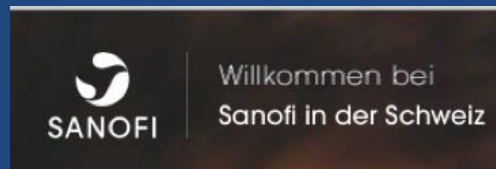


Derma-Kränzli 2021

- Mitglieder
- Mitteilungen der AAV
- Mitteilungen SGD / AAV / EPD
- News (Derma Update 2021)

Mit freundlicher Unterstützung von



N ^o	Name	Arztrolle	Zusatz
1	Balazs, Anna Hoffenza	Frau	
2	Beitram, Felix	Herr Dr. med.	Skinmed AG
3	Beyeler, Mirjam	Frau Dr. med.	
4	Boudry, Clara	Frau	
5	Cappeler, Sebastian	Herr Dr. med.	Praxis Dr. RW D
6	Chamwongpong, Akwat	Herr	
7	Conrad, Samuel	Herr Dr.	Dermatologie am Bahnhofplatz
8	Donath, Monika Anyris	Frau	Allergie und Hautpraxis Brugg
9	Fischer, Maja	Frau Dr.	
10	Freund, Suzanne	Frau Dr. med.	Dermatologische Praxis Lenzburg
11	Gamy, Harald	Herr Dr. med.	
12	Gisch, Myriam	Frau Dr. med.	
13	Gylerstein, Thomas	Herr Dr. med.	Dermatologische Praxis Zolingen
14	Haag, Erwin	Herr Dr. med.	
15	Hahn, Gill	Frau Dr.	
16	Hauschild, Torsten	Herr Dr. med.	Kurzentrums Rheinfelden Holding AG
17	Hofer, Thomas	Herr Dr. med.	Praxisen Gemeinschaft Winkeltal
18	Horzika, Andrea	Frau Dr.	
19	Huggel, Hanspeter	Herr Dr. med.	
20	Hueyler, Toni	Herr Dr. med.	
21	Kamland Lang, Kristin	Frau Dr. med.	
22	Koch, Simon	Herr	
23	Kotliarska, Orestia	Herr	Ärkte an der Rezza
24	Kuster, Michèle	Frau Dr. med.	
25	Probst, Charlotte	Frau Dr. med.	
26	Raschi, Robin	Frau Dr. med.	
27	Schweigger, E. Paul	Herr Dr. med.	
28	Schmid, Regula	Frau Dr. med.	
29	Schönberg von Arx, Barbara	Frau Dr. med.	
30	Schwegler, Simon	Frau Dr.	
31	Shariel, Zari	Frau	
32	Sonntag, Anna-Katharina	Frau Dr.	Kantonsspital Aarau AG
33	Strohl, Beat	Herr Dr. med.	
34	Streit, Markus	Herr Dr. med.	Kantonsspital Aarau AG
35	Toussaint Jodivick, Minda	Frau	Venastem AG
36	Vida, Sabine	Frau Dr. med.	VIDAMED Center
37	von Schmiedeberg, Shelko	Herr Dr.	
38	von Schulthess Zorica, Anna	Frau Dr. med.	
39	Walther, Matthias	Herr Dr. med.	

MÜSSEN A

In der Schweiz könnte es bald zu einer grundlegenden Veränderung im Gesundheitswesen kommen. Das Parlament diskutiert über Globalbudgets für Hausärzte. Es wäre eine Rationierung der medizinischen Versorgung durch die Hintertür – und vermutlich ein Verfassungsbruch. **Von Birgit Voigt**

V
die Spital
betriebswe
fanden, er
es ist die
facto. Mit
Naturkata
Tiere: d
Crasse: d
künstl. w
Biber
kürzte es
besten D

Reformen im Schweizer Gesundheitswesen

Neuerungen dämpfen den Anstieg der Kosten

Anders als von vielen Politikern dargestellt, hat das Gesundheitswesen in den letzten Jahren schon eine Reihe von tiefgreifenden Reformen erfahren. Sie haben zu klaren Verbesserungen bei den Kosten geführt. Hier die Zusammenfassung, was geschah und noch in der Pipeline steckt.

2012 startet die Einführung von fallbezogenen Pauschalen für Schweizer Spitäler. Der Effekt: Lange Aufenthalte und überflüssige Behandlungen im stationären Bereich lohnen sich für die Spitäler nicht mehr.

2015 wird das Prinzip «Ambulant vor stationär» etabliert. Die Idee dahinter: Viele Behandlungen können ambulant massiv günstiger durchgeführt werden als hospitalisiert. Da die Kantone die Vorgaben nur sehr schleppend umsetzen, verfügt der Bund ab 2019 in sechs Therapiebereichen die Durchsetzung des Prinzips. Bei konsequenter Anwendung könnten jährlich Kosten von einer Milliarde Franken vermieden werden.

2020/2021 hat das Parlament den ersten Teil des Kostendämpfungspakets I verabschiedet. Damit erhalten die Kantone dauerhaft die Möglichkeit, die Zahl der Ärzte im ambulanten Bereich zu begrenzen.

Dazu gilt neu auch ein sogenannter Qualitätsartikel, der die medizinischen Leistungen im ambulanten Bereich verbessern helfen soll. Die Versicherungen könnten theoretisch Ärzte, die systematisch sehr teuer behandeln, sanktionieren.



Aargauer Ärzteverband

9.2 Elektronisches Patientendossier (epd)

Der AAV hat den Vertrag für die Zusammenarbeit bezüglich einer Mitgliedschaft für die Ärzte mit der STeHAG unterzeichnet und wird diesen während der Laufdauer für die Jahre 2021/2022 finanzieren. Seit 1. Juli 2021 ist es unseren Mitgliedern somit möglich, dem epd gratis beizutreten. 20 Arztpraxen sind seither beigetreten, 10 weitere sind an einem Beitritt interessiert. Viel läuft nicht, es stehen viele Probleme in der Umsetzung an, aber der Druck hat etwas abgenommen und die Presse lässt die Ärzteschaft in Ruhe.

Sales CloudTrust  

RE: Update Your Account, war leider zu spät dran

Art: E. Paul Scheidegger

 Eingang -



Aargauischer Ärzteverband

Sehr geehrter Herr Scheidegger,

Wir haben Ihnen eine E-Mail geschickt, um mit der Registrierung Ihrer Identitäten fortzufahren. Leider war die Frist für die Beantwortung dieser E-Mail für die meisten von Ihnen

Wir empfehlen Ihnen daher, die Anmeldungen in aller Ruhe über das Formular auf <https://register.trustid.ch/healthid> vorzunehmen.

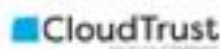
Wir senden Ihnen auch eine aktualisierte Version des Handbuchs zu, die in Kapitel 5 das Verfahren zur Videoidentifizierung enthält.

Die Anmeldung über HealthID wird ab Donnerstagabend, 21. Oktober, in Ihrer Stammgemeinschaft verfügbar sein.

Mit freundlichen Grüßen,

CloudTrust

CloudTrust Sales



CloudTrust SA | www.cloudtrust.swiss

Av de la Harpe 22-24 | CP 501 | 1001 Lausanne

sales@cloudtrust.swiss | Phone : +41 21 613 21 11

This message may contain confidential and/or privileged information. If you are neither the addressee nor authorized to receive this for the addressee, you must not use, copy, disclose or take any action based on this message or any information herein. If you have received this message in error, please contact the sender and delete this message. Thank you.



6. Tarif/TARDOC

[Präsident] Dr. Jürg Lareida führt zum aktuellen Stand aus. Im Kanton steckt das Festsetzungsverfahren weiterhin fest. Er erwähnt, dass wir bereits seit 2012 in der kantonalen Festsetzung sind und es wird nach wie vor um die Akteneinsicht gestritten. Der Entscheid des Regierungsrates über das weitere Vorgehen ist noch ausstehend, jedoch bald damit zu rechnen.

Der TARDOC wurde vom Bund als prinzipiell genehmigungsfähig erachtet, jedoch mit folgenden Auflagen. Alle Leistungserbringen müssen an einen Tisch gebracht werden, die Verlängerung der Kostenneutralität, Einwände gegen Referenzeinkommen, Vereinfachung der Tarifstruktur (Pauschalen). Der Entscheid dazu ist Ende dieses Jahres zu erwarten. Wir gehen davon aus, dass der Bund den TARDOC auf 2023 einführen will.



Aargauerischer Ärzteverband

6.2 Update Bund

Dr. Jürg Lareida / Präsident

Status Quo Bund

Tardoc wurde vom Bund als prinzipiell genehmigungsfähig erachtet. Es wurden jedoch Auflagen gemacht:

- Alle Leistungserbringer am Tisch
- Verlängerung der Kostenneutralität
- Einwände gegen Referenzeinkommen
- Vereinfachung der Tarifstruktur (Pauschalen)

Der Entscheid sollte Ende Jahr gefällt werden.

