

10th ÖGVD
Science Days
Werfenweng
23.-25. Jänner 2025

Die ÖGDV-Umfrage 2024 zu
Status und Perspektiven der
österreichischen Dermatologie

Ambulante und stationäre dermato-
venerologische Versorgung an den
Universitätskliniken und Abteilungen
für Dermatologie Österreichs

Herpes-Zoster-Impfung



ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT
FÜR DERMATOLOGIE UND VENEROLOGIE
AUSTRIAN SOCIETY OF
DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

23-25 January 2025
Travel Charme
Werfenweng / Austria

10TH ÖGDV SCIENCE DAYS (FORSCHUNGSTAGE)

2025

**SAVE
THE
DATE**

www.oegdv.at



Organizing Committee:

Nicole Golob-Schwarzl (Graz)
Susanne Kimeswenger (Linz)
Josefina Pinon Hofbauer (Salzburg)
Johanna Strobl (Vienna)

SEHR GEEHRTE ÖGDV-MITGLIEDER!

Ein spannendes Jahr liegt hinter uns!

Grundlegende Neuorientierung der ÖGDV Vereins-Situation; Gründung der zwei neuen Zeitschriften der ÖGDV, *SKIN Austria Edition* und *SKIN deep*; Gründung der 100%-Tochter der ÖGDV SKINnovations-ÖGDV Ges.m.b.H; essenzielle Neuerungen in den Statuten.

Das Präsidium hat mit Unterstützung des Vorstandes und mit Bewilligung der Mitgliederversammlung den gemeinnützigen Verein ÖGDV zukunftsfit gemacht. Diese Änderungen waren notwendig geworden, da die medizinischen Entwicklungen in der Dermatologie und die Änderungen in der Steuergesetzgebung mit Verschärfungen in den Bestimmungen zur Gemeinnützigkeit ein Verharren in den „alten“ Strukturen unmöglich, ja sogar gefährlich gemacht hätten.

Wie das Zusammenspiel der neu adaptierten Gesellschaftsstrukturen sich entwickeln wird, ist natürlich noch nicht ganz abzusehen; wir haben aber selbstverständlich mit Hilfe von professionellen Beratern die aus derzeitiger Sicht beste Lösung gewählt. Auch der Erfolg der Zeitschriften ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht endgültig einzuschätzen. Hier wird die Entwicklung des internationalen Journales „*SKIN deep*“ auch von Bewertungen wie dem Impact-Faktor abhängen. Wir vertrauen dafür auf die klinisch-wissenschaftliche Kompetenz der österreichischen Dermatologie und hier ganz besonders auf unsere internationalen Zugpferde, wie unseren Co-editor-in-chief, Georg Stingl.

Für alle lokalen, österreichischen Entwicklungen, Neuerungen wird „*SKIN Austrian Edition*“ das Medium der Wahl sein. Unser Dank geht dafür an unsere zahlreichen Autor:innen, die mit Leitlinien, Positionspapieren, Berichten zu Masterplananalysen, Journal Clubs, aber auch ad hoc-Berichten von Kongressen spannende Beiträge geliefert haben. So soll es auch in dieser „1-Jahres-Jubiläumsausgabe“ sein.

Viel Vergnügen beim Lesen!

wünschen **Johann Bauer** und **Peter Wolf**

Editoren der Ausgabe von **Sk'n** Austrian edition

Korrespondenz: editors@skinonline.at

DEAR ÖGDV MEMBERS!

An exciting year lies behind us!

This year saw the fundamental reorientation of the ÖGDV as an association, the founding of the two new ÖGDV magazines (*SKIN Austrian Edition* and *SKIN deep*), the founding of the 100% subsidiary of ÖGDV SKINnovations-ÖGDV Ges.m.b.H, and essential innovations in the statutes.

With the support of the ÖGDV Board and the approval of the general meeting, the presidium has made the non-profit association ÖGDV fit for the future. These changes had become necessary due to medical developments in dermatology and changes in tax legislation; the new, stricter regulations for non-profit organizations would have made it impossible and even dangerous to retain the “old” structures.

How the newly adapted corporate structures will interact in the future is, of course, not yet entirely foreseeable; however, with the help of professional advisors, we have, of course, chosen what is currently the best solution. At this point in time, the success of the magazines is also not yet fully foreseeable. Here, the development of the international journal *SKIN deep* will also depend on metrics such as the impact factor. We have confidence in the clinical and scientific expertise of Austrian dermatologists and, in particular, in our international guiding lights, such as our co-editor in-chief, Georg Stingl.

SKIN Austrian Edition will be the medium of choice for all Austrian developments and innovations in the field of dermatology. We would like to thank the numerous authors who have sent us exciting contributions, including guidelines, position papers, reports on master plan analyses, journal club reports, but also *ad hoc* reports from congresses. This is exactly what a “1-year anniversary issue” should look like as well.

