomas Röhrßen:** Für engagierte und kompetente Assistenzärztinnen und Ärzte in der Regel nicht. Wer fachlich gut ist, wird schlichtweg gebraucht. Manchmal warten Chefs und die ganze Truppe sogar darauf, dass endlich ein qualifiziertes Talent aus dem Kollegium aufsteigt. So winkt die Beförderung zum Oberarzt oder zur Oberärztin immer öfter bereits Monate nach dem Facharzt. Doch auch wenn deren Aufgaben zunehmend organisatorisch sind, werden neue Oberärztinnen und -ärzte die Klinik ja nicht «auf den Kopf» stellen – und bieten als neue «kleine Chefs» damit wenig Angriffsfläche. Die Abteilung ist durch den Chefarzt oder die Chefärztin geprägt, die Vorgaben sind klar. Erst beim nächsten Etagenwechsel findet der große Rollentausch statt. Das ist eine ganz andere Liga.

#### *Ich habe gehört, dass Oberärztinnen und -ärzte oft noch keine Führungsverantwortung übernehmen wollen...*

**Röhrßen:** Das sehe ich nicht so. Meiner Erfahrung nach wollen die meisten durchaus Verantwortung übernehmen, zum Beispiel in der OP-Planung, der Ambulanzorganisation, der Koordination einzelner Diagnostikeinheiten, der Personalplanung sowie auch im Teaching und Coaching der Assistenzärztinnen und -ärzte. Das Problem ist nur, dass ihre Aufgaben häufig nicht klar definiert sind, was ungesund für jede Klinik ist. Ich arbeite in meiner Führungsberatung intensiv daran, dass die Oberarztrolle klarer wird und sie in ihrer Rolle unterstützt werden. Das zu respektieren, müssen manchmal auch die Chefärzte lernen, heißt: Kontrolle abzugeben, ohne sich aus dem Tagesgeschäft ganz zu verabschieden. Sie müssen wirklich aushalten, dass Oberärztinnen und Oberärzte in diesen delegierten Bereichen selbstständig mit viel Spielraum führen dürfen.

#### *Was müssen Durchstarter allgemein beachten?*

**Röhrßen:** Ursprünglich kommt der Begriff Kaminaufstieg aus der Welt der Bergsteiger und beschreibt das Hochklettern in einer engen Felsspalte, oft durch bloßes Abstützen des eigenen Körpers. Ganz so auf sich allein gestellt ist man bei der Medizin-Karriere aber nicht. Im Gegenteil: Wer

einen Kaminaufstieg „hinlegt“, muss auch bei toller fachlicher Kompetenz vor allem das Umfeld mitnehmen. Das gilt noch nicht so für die Oberarztposition, in die man in aller Regel ohne große Brüche gleitet, sondern für die nächste Stufe. Für den Chefessel braucht es soziale Kompetenz. Dafür gibt es die folgende, schön einfache Definition: Ein sozial kompetenter Mensch setzt eigene Ziele durch, aber bei maximaler Anerkennung, Wertschätzung und Empathie für die Interessen anderer. Diese Balance zu finden und zu halten ist heutzutage ganz elementar. Sonst ist man ganz schnell draußen und isoliert.

### **Was sind dafür die ersten Anzeichen? Kann es sein, dass auf einmal keiner mehr mit mir Essen geht?**

**RöhrBen:** Das läuft nicht übers Essen gehen. Es findet keine «kalte» Ausgrenzung statt, sondern es geschieht viel subtiler. Meist herrscht eine reservierte Kultur vor, die Leute fremdeln, was untergründig zu einem Auseinanderdriften führt. Dieser Prozess verläuft schleichend, sodass Sie zunächst kaum etwas davon spüren. Nicht selten erkennt man das erst, wenn das Team bereits gespalten und es zu spät ist. Und dass zumeist nur, weil nicht rechtzeitig miteinander gesprochen wurde.