Die neuen Qualitätslabel der SGDv

Tobias



Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit)

«Ferner wird die systematische Überwachung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen und die damit verbundene Datenlieferungspflicht der Leistungserbringer durch den am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Artikel 22aKVG geregelt.»



QM-Zertifizierungen in der Arztpraxis werden mittelfristig gesetzlich verankert und eine Leistungsvergütung im KVG wird daran gebunden werden



Es entsteht ein neuer Markt für Beratungsfirmen, die Arztpraxen gegen teure Bezahlung zertifizieren (Preis aktuell bei freiwilliger Zertifizierung (quam bereits 6500.-, in Deutschland wurden Zertifizierungen nach gesetzlicher Pflicht 10X teurer als sie zuvor waren)

Art. 58a KVG – Qualitätsvertrag

- Geltungsbereich: Der Qualitätsvertrag ist für alle zugelassenen Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. a KVG sowie alle ambulanten Einrichtungen nach Art. 35 Abs. 2 lit. n KVG gültig.
- Zentrale offene Punkte
 - Kosten und Finanzierung der Umsetzung des Art. 58 KVG
 - Kosten für die Messungen und Umsetzung zusätzlicher Massnahmen sind den LE zu vergüten
 - Veröffentlichung der Qualitätsmessungen
 - Keine Veröffentlichung von Ergebnisse auf Ebene des einzelnen Leistungserbringer – nur aggregierte und anonymisierte Veröffentlichungen

Weiteres Vorgehen

- Mitte Oktober 2021: Start Vernehmlassung Q-Konzept bei den in der Ärztekammer angeschlossenen Ärzteorganisationen
- Januar 2022: Verabschiedung Konzept und Vertrag z.H. der Delegiertenversammlung
- Februar 2022: Entscheid DV-FMH
- 01.04.2022: Eingabe Vertrag und Konzept beim Bundesrat zur Genehmigung

Am 24.09.2021 um 10:42 schrieb Dr. Tobias Plaza <t.plaza@hin.ch>:

Lieber Paul,

ich sitze gerade daran. Das Label wird es wahrscheinlich ab Anfang 2022 geben. Folgende Kriterien werden (ebenfalls wahrscheinlich, es ist noch nicht endgültig abgesegnet) zwingend erfüllt sein, um das Label zu erhalten:

1. Die Praxis gewährleistet die regelmässige Wartung der wartungspflichtigen Ausstattung mittels eines Verfahrens (Laser, Elektrokauter, UV-Kabine etc)
2. Die Praxis hat ein Verfahren zum Umgang mit kritischen Ereignissen und meldet diese auf der Homepage der SGDV (Meldeformular wird auch für die neue Homepage programmiert)
3. Es existiert ein Notfallkoffer mit Inventarliste, in dem die Notfallmedikamente nicht abgelaufen sind
4. Die Mehrzahl der Mitarbeitenden der Praxis haben in den letzten 24 Monaten an einer Schulung zum akuten medizinischen Notfall teilgenommen
5. Die Praxis verfügt über ein Konzept zur Hygiene und Arbeitssicherheit, welches unter anderem die Entsorgung spitzer Abfälle, infektiösen Materials und von Sonderabfällen regelt
6. Es ist eine Liste mit den von der Praxis verwendeten (und von der SGDV empfohlenen) Leitlinien für Diagnose und Behandlung vorhanden und der Arzt oder die Ärztin kann auf Nachfrage hin erläutern, welche typischen Patientenpfade aufgrund der aktuellen Leitlinien Anwendung finden?
7. Das gesamte Praxisteam führt regelmässig protokollierte Teamsitzungen durch
8. Die Praxis bewahrt Medikamente sicher vor Patienten und Kindern auf. Die Praxis lagert Medikamente, die dem Betäubungsmittelgesetz unterstehen in einem verschlossenen, unverrückbaren Schrank
9. Die Praxis verfügt über ein Datenschutzkonzept und stellt sicher, dass in der Praxis keine Patientendaten von Dritten einsehbar sind
10. Dermatologische Operationen werden nur nach schriftlicher und mündlicher Aufklärung und unterschriebenem Einverständnis der Patienten durchgeführt
11. Bei Praxislabor/interner Mykologie: Die Praxis führt externe und interne Laborkontrollen nach Qualab durch (bei Vorliegen eines Praxislabors) und nimmt an externen Ringversuchen in der Mykologie teil/ verfügt über das Label QuaMyk der SGDV

Ich hoffe das hilft Dir für Deine Sitzung und die Planung weiter.



ARBEITS SICHERHEIT SCHWEIZ
Schweizerischer Verein
für Arbeitssicherheit und Gesundheitschutz

Home | Kontakt | Suche

[Verweis](#)
[Angebote](#)
[Magazin](#)
[Marktplatz](#)
[D](#)
[F](#)
[I](#)

Branchenlösung für Arztpraxen

Arbeitsicherheit Schweiz hat gemeinsam mit der FMH – dem Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte – ein Modulbuch „Ärztliche Praxis“ erarbeitet. Die [praxisorientierte Branchenlösung](#) unterstützt die Ärztinnen und Ärzte bei der Umsetzung von Arbeitssicherheit und Gesundheitschutz in ihrem Betrieb. Zudem steht mit unserem digitalen Tool PREVITAR ein ideales Hilfsmittel zur Verfügung, um das gesamte betriebliche Sicherheitsmanagement online und offline zu dokumentieren.

[Aktuelle Kurse](#)

Mitglied werden:

DERMA UPDATE 2021

15. Dermatologie-Update-Seminar

12. und 13. November 2021
Hotel Berlin Central District, Berlin

19. und 20. November 2021
Rheingoldhalle, Mainz

[Anmeldung](#)

[Programm](#)

[Auch als Livestream!](#)

Vorgehen bei COVID-19 Impfung

Worm et al, MMW Fortschr Med 2021;163:48-51

Vorgehen bei Covid-19-Impfung und Allergien

Impfung aus allergologischer Sicht aktuell unbedenklich

- Allergisches Asthma
- Allergische Rhinokonjunktivitis
- Atopisches Ekzem (Neurodermitis)
- Nahrungsmittelallergie
- Insektengiftallergie
- Allergisches Kontaktekzem
- Urtikaria
- Arzneimittelallergien in der Vorgeschichte

Impfung in erhöhter Risikobereitschaft bzw. vorüberige allergologische Abklärung

Anaphylaxie:

- nach früherer Impfung
- nach Medikamenteneinnahme bei bekannter Mastozytose
- unklarer Genese

Keine Impfung aus allergologischer Sicht empfohlen

Frühere schwere allergische Reaktion auf einen oder mehrere Inhaltsstoffe des Impfstoffes

Filler-Komplikationen

COVID-19/SARS-CoV-2 Virus Spike Protein

Munavalli et al., Arch Dermatol Res 2021 DOI 10.1007/s00403-021-02190-6

Fall 2: 51 Jahre, w.,
acht Tage nach
Teilnahme an
Vakzinierungsstudie
umfangreiche
Schwellungen an
Injektionsstellen



Sehverlust nach HA-Filler

Wibowo, Aesth Plast Surg 2019; 43:1337-1344



Filler-Komplikationen Akuter Gefäßverschluss

- Durch intravaskuläre Injektion
- Durch externe Gefäßkompression
- Besonders dramatisch: Verschluss der A. centralis retinae

Quelle: Philipp-Dormston WG.
Hautarzt 2018; 69:491-509 (24)



T. Dirschka
Wuppertal

Vorsitz:
M. Sticherling, Erlangen
T. Buhl, Göttingen

modu

State of the Art: Therapie der AD mit dem anti-IL-13-Antikörper Tralokinumab

Praktische Aspekte gem. Fachinformation 2021

Wirksamkeit von Tralokinumab im Vergleich zu Placebo bei AD (Kombinationstherapie mit topischen Steroiden)

Silverberg et al, Br J Dermatol 2021;184:450-63

Woche 16:

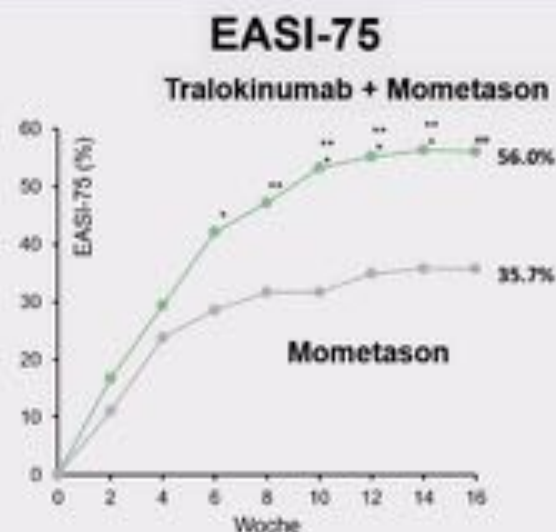
EASI-75 bei 56% nach Tralokinumab plus Mometason gegenüber 36% nach Mometason