We hope you enjoy reading it!

Best wishes, **Johann Bauer** and **Peter Wolf**

Editors of the Austrian edition of **Sk'n** Austrian edition

Correspondence: editors@skinonline.at

INHALT

Peter Wolf, Johann Bauer

3 Editorial

7 2024-ÖGDV Survey

- Christine Prodinger, Christian Posch, Stefan Wöhr, Regina Fink-Puches, Dejan Baltic, Johann W. Bauer, Reinhard Bacher, Peter Wolf, Martin Laimer
7 Die ÖGDV-Umfrage 2024 zu Status und Perspektiven der österreichischen Dermatologie
2024 ÖGDV survey on the status and prospects of Austrian dermatology

22 ÖGDV Survey 2023

- Peter Wolf, Johann W. Bauer, Regina Fink-Puches, Robert Müllegger, Christian Posch, Stefan Wöhr, Martin Laimer
22 Die ÖGDV-Erhebung 2023 zur ambulanten und stationären dermatovenerologischen Versorgung an den Universitätskliniken und Abteilungen für Dermatologie Österreichs
2023 ÖGDV survey on outpatient and inpatient dermatovenerological care at university hospital and state hospital departments of dermatology in Austria

26 HPV

- Robert Müllegger, Jörg R. Weber, Bernhard Iglseder
26 Aufnahme der Herpes-Zoster-Impfung in ein kostenfreies Erwachsenenimpfprogramm in Österreich
Inclusion of the herpes zoster vaccination in a free adult vaccination program in Austria

30 Journal Club

- Theresa Benezeder und Peter Wolf
30 Photo(chemo)therapie bei kutanem T-Zell-Lymphom: Wie sie funktioniert und warum sie so wirksam ist
Photo(chemo)therapy for cutaneous T-cell lymphoma: How it works and why it is so effective
Petra Doerfler and Barbara Wolff-Winiski
33 Innovation der Therapie chronischer Wunden durch Patienten-spezifische zellbasierte Assays und Vortests potenzieller Wundtherapeutika
Innovation of chronic wound therapy through patient-specific cell-based assays and pretesting of potential wound therapeutics

38 Berichte von den ESDR travel grants 2024

- Theresa Benezeder
38 Transkriptom-Profile der generalisierten pustulösen Psoriasis (GPP) und der akuten generalisierten exanthematischen Pustulose (AGEP)
Transcriptomic profiles of generalized pustular psoriasis (GPP) and acute generalized exanthematous pustulosis (AGEP)
Sonja Dorfer
40 Aggressive Plattenepithelkarzinome (SCCs) bei rezessiv dystropher Epidermolysis bullosa (RDEB) – Identifizierung neuer Medikamente durch Anwendung einer transkriptomgesteuerten Screening-Methode
Aggressive squamous cell carcinomas (SCCs) in recessive dystrophic epidermolysis bullosa (RDEB) – identifying novel drugs by applying a transcriptome-guided screening method

44 EADV Spotlight

- 44 Präsentiert von: **Paul Fiebiger**
Update atopische Dermatitis
Update atopic dermatitis
- 46 Präsentiert von: **Damian Meyersburg**
Therapeutisches Drug-Monitoring in ihrer Praxis?
Therapeutic drug monitoring in your practice?
- 47 Präsentiert von: **Damian Meyersburg**
Spironolacton: ein Platz im Algorithmus der weiblichen Akne bei Erwachsenen
Spironolactone: a place in the algorithm of adult female acne
- 48 Präsentiert von: **Iris Wohlmuth**
Lymphoproliferative Erkrankungen
Lymphoproliferative diseases

49 NEWS

- 49 H. Peter Soyer und Team: Gewinner eines 2024 Australian Museum Eureka Preises
H. Peter Soyer and team: winner of a 2024 Australian Eureka Prize

50 In memoriam Hans-Jörg Rauch

52 In memoriam Marcus Maurer

55 Organisation

57 Die ÖGDV gratuliert zur Facharztprüfung

61 Kongresse & Fortbildungen 2025

63 Erratum

64 Fachkurzinformationen



GRAZ

2024-ÖGDV SURVEY

Christine Proding¹, Christian Posch^{2,3}, Stefan Wöhr^{3,4},
Regina Fink-Puches^{3,5}, Dejan Baltic⁶, Johann W. Bauer^{1,3},
Reinhard Bacher⁷, Peter Wolf^{3,5}, Martin Laimer^{1,3}

Die ÖGDV-Umfrage 2024 zu Status und Perspektiven der österreichischen Dermatologie

¹ Universitätsklinik für Dermatologie und Allergologie,
Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