### **Was sind die empfehlenswerten Schritte für einen guten Start, vor allem wenn ich neu in die Klinik komme?**

**RöhrBen:** Man muss respektieren, dass die Abteilung, die man übernimmt, vorher auch schon Medizin gemacht hat. Als neue Oberärztin oder Oberarzt und natürlich auch in der neuen Chefarztrolle sollte ich nicht durch bestimmte Bemerkungen in Visiten oder Dienstbesprechungen ständig durchblicken lassen, dass ich die Fachlichkeit des Kollegiums nicht schätze. Auch eine Innovation nach der anderen gibt dem Team das Gefühl, dass sie vorher nichts richtig gemacht haben. Das kann zu einer stillen Ablehnung führen. Ich empfehle den Grundsatz erst «Pacing» dann «Leading». Das heißt erst ankoppeln und einfügen, dann führen und verändern. Wer zu schnell ist, kann zum Fremdkörper in der eigenen Abteilung werden.

### **Und der interne Aufstieg: Wenn ich gestern die Kollegin war und heute die Chefin? Wie gehe ich mit jetzt untergebenen Freunden um?**

**RöhrBen:** Sie sollten nicht von jetzt auf gleich einen völlig neuen Kommunikationsstil pflegen. Es empfiehlt sich, die bestehenden vertrauensvollen kollegialen Beziehungen zu halten. So dürfen Sie zum Beispiel weiterhin gemeinsam joggen oder sich duzen. Alles andere wäre eine Irritation. Dennoch sollten Sie «alten Freunden» klar machen, dass Sie sich jetzt in einer anderen Verantwortungsposition befinden, aus der sich Veränderungen im Verhalten und Vorgehen ergeben. Das muss manchmal auch im Vier-Augen-Gespräch geklärt werden.

### **Wie sollte ich mit Kolleginnen und Kollegen umgehen, die sich ebenfalls Hoffnungen auf die Beförderung gemacht hatten und an denen ich vorbeigezogen bin?**

**RöhrBen:** Auch hier ist es ratsam, das offene Gespräch zu suchen. Also: Schieflagen nicht tabuisieren, sondern an die Menschen herantreten. Wenn Sie merken, dass irgendetwas stört, sollten Sie sich nicht scheuen, das direkt anzusprechen. Ich nenne das die Gretchenfrage: «Akzeptieren Sie meine Führung?» Darauf gibts zwar meist keine offene Antwort. Sie machen Ihrem Gegenüber aber schon klar, dass Sie ihn oder sie auf dem

Schirm haben. Und auch Bauchgefühle dürfen benannt werden, zum Beispiel mit Sätzen, wie: «Ich empfinde unsere Vertrauensbildung als noch nicht ganz ideal».

### **Und wenn man selbst jetzt unterstellte Kollegen nicht so gut leiden kann?**

**RöhrBen:** Ich sollte mich mit Persönlichkeiten, die mir nicht so liegen, zunächst innerlich auseinandersetzen, bevor ich äußerlich versuche etwas zu verändern – und dabei eine konstruktive Grundhaltung einnehmen. Keinen Schmusekurs einschlagen, aber eine grundsätzliche Wertschätzung entwickeln. Die Strategie ist, erst eine Beziehung aufzubauen und auf dieser Basis den Wandel zu gestalten. Je stärker ich in eine Auseinandersetzung gehe und auch Kritik ausdrücke, desto näher sollte ich der Person sein. Ganz besonders dann, wenn ich mich von einem Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin trennen muss, hat er oder sie in dieser kritischen Phase meine ganze Zuwendung verdient. Die meisten machen es genau umgekehrt. Sie konfrontieren lieber aus der Distanz.

### **Was sind die wichtigsten Schritte für eine neue Chefarztposition?**

**RöhrBen:** Es empfiehlt sich, einen klaren Leitfaden für sehr intensive Einzelgespräche zu entwickeln. Diese sollten nicht zu schematisch verlaufen, aber schon bestimmte Dimensionen abfragen: Was sind Ihre Bedürfnisse? Welche Förderung wünschen Sie sich für die persönliche Entwicklung? Was ist bislang zu kurz gekommen? Wo sind die zentralen Baustellen? Wie gut ist die Zusammenarbeit mit der Pflege oder anderen Disziplinen? Das alles in möglichst vertrauensvollen Gesprächen zu erforschen in denen man eine entspannte Grundatmosphäre schafft, ist für mich das A und O am Anfang. Daraus entsteht eine Landkarte der Klinik und der Kultur, die man sich möglichst schnell erarbeiten sollte.