Woche 32:

EASI-75 bei 93% der Responder nach 16 Wochen in der Gruppe, die Tralokinumab alle 2 Wochen weiterbekamen

EASI-75 bei 91% der Responder nach 16 Wochen in der Gruppe, die Tralokinumab alle 4 Wochen weiterbekamen

EASI-75 bei 56% der Non-Responder nach 16 Wochen



Zulassung von Tralokinumab „zur Behandlung milder bis schwerer AD bei Erwachsenen, systemische Therapie in Frage

uni 2021, d.h. als **First Line Therapie**

sis von 600 mg, danach 300 mg alle 2 über 16 Wochen subkutan

e 4 Wochen bei Therapieerfolg in der herapie „im Ermessen des Verschreibers“ h zugelassen

Systemtherapien bei AD und geplanter COVID-19-Impfung – Eine Empfehlung der European Task Force on AD (ETFAD)

Thyssen et al, J Eur Acad Dermatol Venereol 2021;35:e308-e311

Dupilumab (und Tralokinumab): Keine Therapieanpassung notwendig; Impfung möglichst „mittig“ zwischen zwei Injektionen, d.h. eine Woche nach Injektion

Immunsuppressiva: Während der Impfung in Abhängigkeit von der Klinik (Schweregrad, ggf. Komorbidität) pausieren, um die **Chancen auf ein optimales Ansprechen auf die Impfung zu erhöhen.**

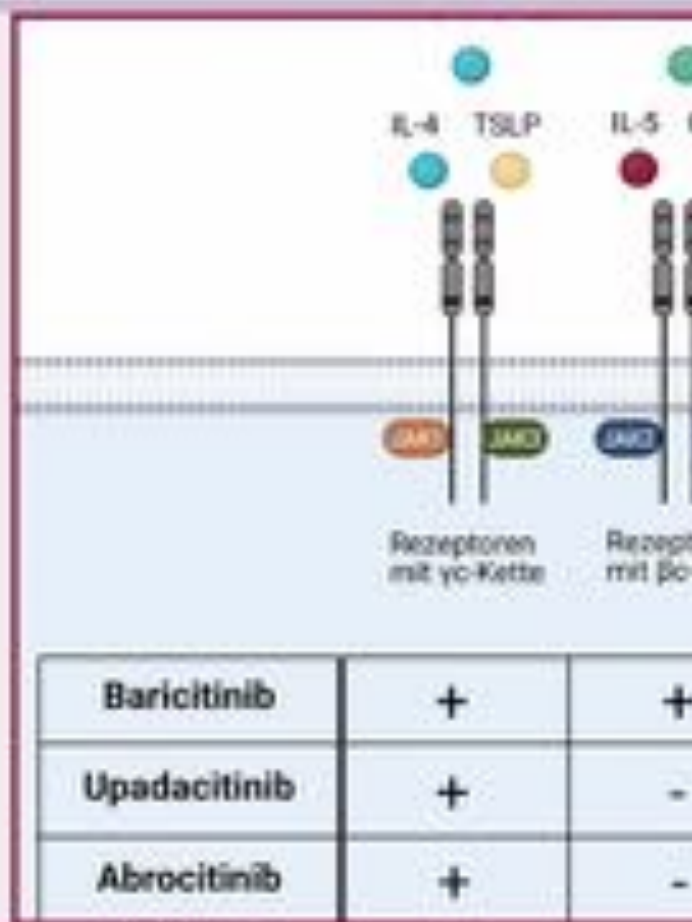
JAK-Inhibitoren und Ciclosporin: Vom Tag der Impfung bis eine Woche danach absetzen

MTX und Azathioprin: Therapiepause bis zu 2 Wochen empfohlen

Alternativ individuell niedrigste mögliche Dosis verwenden, z.B. 2,5 mg/kg/Tag Ciclosporin, 1 mg/kg/Tag Azathioprin oder 7,5 mg/ Woche MTX

Januskinase-Inhibitoren zur systemischen Behandlung der AD

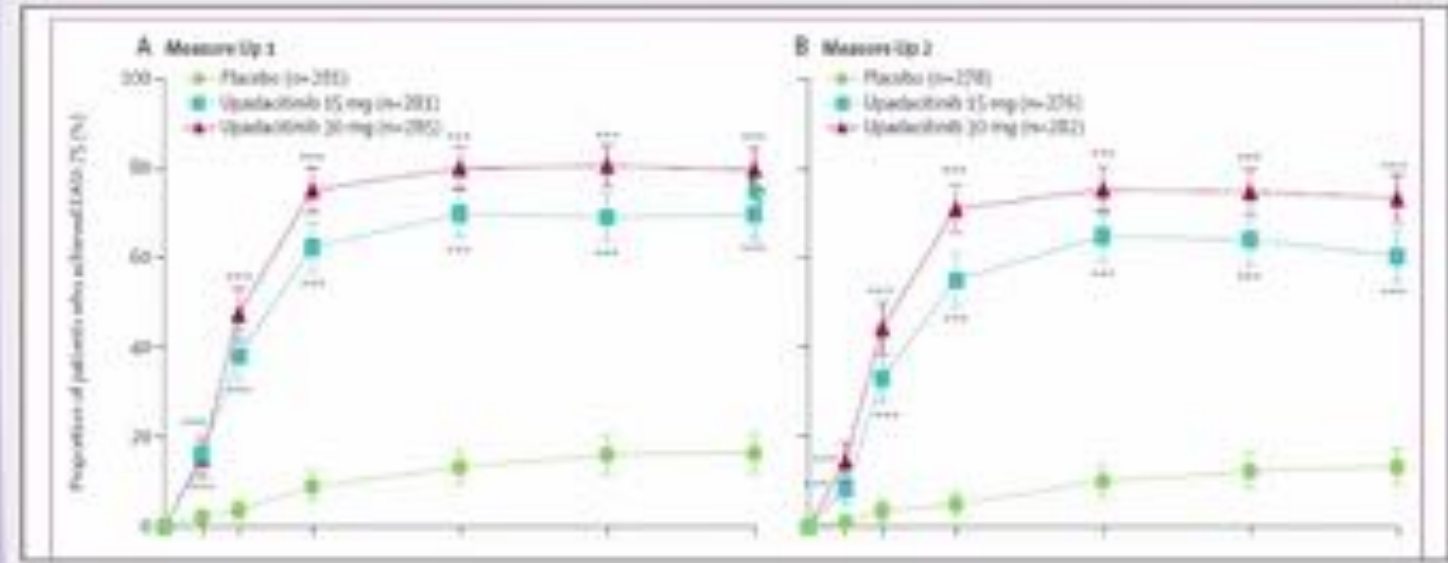
Traidl et al, Allergol



Upadacitinib: Wirksamkeit in kontrollierten Studien

Guttman-Yassky et al, Lancet 2021;397:2151-68;
Reich et al, Lancet 2021;397:2169-81

Upadacitinib (>1.700 Patienten) in Dosierungen von 15 mg, 30 mg bzw. zum Vergleich mit Placebo bei AD Patienten ab dem 12. LJ