² Dermatologische Abteilung, Klinik Hietzing, Wien

³ Präsidium, Österreichische Gesellschaft für Dermatologie
und Venerologie, Wien

⁴ FAZ, Floridsdorfer Allergiezentrum, Floridsdorf, Wien

⁵ Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie,
Medizinische Universität Graz, Graz

⁶ Pharmig Austria, Wien

⁷ GfB Gesellschaft für Personalentwicklung GmbH, Wien

Einleitung

Unsere Berufswelten unterliegen der Beständigkeit des kontinuierlichen Wandels. Dynamik und Komplexität der Veränderung sind mitunter herausfordernd und begünstigen – frei nach Louis Pasteur – dann am ehesten den, der darauf vorbereitet ist. Vor diesem Hintergrund entwickelte die Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV) unter möglichst breiter Einbeziehung aller Akteur:innen ein strategisches Papier mit dem Ziel, für sich Handlungsfelder und (proaktive) Maßnahmen zur Sicherung von Qualität, Effizienz, Versorgungswirkung und fachlicher Relevanz für die kommenden 10 bis 15 Jahre auf allen uns betreffenden Ebenen (Gesundheitssystem, Medizin, Dermatologie und dermatologische Subdisziplinen) zu bestimmen. Als lebendiges Dokument wird dieser **Masterplan 2030+** kontinuierlich weiterentwickelt und dient dem Präsidium der ÖGDV als Instrument zur strukturiert-strategischen Planung und Umsetzung von Maßnahmen. Um dabei objektiv und zielgerichtet zu bleiben, ist der regelmäßige Austausch mit den Hautärzt:innen Österreichs essentiell^{1,2}. Aus diesem Grund wurde von März bis Mai 2024 eine landesweite Umfrage unter Hautärzt:innen zu „Status und Entwicklungsperspektiven der österreichischen Dermatologie“ durchgeführt, deren Ergebnisse wir im Folgenden zusammenfassen.

Methodik

Die Fragenentwicklung erfolgte auf Basis des Masterplans unter Einbindung des Vorstandes der ÖGDV und adressierte vorrangig folgende Themenbereiche: Rahmenbedingungen

Christine Proding¹, Christian Posch^{2,3}, Stefan Wöhr^{3,4},
Regina Fink-Puches^{3,5}, Dejan Baltic⁶, Johann W. Bauer^{1,3},
Reinhard Bacher⁷, Peter Wolf^{3,5}, Martin Laimer^{1,3}

2024 ÖGDV survey on the status and prospects of Austrian dermatology

¹ Department of Dermatology and Allergology,
Paracelsus Medical University Salzburg

² Dermatology Department, Hietzing Clinic, Vienna

³ Presidium, Austrian Society for Dermatology and
Venereology, Vienna

⁴ FAZ, Floridsdorf Allergy Center, Floridsdorf, Vienna

⁵ Department of Dermatology and Venereology,
Medical University of Graz, Graz

⁶ Pharmig Austria, Vienna

⁷ GfB Gesellschaft für Personalentwicklung GmbH, Vienna

Introduction

Our professional worlds are subject to constant and continual change. The dynamics and complexity of change are sometimes challenging and – in the words of Louis Pasteur – are most likely to benefit those who are prepared for them. Against this background, the Austrian Society of Dermatology and Venereology (ÖGDV) has developed a strategic paper involving the broadest range of stakeholders possible to define fields of action and (proactive) measures. These should ensure the quality, efficiency, the impact of the care provided, and the professional relevance for the next 10 to 15 years at all levels that affect us (i.e., healthcare system, medicine, dermatology, and dermatological sub-disciplines). As a living document, this **Master Plan 2030+** is continuously being developed. The ÖGDV Executive Committee will use this plan as an instrument for the structured, strategic planning and implementation of the defined measures. In order to remain valid, objective and targeted, regular exchange with dermatologists in Austria is essential^{1,2}. For this reason, a nationwide survey was conducted among dermatologists from March to May 2024 to assess the “Status and development perspectives of Austrian dermatology”. The survey results are summarized below.