### **Helfen auch einfache Gesten wie gemeinsames Teamessen?**

**RöhrBen:** Bestimmte Rituale, wie mal ein Frühstück ausgeben, vielleicht sogar ein Lunchmeeting einzubauen oder manche Besprechungen mit Kaffee und Kuchen zu gestalten, sind okay, aber am Ende kommts doch immer aufs Zuhören an. Dass das Team merkt, dass man es wahrnimmt, seine Interessen versteht und in kleinen Schritten signalisiert, konkrete Punkte werden wirklich angegangen. Das ist viel wichtiger als nette Gesten.

### **Schweben Chefärztinnen und -ärzte nicht über den Dingen?**

**RöhrBen:** Diese Zeiten sind vorbei, selbst wenn manche das noch meinen. Auch wer es dorthin geschafft hat, muss sich in das Umfeld integrieren, um es dann schrittweise zu verändern. Darüber hinaus unterschätzen junge Aufsteiger oft komplett, dass sie heutzutage als wichtigen Partner die Geschäftsleitung haben. Diese Beziehung nach ganz oben ist existenziell. Denn von ihr hängt ab, ob Ihr Stellenplan ausreichend ist, genug OP-Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden oder in bestimmte Geräte investiert wird, die Sie brauchen, um ihre Leistungen zu erbringen.

### **Kann der Einstieg auch schief gehen?**

**RöhrBen:** Und ob. Ich erinnere an einen neuen Chefarzt, der nicht merkte, dass er einen ganz starken Rivalen hatte, der um seine Alpha-Position im Haus fürchtete. Dieser Chefarzt-Kollege pflegte oberfläch-

lich einen sehr persönlichen Umgang mit ihm – so machten sie Sport zusammen – aber letztendlich sorgte „der Alte“ dafür, dass „der Neue“ geschasst wurde. Da war in der Probezeit bereits Schluss. Und ich erinnere mich an einen Fall, in dem die Oberarzttruppe den Chefarzt von Anfang an als sozial inkompetenten Fremdkörper angesehen hatte. Es gab mehrere Lösungsversuche, die aber alle scheiterten. Manchmal kommt es zu solchen Querelen um Machtpositionen, die man kaum durchblickt. Insgesamt aber existieren drei große Hürden: das Verhältnis zur Geschäftsführung, Grabenkriege mit anderen Disziplinen und dass sich die Oberärzte in Gruppen abwenden – vor allem, wenn all dies nicht offen ausgetragen wird.

### Wie lange dauert es, bis ich angekommen bin?

**Röhrßen:** Oberärztinnen und Oberärzte benötigen dafür meist nur einige Wochen. Anders beim nächsten Sprung. Bis Chefärztinnen und -ärzte wirklich verankert sind, das Vertrauen gewachsen ist, man geprüft und der eigene Ansatz verstanden wurde, braucht es meiner Meinung nach rund ein Jahr. Das unterschätzen viele, die frisch aus der Oberarzt-Rolle kommen. Es gilt, den Überblick über die Gesamtsituation der Klinik zu bekommen, ebenso ins Umfeld zu den Einweiskern, und sich als klinische Marke zu profilieren. Das ist eine ganz neue Anforderung, auch in punkto Selbst-Präsentation und Netzwerkarbeit.

### Wie kann ich mich für den Kaminaufstieg rüsten? Ihr Tipp zum Schluss?

**Röhrßen:** Mehr über den Umgang mit Menschen lernen. Das stelle ich seit 30 Jahren bei allen meinen Trainings fest. Es ist wichtig, sich

im Klaren zu sein, was man ausstrahlt und auslöst. Neue Oberärztinnen und Oberärzte sollten sich vor allem mit ihrer «Sandwichposition» zwischen Chef und Team intensiv auseinandersetzen. Angewandte Chefärztinnen und Chefärzte müssen ein recht umfassendes Einstiegsprogramm entwickeln: Gespräche mit der Geschäftsführung, den Chefarztkollegen, der Pflegedirektion, dem Team, den Einweiskern usw. Sie können zur Vorbereitung die Geschäftsführung um die Finanzierung eines Coachings bitten. Am besten als Präventivmaßnahme, vor dem ersten Tag in der Klinik, nachdem man den Vertrag unterschrieben hat. Viele Häuser unterstützen das mittlerweile. Dann ist das transparent, alle wissen Bescheid und man hat einen klaren Fahrplan für den Einstieg.