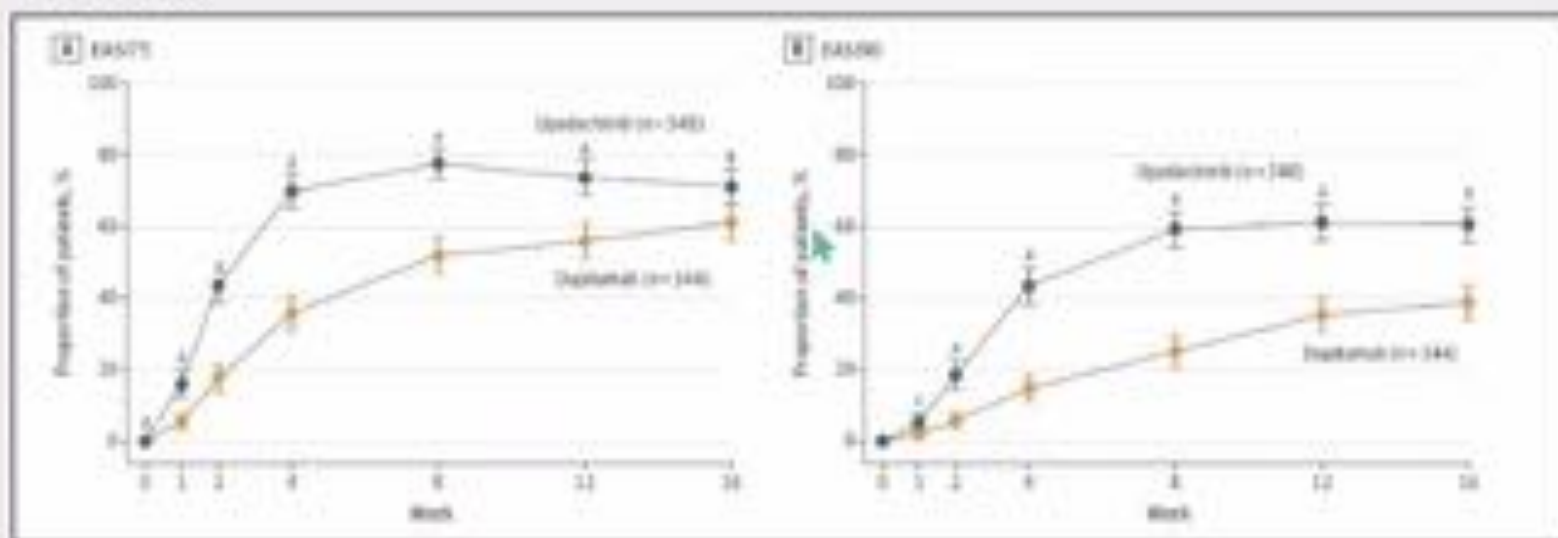


Keine höhere Wirksamkeit in Kombination mit topischen Steroiden

Upacitinib versus Dupilumab: Eine Head-to-Head-Studie

Blauvelt et al, JAMA Dermatol 2021;157:1047-55

30 mg Upadacitinib gegenüber Dupilumab in den ersten
Behandlungsmonaten überlegen; später Annäherung der
Wirksamkeitskurven (*Publikation erst nach Druck des Scripts
2021!*)



Erfahrungen aus der Rheumatologie und aus AD Zulassungsstudien mit Baricitinib

Erfahrungen aus der Rheumatologie:

Grundsätzlich gute Verträglichkeit

Cave Risikogruppen:

Reaktivierung von Infekten (Resp. Infekte, Tbc, H zoster, H simplex, andere Viren)

Selten: Tiefe Venenthrombosen, Lungenembolien

Zulassungsstudien atopische Dermatitis:

Keine signifikant häufigeren *schweren* NW, insbesondere
kein signifikanter Anstieg des Eczema herpeticatum

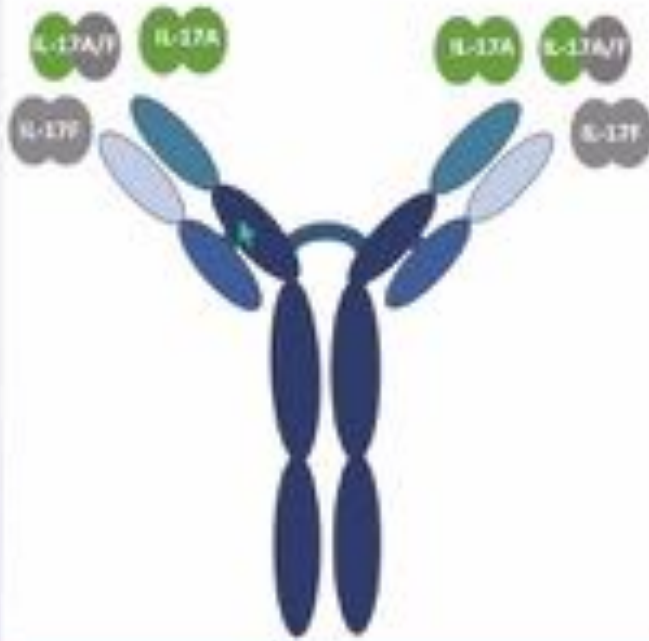
Asthma (A) / Urtikaria (U) / Neurodermitis (N)/*nicht in CH /CRS mit Polyposis (P)/GvHD (G)/eosinophile Oesophagitis(Oe)

Substanz	®	Zielstruktur
Omalizumab	Xolair (A,U,P*)	IgE
Mepolizumab	Nucala (A,Oe*)	IL-5
Benralizumab	Fasrena (A)	IL5-R
Dupilumab	Duxipent (A,N,P*)	IL4-R α
Tralokinumab*	Adtralza (N*)	IL-13
Baricitinib	Olumiant (N)	JAK1/JAK2
Upadaticinib*	Rinvoq (N*)	JAK1
Ruxolitinib	Jakavi (G)	JAK1/JAK2
Budesonid	Jorveza (Oe)	Steroid Rezeptor

Bimekizumab

Iznardo & Puig, *Ther Adv Chronic Dis* 2021;12:1-16

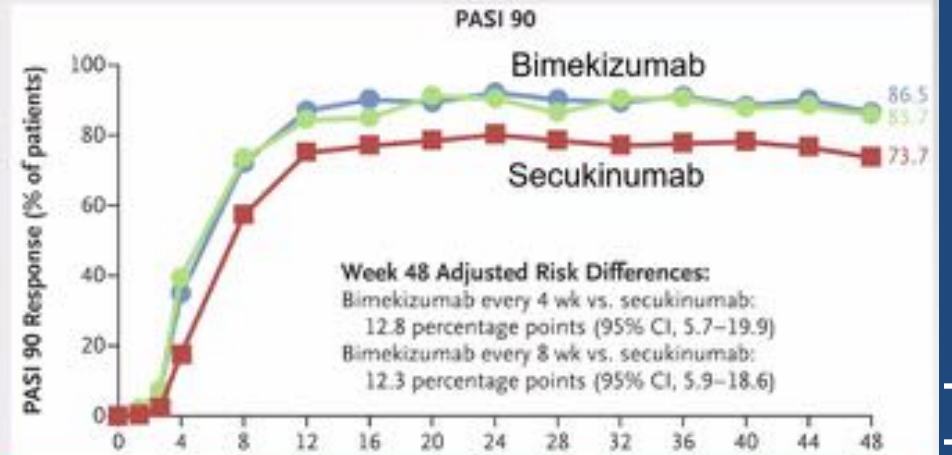
(a) Bimekizumab: dual specific IgG1 antibody



Zulassung
Dosierung
Spritze
12, 16,
Wochen

BE RADIANT: Vergleich zu Secukinumab

Reich et al, *N Engl J Med* 2021;385:142-52



BE RADIANT: Vergleich zu Secukinumab

Reich et al, N Engl J Med 2021;385:142-52

Besonderheiten Bimekizumab:

- Deutlich erhöhte Rate von Kandidainfektionen (oral)

– Bimekizumab-Gruppen	19,3%
– Secukinumab	3,0%

Fazit für Klinik und Praxis

- Secukinumab war bei hochgradig therapieresistenter Urtikaria wirksam.
- Systematische Studien fehlen

Bei Pso / Polyarthritits + Urtikaria ist Secukinumab möglicherweise zu bevorzugende Therapie

⊕ Psoriasis / Ps-Arthritis (A)/*in CH nicht verfügbar

Substanz	®	Zielstruktur
Adalimumab	Humira (A)	TNF α
Etanercept	Enbrel (A)	RTNF α
Golimumab	Simponi (nur A)	TNF α
Infliximab	Remicade (A)	TNF α
Certolizumab	Cimzia (A)	TNF α
Ustekinumab	Stelara	IL-12/-23 p40
Secukinumab	Cosentyx (A)	IL-17A
Ixekizumab	Taltz (A)	IL-17A
Brodalumab*	Kyntheum	IL-17RA
Bimekuzimab*	Bimzelx*	IL-17A/F
Guselkumab	Tremfya (A)	IL-23 (p19)
Tidrakizumab	Ilumetri	IL-23 (p19)
Risankizumab	Skyrizi	IL-23 (p19)
Ampremilast	Otelza (A)	PDE4
Dimethylfumarat	Skilerance	Thiolsystem/unbek

Melanom

Axel Hauschild, Kiel

COVID-19-Vakzinen: Zurück zu den onkologischen Wurzeln?

mRNA-Impfstoffe gegen SARS-CoV-2 könnten neue Krebsimmuntherapien beflügeln

Vielmehr spricht aktuell dafür, dass der erste in Deutschland verfügbare COVID-19-Impfstoff eine mRNA-Vakzine sein wird. Der Ansatz dahinter wurzelt auch in der Onkologie – und könnte dort neuen Aufwind bekommen.