Methodology

The questions were developed based on the master plan with the involvement of the ÖGDV Executive Board and primarily addressed the following topics: General condi-

der ärztlichen Berufsausübung, Versorgungslast, Ressourcen, Arbeitswelten, Koordination und Kooperation in der Versorgung, Aus- und Fortbildung, Fachgesellschaft, Wissenschaft und Forschung sowie Innovation und Technologie. Zusätzlich wurden stratifizierende Angaben zum Ausbildungsstand (in Ausbildung/Fachärzt:in/Abteilungs-/Klinikvorständ:in), Arbeitsplatz (Krankenhaus/Praxis mit Krankenkasse/Praxis als Wahlärzt:in/Privat) und der Altersgruppe erhoben. Der genaue Inhalt und Wortlaut der Erhebung, die 131 Auswahl-, Skalierungs- und Freitextfragen umfasst, sind auf Anfrage verfügbar. Eine Einladung mit dem Link zum anonymisierten Online-Fragebogen (und zwei Erinnerungen im Abstand von zwei Wochen) erhielten alle bei der ÖGDV registrierten Ärzt:innen in/mit abgeschlossener Ausbildung in Dermatologie per Email ($n=780$) im April 2024. Die Datenerhebung erfolgte mittels sosc survey® Software (www.soscisurvey.de). Die Ergebnisse wurden nach Export in ein Excel-Dokument deskriptiv ausgewertet.

Hinsichtlich der Darstellung der Resultate dieser Untersuchung erfolgte unter Bezug auf die Mittelwerte des Zustimmungsgades der Teilnehmer:innen zu einer in einer Frage formulierten Aussage eine Gruppierung der Ergebnisse in vier Klassen:

1. „Deutliche Zustimmung“: Mittelwert (MW) zwischen 8,01 und 10 auf der Skala 1/überhaupt nicht zutreffend bis 10/voll und ganz zutreffend;
2. „Zustimmung“: Mittelwert MW 6,01 bis 8,00
3. „Weitgehend ausgeglichen“: Mittelwert MW 4,01–6,00
4. „Wenig Zustimmung“: Mittelwert MW 1,00 bis 4,00

Ergebnisse

Die Rücklaufquote betrug bei 192 für die Analyse verwertbaren Bögen 24,6%. Teilnehmende waren zum Zeitpunkt der Fragenbeantwortung zu 39,8% im Krankenhaus, 34,6% in einer Praxis als Wahl- oder Privatarzt und 29,8% in der Niederlassung mit „Krankenkasse“ (unter Vertrag mit der Sozialversicherung) tätig. Die überwiegende Anzahl der Teilnehmer:innen an der Umfrage war zwischen 31 und 50 (40,6%) sowie 51 und 65 Jahre (46,3%) alt.

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse bezogen auf den MW in absteigender Reihung aufgelistet. Im Falle von zusätzlich durchgeführten Stratifizierungsanalysen sind neben dem allgemeinen MW auch die spezifischen MW dieser Subauswertungen angeführt. Die vollständige Ergebnisanalyse der Umfrage wird auf Anfrage zur Verfügung gestellt.

1. **Deutliche Zustimmung** fanden in der Befragung die Aussagen (Abbildung 1), dass ...
 - die Politik zu sehr verleitet ist, das unrealistische Leistungsversprechen zu vermitteln, den Versicherten sei alles zu ermöglichen und nichts zuzumuten (**MW 8,74**)

tions of medical practice, care burdens, resources, working environments, coordination and cooperation in care, education and training, specialist society, science and research, as well as innovation and technology. In addition, stratifying information was collected on the level of training (i.e., doctor in training, specialist doctor, head of department or clinic), workplace (i.e., hospital, practice with fixed health insurance contract(s) (panel doctor), practice without fixed health insurance contract(s) (elective doctor), private practice) and age group. The exact content and wording of the survey, which comprises 131 multiple-choice, scaling, and free-text questions, are available on request. An invitation with the link to the anonymized online questionnaire was sent by email to all doctors registered with the ÖGDV who were in or had completed training in dermatology ($n = 780$) in April 2024, and two reminders were subsequently sent out every two weeks. The data was collected using SoSci Survey® software (www.soscisurvey.de). The results were analyzed descriptively after being exported to a Microsoft Excel document.

With regard to the presentation of the results of this study, the results were grouped into four classes based on the mean values of the participants' level of agreement with a statement formulated as a question:

1. “Strongly agree”: mean value (MW, Mittelwert in German) of 8.01–10 on a scale ranging from 1 (not at all true) to 10 (fully and completely true);
2. “Agree”: mean value (MW) of 6.01–8.00
3. “Neither agree nor disagree”: mean value (MW) of 4.01–6.00
4. “Fail to agree”: mean value (MW) of 1.00–4.00

Results

The response rate was 24.6%, and 192 questionnaires were usable for the analysis. At the time the questions were answered, 39.8% of participants were working (panel doctors) in a hospital, 34.6% in an elective or private practice, and 29.8% were working in a private practice with a fixed health insurance contract (or contracts). The majority of participants in the survey were aged between 31 and 50 (40.6%) or 51 and 65 (46.3%).

The main results in relation to the MW are listed below in descending order. Where additional stratification analyses were carried out, the specific MW for these sub-analyses are also listed in addition to the general MW. The complete analysis of the survey results is available upon request.