Erstveröffentlichung in: Beruf Arzt, 08.02.2023, Gerti Keller



© privat

### Der Experte

Thomas Röhrßen ist Psychologe und Psychotherapeut, Karriereberater und Bewerbungscoach für Ärzte. Seit 30 Jahren begleitet er Kliniken, Ober- und Chefärzte. 2021 veröffentlichte er mit dem Co-Autor Dietmar Stephan das Buch «Leadership Performance Krankenhaus. Die Praxis der Führung für Ärztinnen und Ärzte» bei MWV.

Mehr Infos: [www.roehrsen-consult.de](http://www.roehrsen-consult.de)

## Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)

### Bei moderater bis schwerer Neurodermitis verbessern Biologika und JAK-Hemmer die Therapie

Atopische Dermatitis (Neurodermitis) ist eine verbreitete chronische Hautkrankheit mit starkem Einfluss auf die Lebensqualität der Erkrankten. Diagnostik und Therapie sind komplex. Bei moderaten bis schweren Formen, die mit topischer Therapie allein nicht zu behandeln sind, stellen moderne Systemtherapien mit Biologika und JAK-Hemmern einen deutlichen Fortschritt für die Behandlung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen dar. Einen aktuellen Überblick zu Diagnose und Therapie gibt die unter der Federführung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft e. V. (DDG) entstandene Leitlinie «Atopische Dermatitis», an deren Erstellung zahlreiche medizinische Verbände und Selbsthilfeorganisationen beteiligt waren.

«Die Neurodermitis schränkt die Lebensqualität stark ein, betrifft viele Alltagsbereiche und geht häufig mit einer Stigmatisierung der Betroffenen einher», sagt Prof. Dr. med. Thomas Werfel, Direktor der Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie an der Medizinischen Hochschule Hannover und Mitglied im Vorstand der DDG.

Eine Aktualisierung der S2k-Leitlinie zur Neurodermitis aus 2016 war dringend notwendig, da neue medikamentöse Behandlungsopti-

onen das Management der Erkrankung verändert haben. Im Bereich der Systemtherapie führt der Einsatz von Biologika und JAK-Inhibitoren zur Therapie der moderaten bis schweren AD zu Behandlungserfolgen, was zusammen mit verschiedenen Indikationserweiterungen in der Leitlinie thematisiert wird. «Das Leitlinien-Update im Jahr 2020 zum speziellen Aspekt der Systemtherapie war übergangsweise Hilfe und Orientierung. Jetzt konnten wir die Leitlinie auf S3-Niveau anheben, da wir einen größeren Teil der aufwändigen methodischen Vorarbeiten aus der kürzlich finalisierten europäischen Leitlinie übernehmen konnten», erklärt Werfel.

Der hohe Stellenwert der topischen Behandlung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Neurodermitis wird in der Leitlinie differenziert dargestellt und bewertet. Es bleibt bei den meisten Patientinnen und Patienten dabei, dass die Lokalthherapie zusammen mit der Basistherapie die wichtigsten Bausteine für das Management der Erkrankung sind.

Ist die AD schwerer ausgeprägt, können die in den letzten Jahren zugelassenen Systemtherapien bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen eingesetzt werden. Die neueren Systemtherapeutika

werden im Detail bewertet. Die Expertinnen und Experten sind sich einig: Da diese Therapeutika gut wirken und die Lebensqualität der Betroffenen deutlich erhöhen, sollten sie ihnen nach genauer Prüfung der Indikation nicht vorenthalten werden.