Von World Science

München. Am 2. Dezember 2020 hat sich die EMA zum ersten Mal weltweit eine mRNA-Vakzine die Zulassung erteilt – als Notfallzulassung gegen COVID-19 in Großbritannien. Eine mögliche EU-weite Zulassung des von Moderna Unternehmen Biotech und dem US-Pharmakonzern Pfizer entwickelten Impfstoffs



In mehreren Ländern der Welt könnten bald mRNA-basierte Impfstoffe gegen COVID-19 verfügbar werden. Mit dieser können die Krebsvakzinenentwicklung beschleunigen. www.wissenschaft.de

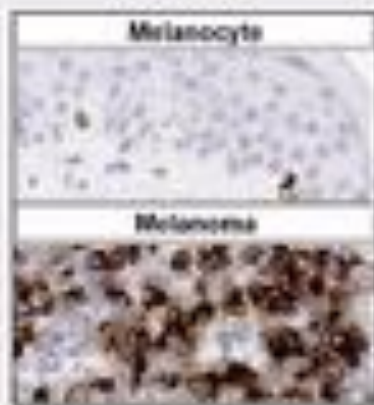
mRNA-Vakzine („FixVac“) beim metastasierten MM

Sahin et al., Nature. 2020;585:107-112

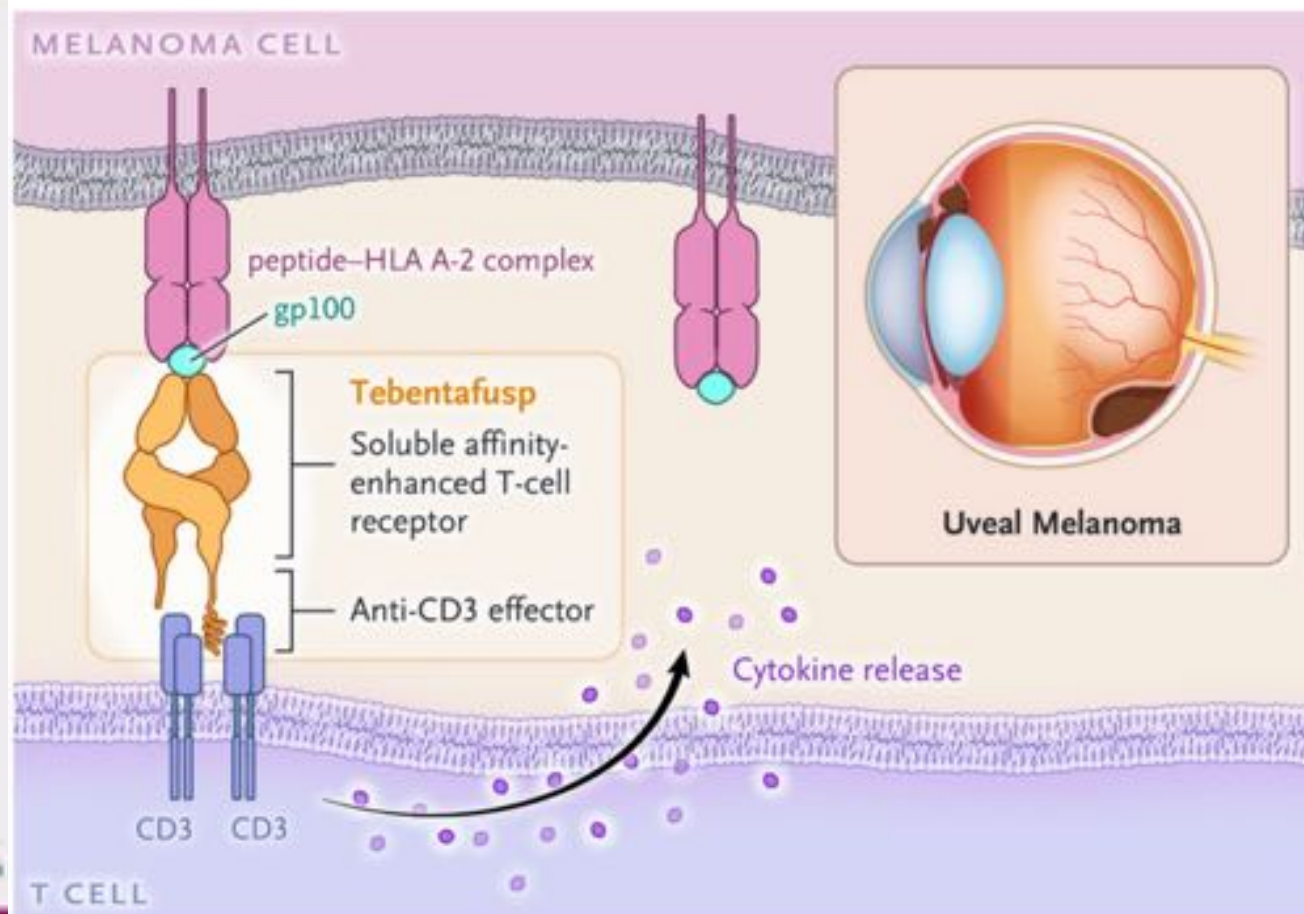
- Neue mRNA-Vakzine gerichtet gegen 4 MM-Antigene (NY-ESO-1, MAGE-3, Tyrosinase, TPTE) verpackt in liposomale Nanopartikel
- Phase 1-Dosiseskalationsstudie („Lipo-MERIT“)
- FixVac (BNT111)-Dosen von 7,2-400 µg wurden 6x wöchentlich, danach 2x 2-wöchentlich i.v. appliziert
- 89 fortgeschrittene (PD1-AK-refraktäre) Stad.IV-Pat. wurden behandelt + Biomarker-Analysen

Tebentafusp beim metastasierten okulären MM

Nathan et al., N Engl J Med 2021; 385:1196-1206

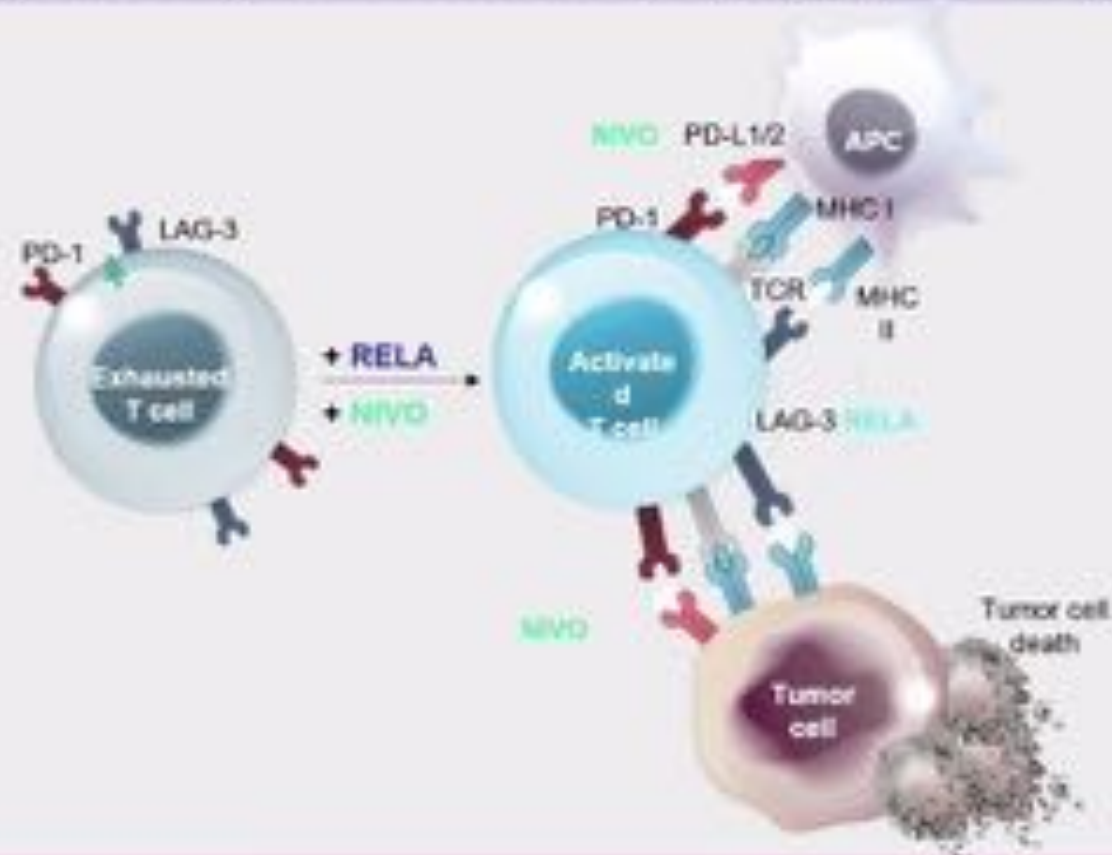


Tebentafusp = immune-modifying monoclonal T-cell receptors



Relatlimab (anti-LAG-3- Antikörper)-Zulassungsstudie

Lipson et al., J Clin Oncol. 2021;39:(suppl;abstr 9503)



+ Melanom (Auswahl)

Substanz	®	Zielstruktur
Ipilimumab	Yervoy	CTCL4
Nivolumab	Opdivo	PD-1
Pembrolizumab	Keytruda	PD-1
Vemurafenib	Zelboraf	BRAF
Dabrafenib	Tafinlar	BRAF
Trametinib	Mekinist	MEK
Relatlimab		anti-LAG-3
Tebentafusp		TCR-CD3 eff
BNT-111	FixVac	mRNA / 4 Ag



moulagen *museum*

der Universität Zürich und
des UniversitätsSpitals Zürich



SUBA-Itraconazol mit optimierter Bioverfügbarkeit

Nenoff et al. *J Fungi (Basel)* 2020;6:10.3390/jof6040207

People also ask

What is Suba itraconazole?