1. **Participants clearly agreed** with the statements (Figure 1) that...
 - politicians are too highly tempted to convey the unrealistic promise that insured persons should be given everything and that nothing should be expected of them (**MW 8.74**)

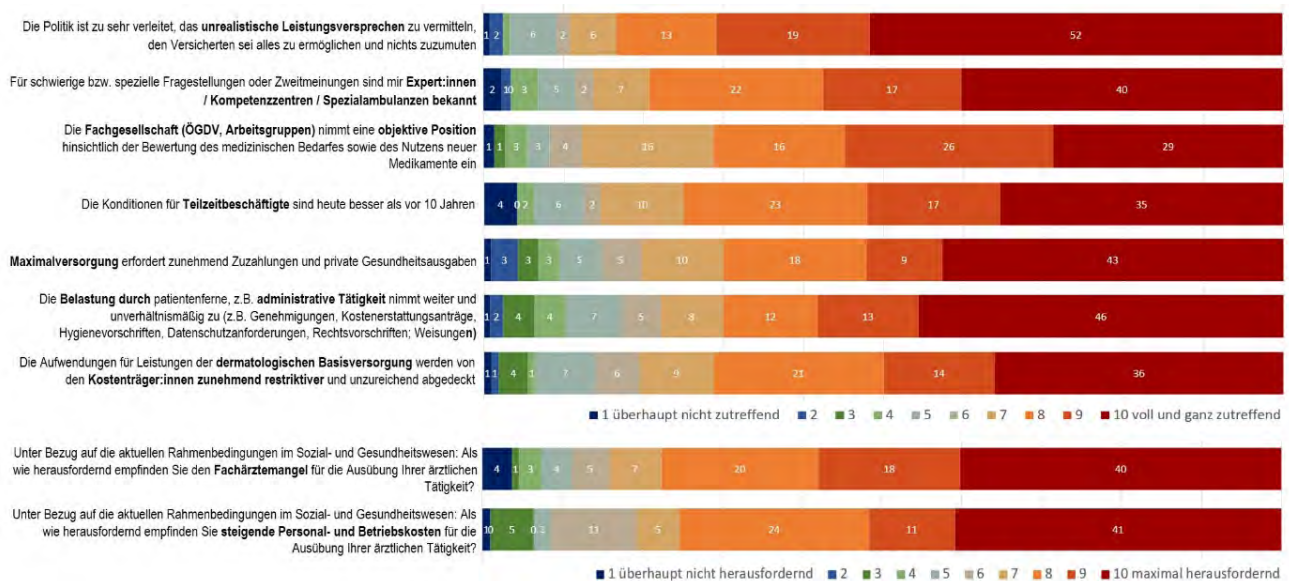


Abbildung 1. Die Grafik zeigt die Zustimmungsverteilung zu Aussagen mit den höchsten Zustimmungswerten (Mittelwert zwischen 8,01–10) sowie Auszüge der graduellen Bewertung von Herausforderungen im Gesundheitswesen. Die Balkenfarben entsprechen den Bewertungsstufen, die Zahlen in den Balken geben die Anzahl der abgegebenen Stimmen in den jeweiligen Stufen an. Die Bewertungen erfolgten auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht zutreffend/überhaupt nicht herausfordernd) bis 10 (voll und ganz zutreffend/maximal herausfordernd).

Figure 1 shows the distribution of approval for statements with the highest approval ratings (mean value between 8.01–10), as well as excerpts from the gradual assessment of challenges in the healthcare system. The bar colors correspond to the evaluation levels, and the numbers in the bars indicate the number of votes cast in the respective levels. The ratings were made on a scale from 1 (not at all applicable/not at all challenging) to 10 (completely applicable/most challenging).

- für schwierige bzw. spezielle Fragestellungen oder Zweitmeinungen Expert:innen / Kompetenzzentren / Spezialambulanzen *bekannt* sind (MW 8,34). Anmerkung: die Folgefrage zu deren *Zugänglichkeit* wurde zurückhaltender bewertet (MW 6,89)
- unter Bezug auf die aktuellen Rahmenbedingungen im Sozial- und Gesundheitswesen insbesondere Fachkräftemangel (MW 8,34) und steigende Personal- und Betriebskosten (MW 8,27) als herausfordernd empfunden werden (Anmerkung: hier jeweils abweichend hinterlegte Skalierung 1/überhaupt nicht herausfordernd bis 10/maximal herausfordernd)
- die Fachgesellschaft (ÖGDV, Arbeitsgruppen) eine objektive Position hinsichtlich der Bewertung des medizinischen Bedarfes sowie des Nutzens neuer Medikamente einnimmt (MW 8,23)
- die Konditionen für Teilzeitbeschäftigte heute besser sind als vor 10 Jahren (MW 8,16, Stratifizierung <50 Jahre MW 7,09, ≥50 Jahre MW 9,12)
- Maximalversorgung zunehmend Zuzahlungen und private Gesundheitsausgaben erfordert (MW 8,16)
- die Belastung durch patientenferne, z.B. administrative Tätigkeit weiter und unverhältnismäßig zunimmt (z.B. Genehmigungen, Kostenersatzanträge, Hygienevorschriften, Datenschutzanforderungen, Rechtsvorschriften, Weisungen) (MW 8,15)
- die Aufwendungen für Leistungen der dermatologischen Basisversorgung von den Kostenträger:innen