«Wichtig war dem interdisziplinär zusammengesetzten Leitlinien-Gremium, auch die nicht medikamentösen Verfahren inklusive Psychotherapie und Schulungsprogramme zu bewerten», hebt Priv.-Doz. Dr. med. Annice Heratizadeh, Oberärztin an der Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie an der Medizinische Hochschule Hannover und Leiterin des Neurodermitis-Schulungsteam, hervor. Psychoedukative Programme mit nachgewiesener Wirksamkeit wie z. B. die Schulungsprogramme AGNES (für Eltern AD-kranker Kinder, erkrankte Kinder selbst und für Jugendliche mit AD) sowie ARNE (für Erwachsene) werden ausdrücklich empfohlen.

Neu in der Leitlinie ist die Unterscheidung zwischen der allgemeinen Diagnostik zur Sicherung der Diagnose Neurodermitis und der Diagnostik individueller Triggerfaktoren inklusive allergologischer Auslöser und berufsdermatologischer Aspekte, was im Management der Erkrankung nach wie vor nicht vernachlässigt werden darf. Prof. Dr. med. Hagen Ott, Chefarzt der Pädiatrischen Dermatologie und Allergologie am Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT in Hannover, betont, dass es weder im Kindesalter noch bei Erwachsenen einen «Königsweg» im Umgang mit vermuteten Auslösefaktoren der Erkrankung gibt. Dazu muss man wissen, dass Nahrungsmittelallergien bei Kindern mit moderater bis schwerer AD deutlich häufiger sind als in der Allgemeinbevölkerung und bei 15 bis 40 % der Patientinnen und Patienten vorkommen. Die Komorbidität ist mit dem Schweregrad der AD assoziiert. «Die Triggerfaktoren müssen individuell identifiziert werden, bevor konkrete

Empfehlungen etwa zu Diäten ausgesprochen werden», so Ott, der die Leitlinie zusammen mit Werfel koordinierte. Eine sogenannte Eliminationsdiät könne hilfreich sein. «Die Zahl unnötiger Diäten muss aber reduziert werden, da mit ihnen immer auch die Gefahr der Fehlernährung und emotionale Belastungen einhergehen», mahnt der Kinder- und Hautarzt.

Im Anhang der Leitlinie finden sich praxisorientierte Checklisten, die für jedes Alter konsentiert wurden und für die Einschätzung der Schwere der Erkrankung und der Indikation für eine Systemtherapie hilfreich sind. Die Tabellen zeigen die allgemeinen Empfehlungen (inklusive Empfehlungsgrad) zur topischen sowie zu antiinflammatorischen, systemischen Langzeittherapie.

Die aktualisierte Leitlinie soll Ärztinnen und Ärzte bestmöglich bei der Behandlung von AD-Patientinnen und -Patienten unterstützen. Hilfreich ist dabei zudem die von der Division of Evidence based Medicine (dEBM) erstellte Kurzpräsentation der Leitlinie, die als Schulungsmaterial in Mittagsvisiten, Qualitätszirkeln oder bei sonstigen Weiterbildungen eingesetzt werden kann.

## Literatur

- S3-Leitlinie «Atopische Dermatitis» (AWMF-Registernr. 013-027) (2023) verfügbar unter: [https://derma.de/leitlinien/detail?tx\\_news\\_pi1%5Baction%5D=detail&tx\\_news\\_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx\\_news\\_pi1%5Bnews%5D=5206&cHash=7f5cc0e9763b672432aba4df0c9394b1](https://derma.de/leitlinien/detail?tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Bnews%5D=5206&cHash=7f5cc0e9763b672432aba4df0c9394b1)
- S3-Leitlinie «Atopische Dermatitis» in Kurzform (<https://derma.de/ddg/login/geschuetzter-bereich/leitlinien-handouts>) im DDG-Mitgliederbereich.
- Wollenberg, A et al.: European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema – part I - systemic therapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022 Sep;36(9):1409-1431. doi: 10.1111/jdv.18345. PMID: 35980214.
- Wollenberg, A et al.: European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema – part II: non-systemic treatments and treatment recommendations for special AE patient populations. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022 Nov;36(11):1904-1926. doi: 10.1111/jdv.18429.