SUBA-Itraconazole (which stands for “**super bioavailability**”) is a patented formulation of itraconazole developed by Mayne Pharma, which is designed to improve the bioavailability of orally administered drugs that are poorly soluble.



besser resorbierbare Formulierung seit Juni 2015 zugelassen

SUBA-Itraconazol mit optimierter Bioverfügbarkeit

Nenoff et al, J Fungi (Basel) 2020;6:10.3390/jof6040207

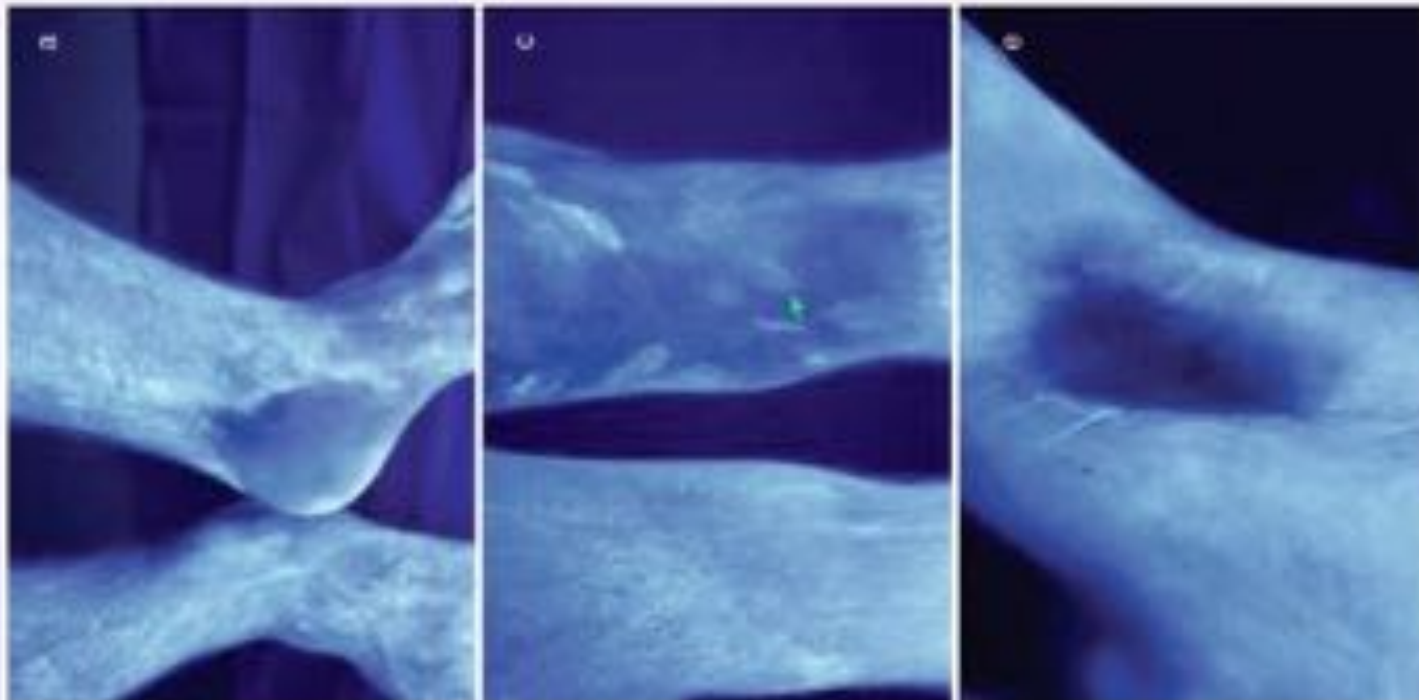
- Einbettung des Wirkstoffes Itraconazol in ein Polymer
- Dispersion mit erhöhter Bioverfügbarkeit
- Nahrungsmittel- und pH-Wert-unabhängige Einnahme
- Reduktion der inter- und intraindividuellen Schwankungen der Bioverfügbarkeit
- 50 mg SUBA-Itraconazol entspricht einer 100 mg Kapsel der herkömmlichen Itraconazol-Darreichungsform

Therapieresistenz der Skabies

Ges 2019;17:15-23

Lückenlos Eincremen ist gar nicht so einfach!

Nemecek et al, J Dtsch Dermatol Ges 2020;18:554-559



Verordnungen Resistenz?

unvollständige
Anwendung

verminderte Effektivität
gegen
Permethrin oder

anderen Antiskabiosa...

Fakten zu Ivermectin

Sunderkötter et al, J Dtsch Dermatol Ges 2019;17:15-23

Zulassung im Mai 2016 in Deutschland als Skabiestherapie 3 mg Tabletten, Nr. 4 mit derzeit zwei Anbietern: 71,55 €, 65,55 €

- Einmalgabe oral 200 µg/kg KG (mit Wiederholung nach 7-10 Tagen)
- Zwei Stunden vor, nach Einnahme keine Mahlzeit, da mit Nahrung Bioverfügbarkeit variabel
- Zulassung ab 15 kg KG: 1 Tbl, ≥ 80 kg 6 Tbl

Sicherheit bei Kindern

Levy et al, Br J Dermatol 2019;182:1003-1006

Ivermectin: 94-556 $\mu\text{g}/\text{kg}$ bei 170 Kinder, Alter: 1-64 Monate, KG: 4-14,5 kg (31 Kinder < 7,5 kg)

- Wiederholung bei 90%, follow-up 14 Tage
- 5 Patienten mit Ekzemverschlechterung
- Jeweils 1 Patient mit Erbrechen, Durchfall
- Abheilung signifikant assoziiert mit einer Ivermectin-Dosis von mehr als 200 $\mu\text{g}/\text{kg}$ KG und ein Intervall zwischen den zwei Einzeldosen von 8-10 Tagen

Sicherheit von IVM

Nicolas et al, Lancet Glob Health 2020;8:e92-e100
Jittimala et al, PLoS Negl Trop Dis 2021;15:e0009144

Metaanalyse 1.088 Kinder (4,0-14,9 kg)
82,8% (901/1.088) erhielten 2 Dosen von
201-300 µg/kg KG IVM bei Parasitosen

- 18 milde, selbstlimitierende Nebenwirkungen bei 1,4% der Kinder (15/1.088)
- Durchfälle (9,4%) und Ekzeme (9,5%)

Metaanalyse mit 899 Schwangerschaften
ohne erhöhtes Risiko für Anomalien, Tod-,
oder Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht

Langzeit-Rezidivraten von Interventionen

Steeb et al. *J Am Acad Dermatol.* 2021 Apr 16;S0190-9622(21)00815-X. doi: 10.1016/j.jaad.2021.04.017. Online ahead of print.

- Systematische Literaturrecherche analog zur Netzwerk-Meta-Analyse
- 7 Publikationen zu 9 RCT

Patienten-bezogene Rezidivraten \geq 12 Monaten:

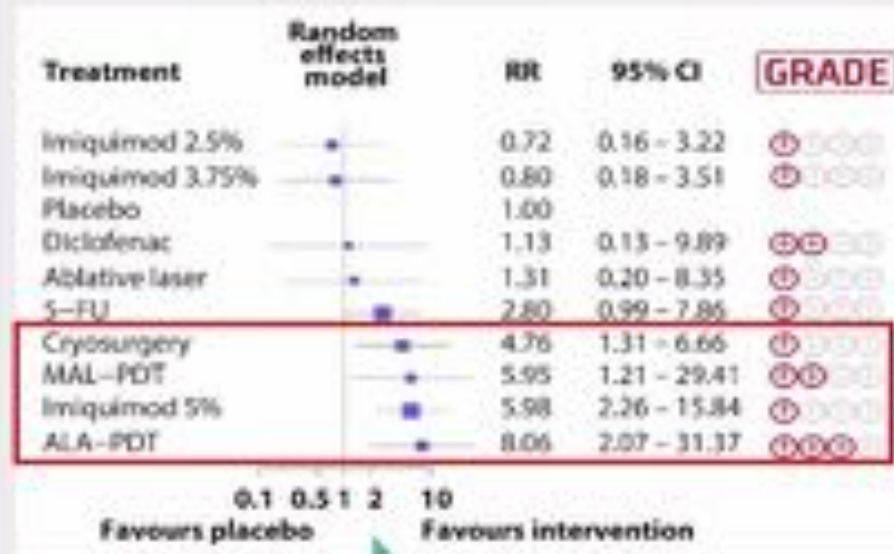
• Kryotherapie	39%
• ALA-PDT	39%
• Placebo	44%
• MAL-PD	45%
• Imiquimod	45%
• Ablativer Laser	54%
• 5-FU	52%
• Diclofenac	85%



Langzeiteffektivität von Interventionen

Steeb et al. JAMA Dermatol. 2021 Aug 4. doi: 10.1001/jamadermatol.2021.2779.