- experts, competence centers, and special outpatient clinics are *known* for asking difficult or special questions or for second opinions (MW 8.34). Note: the follow-up question on their *accessibility* was rated more cautiously (MW 6.89).
- with regard to the current framework conditions in the social and healthcare sector, the shortage of skilled workers (MW 8.34) and rising personnel and operating costs (MW 8.27) in particular are perceived as challenging (note: scaling ranged from 1 (not at all challenging) to 10 (most challenging))
- the professional society (ÖGDV, working groups) takes an objective position with regard to the assessment of the medical needs of patients and the benefits of new drugs (MW 8.23)
- the conditions for part-time employees are better today than they were 10 years ago (MW 8.16, stratification < 50 years MW 7.09, ≥ 50 years MW 9.12)
- Maximum care increasingly requires co-payments and private healthcare expenditures (MW 8.16)
- the burden of non-patient-related (e.g., administrative activities) continues to increase disproportionately (e.g., approvals, applications for reimbursement, hygiene regulations, data protection requirements, legislation, or instructions) (MW 8.15)

zunehmend restriktiver und unzureichend abgedeckt werden (**MW 8,09**).

2. Zustimmung (Mittelwert MW 6,01 bis 8,00) fanden in der Befragung die Aussagen, dass ...

- Unterversorgung (z.B. im ländlichen Raum, intra-/extramuraler Bereich), Überversorgung (z.B. Nichteinhaltung medizinischer Versorgungshierarchie) und Fehlverteilung nach Fachgebieten und zwischen den Regionen auch in der Dermatologie eine zunehmende Erschwernis darstellen (**MW 7,91**)
- das Angebot an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowohl seitens der Fachgesellschaft als auch generell zeitgemäß und zweckmäßig ist (**MW 7,86**) und dass hierbei die pharmazeutische Industrie als wesentlicher Partner für die Durchführung wahrgenommen wird (**MW 7,85**)
- die Fachgesellschaft eine unbeeinflusste, unabhängige Instanz ist, die evidenzbasiert und objektiv medizinische und fachpolitische Sachverhalte nach außen hin darstellt und vertritt (**MW 7,79**)
- vermehrte Privatisierungen zu kommerziellen Fehlansätzen innerhalb der Gesundheitsversorgungsstrukturen führen (**MW 7,61**)
- die Möglichkeiten der Inanspruchnahme dermatologischer Leistungen in Praxis und Klinik durch Patient:innen unzureichend reguliert und zu wenig begrenzt sind (**MW 7,53**; Respondent:innen mit Praxis **MW 5,86**)
- das Vertrauen der Patient:innen ins Gesundheitssystem abnimmt und Ärzt:innen mit zunehmender Aggressivität und Meinungspolarisierung konfrontiert sind (**MW 7,44**)
- die Wartezeiten auf Facharzttermine für Kassenleistungen sowie Entwicklungen hin zu einer Zweiklassenmedizin (gesetzlich gegenüber privat Krankenversicherten) die dermatologische Versorgungsqualität relevant einschränken (**MW 7,31**)
- die Digitalisierung den persönlichen beruflichen Alltag erleichtert (**MW 7,08**)
- kommerziell orientierte, nicht-medizinische Drittanbieter/Dienstleister und direct-to-consumer- und virtual care-Angebote den Kontakt zu den eigenen Patient:innen unterbrechen und damit eine effiziente Versorgung gefährden (**MW 6,17**)
- die Industrie durch Schärfung der öffentlichen Wahrnehmung künstliche bzw. unverhältnismäßige Bedarfe schafft (**MW 6,16**).