Online ahead of print.



**Beste Patienten-
bezogene Abheilungs-
raten im Vergleich zu
Placebo ≥ 12 Monaten:**

ALA-PDT: RR 8,06
Imiquimod: RR 5,98
MAL-PDT: RR 5,95
Kryotherapie: RR 4,76

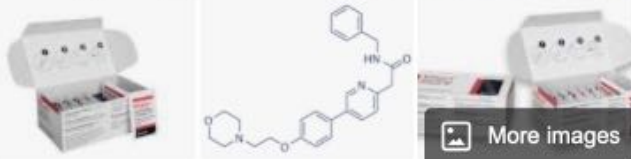
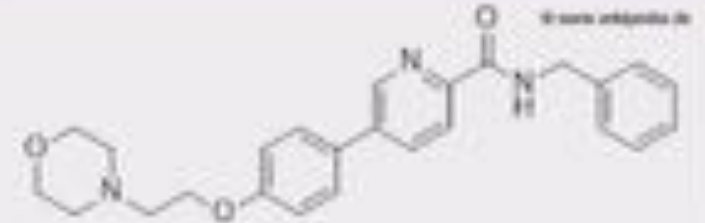


**Beste Läsions-bezogene Abheilungsrate ≥
12 Monaten ebenfalls ALA-PDT (RR 5,08)**

Neuer Wirkstoff: Tirbanibulin

Hintergrund:

- =KX2-391
- **Mitosehemmer**
 - Bindet selektiv an α - und β -Tubulin
 - Hemmung der **Tubulin-Polymerisation**
 - Hemmung des **Src-Protein-Tyrosinkinase-Signalwegs**
 - **Src in AK vermehrt exprimiert** → mögliche Rolle bei der Progression zum cSCC



Tirbanibulin



Neuer Wirkstoff: Tirbanibulin

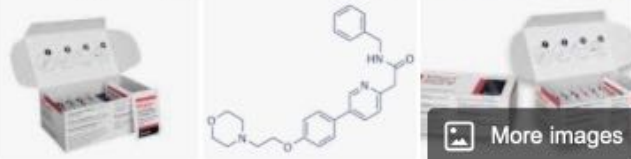
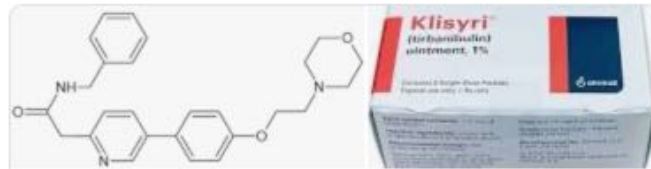
Blauvelt et al. *N Engl J Med.* 2021;384:512-20.

Zulassung der Europäischen
Kommission im Juli 2021

APPROVED

Anwendung:

Tirbanibulin-Salbe sollte über einen Behandlungszyklus von **5 aufeinanderfolgenden Tagen einmal täglich** auf das Behandlungsareal im **Gesicht** oder auf der **Kopfhaut** aufgetragen werden. Die Salbe sollte in einer **dünnen Schicht** auf das Behandlungsareal mit einer Fläche **bis 25 cm²** appliziert werden.



Tirbanibulin



State of the Art Plattenepithelkarzinom

Patienten mit **metastasiertem / lokal fortgeschrittenem cSCC** ohne kurative Option/
Bestrahlung:

Erstlinie

Immuncheckpoint-
Inhibition mit
PD-1-Antikörpern

Zweitlinie

epidermale Wachstumsfaktor-
Rezeptor (EGFR)-Inhibitoren
(z.B. Cetuximab in Kombination mit
Chemotherapie/ Strahlentherapie)

Zugelassene ICI für die Systemtherapie des
fortgeschrittenen cSCC: **Cemiplimab (EU and USA)**
& **Pembrolizumab (nur USA)**

Pembrolizumab-Monotherapie beim fortgeschrittenen cSCC

Am 24.06.2020 FDA-Zulassung von PD1-Inhibitor Pembrolizumab zur Behandlung von rezidivierendem oder metastasiertem cSCC, welches nicht durch Chirurgie oder Bestrahlung heilbar ist.

Cemiplimab zur Therapie des lokal fortgeschrittenen und metastasierten BCC nach Hedgehog-Inhibition

Zulassung der Europäischen
Kommission im Juni 2021



Anwendung:

- Cemiplimab sollte **alle 3 Wochen bis zum Krankheitsprogress oder nichttolerierbarer Toxizität** als **intravenöse Infusion** über 30 min in der Dosierung **350 mg** verabreicht werden
- Keine Testung des Tumors auf **PD-L1-Expression** oder **Tumormutationslast vor Therapie** notwendig!

Basaliom (B) SSC (S)

Substanz	®	Zielstruktur
Vismodegib (B)	Erivedge	Hedgehog
Cemiplimab (B,S)	Libtayo	PD-1

Hot Topic: Pädiatrische Dermatologie

Hagen Ott, Hannover

The screenshot shows a web browser window with the URL [ihscoring.com](https://www.ihscoring.com). The page features a navigation menu with items like "MedSpace", "Hosting Website Cloud", "allergy", "General Infos", "banking", "allergy", "skin links", "Medical", and "login". A "Download PDF score" button is visible in the top left, and a language selector (UK) is in the top right. The main content area displays the "IHReS Infantile Hemangioma Referral Score" logo and the text "THE SCORE" above a video player icon. Below the video player, there is a form with the question "Anzahl der Hämangiome ≥ 5" and radio button options for "Ja" and "Nein". To the right, a diagram of a child's back shows the "Lumbosakral" region highlighted in yellow. The browser's address bar shows <https://www.ihscoring.com/de/>.

Wann muss an SWS gedacht werden?

Boos et al, J Am Acad Dermatol 2020;83:1110-7



- Beteiligung Stirnregion
- N=51/96 mit großem NF
- Hiervon n=21 mit SWS
 - 37% NF unilateral
 - 63% NF bilateral



- **Sensitivität 100%**
- **Spezifität 70%**

Wann muss an ein Glaukom gedacht werden?

Rujimethapass et al, *J Am Acad Dermatol* 2021;85:1194-200



- n=83 mit **fazialem NF**
- 18% Glaukom, hiervon...
 - Ca. 50% mit SWS
 - 100% „großer“ NF
 - 100% Beteiligung mind. eines Augenlides

5 klinische Kernfragen

Grothaus et al, Hautarzt.2017;68:796-802

- Kongenitale Manifestation?
- Ichthyosiforme Schuppung?
- Gedeihstörung?
- Rezidivierende Infektionen?
- Primär extrakutane Symptome?