3. Weitgehend ausgeglichen (Mittelwert MW 4,01-6,00) hingegen wurden die Aussagen beurteilt, dass

- die Verteilung von Ressourcen auf Basis gängiger gesundheitsökonomischer Bewertungskriterien die Effizienz, Qualität und bedarfsgerechte Versorgung fördert (**MW 5,86**)
- die Konkurrenz mit anderen Fachdisziplinen um Schnittmengen die Stellung unseres Faches und seiner Subdisziplinen gefährdet (**MW 5,64**)

- the costs of basic dermatological care services are increasingly being covered more restrictively and inadequately by payers (**MW 8.09**)

2. Participants agreed (mean MW 6.01 to 8.00) with the statements that...

- Underuse (e.g., in rural areas, intra/extramural area), overuse (e.g., non-compliance with medical care hierarchy), and the uneven distribution of doctors by specialty and doctors between regions also represent an increasing difficulty in dermatology (**MW 7.91**)
- the range of training and continuing education opportunities offered both by the professional association and in general is up-to-date and appropriate (**MW 7.86**) and that the pharmaceutical industry is perceived as an essential partner for implementation (**MW 7.85**)
- the professional society is an uninfluenced, independent body that presents and represents medical and professional policy issues to the outside world in an evidence-based and objective manner (**MW 7.79**)
- increased privatization leads to commercial disincentives within healthcare structures (**MW 7.61**)
- ways for patients to make use of dermatological services in practices and clinics are insufficiently regulated and not limited enough (**MW 7.53**; respondent with a practice **MW 5.86**)
- patients' trust in the healthcare system is declining, and physicians are confronted with increasing aggression and polarization of opinion (**MW 7.44**)
- the waiting times for specialist appointments for panel doctor (i.e., doctors with statutory health insurance contracts) services and developments towards two-tier medicine (statutory versus private health insurance) significantly restrict the quality of dermatological care (**MW 7.31**)
- digitalization makes everyday working life easier (**MW 7.08**)
- commercially oriented, non-medical third-party providers or service providers and direct-to-consumer and virtual care offers interrupt contact with their own patients and thus jeopardize efficient care (**MW 6.17**)
- the industry creates artificial or disproportionate needs by sharpening public perception (**MW 6.16**)

3. In contrast, the statements that

- the distribution of resources is based on standard health economic evaluation criteria promotes efficiency, quality and supports care (**MW 5.86**)
- competition with doctors in other disciplines in cases of overlap jeopardizes the position of our discipline and its subdisciplines (**MW 5.64**)

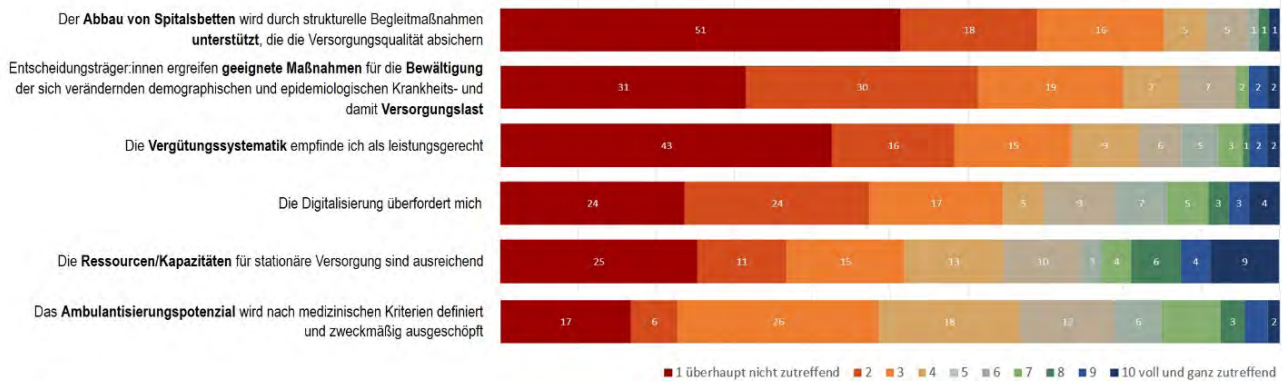


Abbildung 2. Die Grafik zeigt die Zustimmungsverteilung zu Aussagen mit den geringsten Zustimmungswerten (Mittelwert 1,00–4,00). Die Balkenfarben repräsentieren die Bewertungsstufen, die Zahlen geben die Anzahl der Stimmen pro Stufe an. Skala 1 (überhaupt nicht zutreffend) bis 10 (voll zutreffend).

Figure 2 shows the distribution of approval for statements with the lowest approval ratings (mean 1.00–4.00). The bar colors represent the evaluation levels, and the numbers indicate the number of votes per level on a scale ranging from 1 (not applicable at all) to 10 (fully applicable).