**AAD/ILDS COVID-19 Dermatology Registry:
Spektrum assoziierter Exantheme**

Freeman et al, Dermatol Clin 2021;39:575-85

Exantheme bei 776 SARS CoV2-Infektionen:

22 % morbilliform

18 % Pernio-artig

16 % urtikariell

13 % makulös

11 % vesikulär

9,9 % papulo-squamös

6,4 % retiforme Purpura

COVID-19-Toes: Klinik & Histologie

Arkin et al, *J Invest Dermatol* 2021; S0022-202X(21)01351



Persistenz kutaner Veränderungen Daten aus dem COVID SKIN-Register

McMahon et al, *Lancet Infect Dis* 2021;21:313-4

Art der Hautveränderung	Mediane Dauer
Morbilliform	7 Tage (IQR 5-10)
Urtikariell	4 Tage (IQR 2-10) bis 28 d
Papulo-squamös	20 Tage (IQR 14-28) bis 70 d
Perniones	12 Tage (IQR 7-23)
	bei 7/103 <60 d
	bei 1/103 133 d

Management bei Persistenz (>30 Tage) oder bei Komplikationen

Mehta et al. Lancet Infect Dis 2021;21(7):912

1. ASS 100 mg 1x tgl. p.o.
± Clobetasol extern
± Prednisolon 15mg 1x1 p.o.
2. Hydroxychloroquin 200-400mg 1x1 p.o.
3. Nifetipin 10mg, 2x1 p.o. oder
Losartan 25mg 1x1 p.o. zur Nacht
4. ggf. Fluoxetin, Sildenafil, Iloprost

Der rote Halbmond-Nagel: eine neue COVID 19-Manifestation

Neri et al, J Eur Acad Dermatol Venereol 2020; 34:e663-e665



- 60-jährige Frau
- 1 Woche zuvor COVID 19-Pneumonie
- 14 Tage zuvor Fieber + Husten

Multiplexdiagnostik: Sensitivität und Spezifität für *T.pallidum*

Grange et al, J Clin Microbiol 2021;59:e01994-20

- Sensitivität: 80% (76,1-84,1%)
- Spezifität: 98,8% (97,7-99,9%)
- Positiv prädiktiv: 98,8% (97,7-99,9%)
- Negativ prädiktiv: 80,2% (76,2-84,2%)
- Konkordanz zur Referenz: 92,5%
(k=0,85)

Hilfe: Ich sehe kein Erythem!

- Gute Beleuchtung eminent wichtig (nicht zu gleißend, seitlich einfallendes Licht)
- Auf Hyper/Hypo-pigmentierung achten
- Auf diskrete violett-livide Verfärbungen achten



Erythem: Stattdessen meist leichte Hyper-/Hypogimentierung



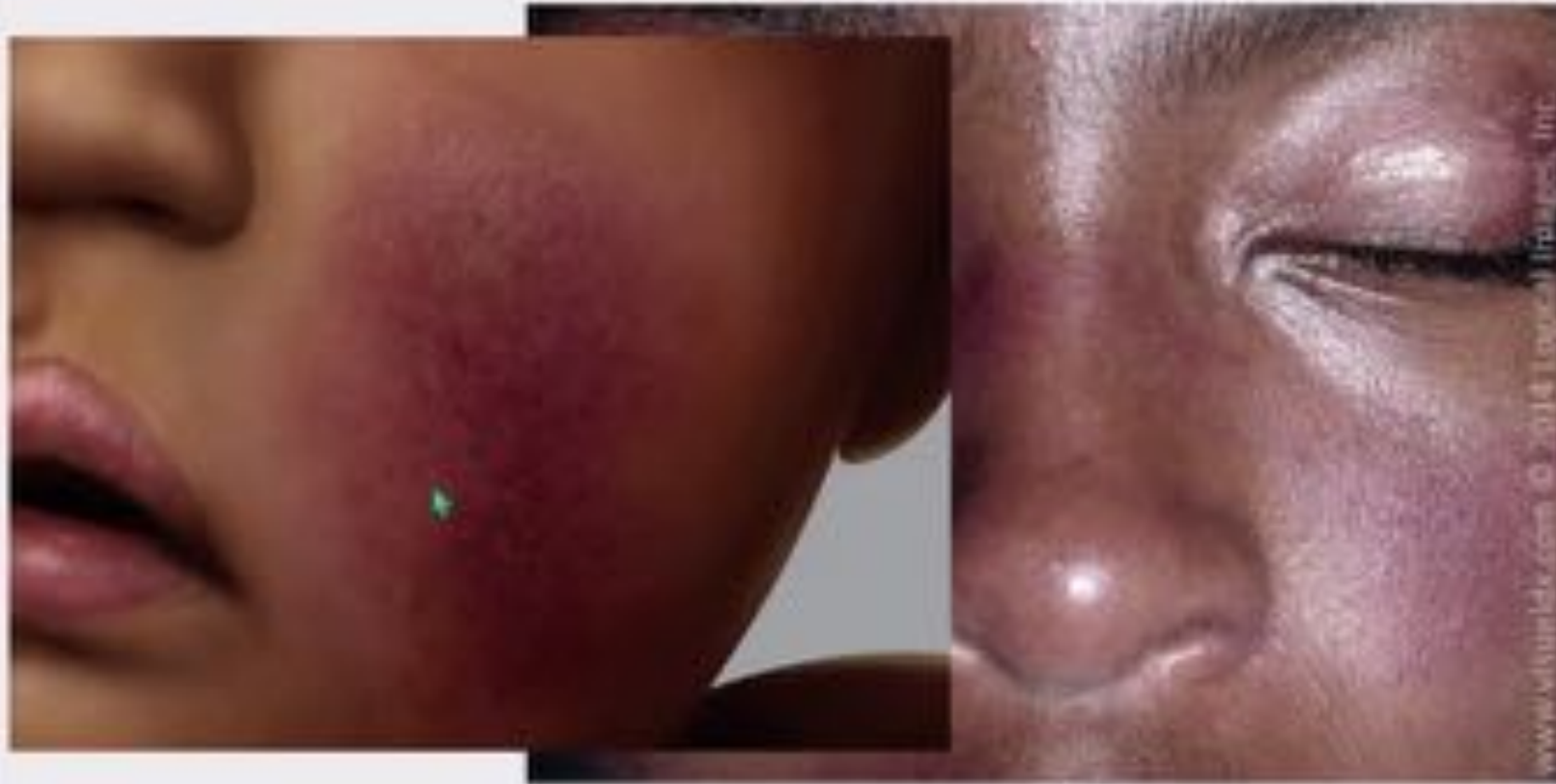
Periorale
Dermatitis



Ekzeme



Erythem: Manchmal leicht violett-livide erkennbar



Erythem: Auch an E. nodosum denken (Sarkoidose, Tbc, Lepra)

Heath et al, J Am Acad Dermatol 2012;66:121-4



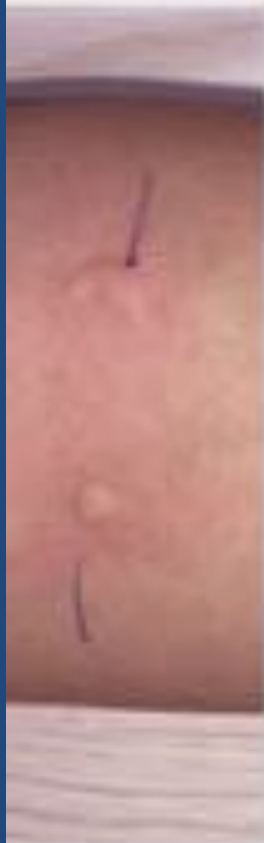
Nun sehe ich ein Erythem!

Sonst: Übung macht den Meister



z.B. indem Sie ihre Hautbefunde in
Grautönen beurteilen (Bildbearbeitung
mit Handy)

Quaddeln/Urtikaria



- Oft besser tastbar als sichtbar
- Juckreiz auch hier vorhanden
- Glasspatel ebenfalls hilfreich

Beachten Sie Palmae und Plantae!



Beachten Sie Palmae und Plantae!

- Exantheme und diskrete Effloreszenzen oft leichter sichtbar
- Hautkolorit (Blässe, Ikterus) besser beurteilbar
- Oft typische Prädilektionsstelle (EEM, Lues II)



- Bei Unsicherheit: Vergleich mit Verwandten suchen

Beachten Sie die Nagelregion!

Khumalo & Thiers in African Skin and Hair Disorders
Amsterdam: Elsevier 2014



Normale Nagelbettfarbe



Bleiche Nagelbettfarbe



Sehr Bleiche Nagelbettfarbe

Beachten Sie die Nagelregion!

*Khumalo & Thiers in African Skin and Hair Disorders
Amsterdam: Elsevier 2014*



Tüpfelnägel bei
Psoriasis



Nagelveränderungen bei
Lichen planus

Progressive makuläre Hypomelanose: schon mal gehört/gesehen?

Relyveld et al, Am J Clin Dermatol 2007;8:13-9



Progressive makuläre Hypomelanose: schon mal gehört/gesehen?

Relyveld et al, Am J Clin Dermatol 2007;8:13-9

- Asymptomatische, nicht schuppene, hypopigmentierte Makulae
- Ursache: vermutlich *Cutibacterium acnes* (Kultur, PCR)
- DD: *P. versicolor/alba*, hypopigmentierte MF.
- Diagnostisch: Wood-Lampe



Figure 2. Red fluorescence in a follicular pattern, restricted to lesional skin.

Progressive makuläre Hypomelanose:

Wenn erkannt, doch schwierig zu therapieren

Schoch, J Am Acad Dermatol 2019;80:1233-50

Therapie:

- Schwierig!
- Akne-orientiert: Benzoylperoxid, Clindamycin
- NB-UVB
- Am besten: Kombination von topischer (antibakterieller) Aknetherapie mit NB-UVB
- Rezidive: häufig

Med Space

medspace.fun