- man häufig mit medizinischen Falsch-/Fehlinformationen durch alltagsdurchdringende Medien (z.B. „Dr Google“, problematische Gesundheitstrends auf Social Media, Influencende als „misinformation superspreaders“; politische Instrumentalisierung) konfrontiert wird (MW 5,42)
- der Zugang zu innovativen, mitunter kostenintensiven Therapien vernünftig geregelt ist (MW 5,38)
- die Vergütungssystematik von Kolleg:innen mehr als gewollt erfordert, privatärztliche Leistungen zu erbringen und dadurch das eigene kassenärztliche Leistungsangebot einzuschränken (MW 5,30)
- Drittmittelabhängigkeit, Förderprogramme und Honorarzahungen der Industrie die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen gefährden (MW 5,28)
- Patient Support-Programme der Pharmaindustrie für insbesondere teure Medikamente ausreichend transparent und ausgewogen sind (MW 5,22)
- Patient:innen, welche derzeit die dermatologischen Abteilungen im Spital und an den Universitätskliniken aufsuchen, zum überwiegenden Teil nicht im niedergelassenen Bereich versorgt werden könnten (MW 5,04)
- die Maßnahmen gegen geschlechtsspezifische Lohngefälle und Aufstiegschancen als unzureichend empfunden werden (MW 5,03)
- das Finden und Aneignen von relevantem und validem medizinischem Wissen angesichts der exponentiellen Informations-/Datenflut schwerfällt (MW 4,91)
- die Akutversorgung dermatologischer Patient:innen im niedergelassenen Bereich ausreichend zeitnah möglich ist (MW 4,63; Respondent:innen mit Kassenordination 5,5; Respondent:innen mit Wahlarztpraxis/Privat 4,33)

- one is frequently confronted with medical misinformation in everyday media (e.g., “Dr Google”, problematic health trends in social media, influencers as “misinformation superspreaders”, or political instrumentalization) (MW 5.42)
- access to innovative, sometimes cost-intensive therapies is reasonably regulated (MW 5.38)
- the remuneration system requires colleagues to provide private medical services more often than intended, thereby limiting the range of services provided by panel doctors (MW 5.30)
- Dependence on third-party funding, funding programs, and fee payments from industry jeopardize the independence of medical decisions (MW 5.28)
- Patient Support Programs from the pharmaceutical industry are sufficiently transparent and balanced, especially for expensive drugs (MW 5.22)
- Patients who currently visit the dermatology departments in hospitals and university clinics cannot be treated in private practice for the most part (MW 5.04)
- the measures to address the gender pay gap and career opportunities are perceived as inadequate (MW 5.03)
- finding and acquiring relevant and valid medical knowledge is difficult in view of the exponential flood of information/data (MW 4.91)
- acute care of dermatological patients in private practice is possible in a sufficiently timely manner (MW 4.63; respondents with statutory health insurance contracts 5.5; respondents with an elective/private practice (panel doctors) 4.33)
- the formation of alliances and cooperation structures among the clinics/departments, between

- die Bildung von Allianzen und Kooperationsstrukturen unter den Kliniken/Abteilungen, zwischen Niederlassung und Kliniken/Abteilungen (z.B. für Konsile) (**MW 4,33**) sowie mit anderen Disziplinen (**MW 4,61**) zielgerichtet und unkompliziert funktioniert
 - ausreichend Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patient:innen und von präventivem Gesundheitsverhalten (z.B. Hautkrebs, UV-Schutz, HPV, Barrierschutz, STI) gesetzt werden (**MW 4,52**); in der Stratifizierung zeigt sich allerdings eine deutliche Spreizung, wobei die Aktivitäten der Politik am schlechtesten beurteilt werden (**MW 3,01**; Standesvertretung 5,10, Fachgesellschaft 6,44).
- 4. Wenig Zustimmung** (Mittelwert MW 1 bis 4,00) fanden die Aussagen, dass (siehe Abbildung 2) ...
- der Abbau von Spitalsbetten durch strukturelle Begleitmaßnahmen zur Absicherung der Versorgungsqualität unterstützt wird (**MW 2,21**)
 - Entscheidungsträger:innen geeignete Maßnahmen für die Bewältigung der sich verändernden demographischen und epidemiologischen Krankheits- und damit Versorgungslast ergreifen (**MW 2,52**)
 - die Vergütungssystematik leistungsgerecht gestaltet ist (**MW 2,71**)
 - die Digitalisierung persönlich überfordert (**MW 3,53**)
 - die Ressourcen/Kapazitäten für stationäre Versorgung ausreichend sind (**MW 3,95**, nur Vorstände 5,33)
 - die Definition des Ambulantisierungspotentials nach medizinischen Kriterien erfolgt und zweckmäßig ausgeschöpft wird (**MW 3,98**).

Diskussion

Diese Umfrage hinterlegt die qualitativ (z.B. Fallzahlen) wie quantitativ (z.B. Fallkomplexität) steigende **Krankheits- und Versorgungslast**, mit der sich die Dermatolog:innen Österreichs konfrontiert sehen. Wesentliche Treiber dieser Entwicklung sind demographische Faktoren (Überalterung, Pflegebedarf), gesellschaftliche Veränderungen (Aufbrechen sozialer Unterstützungsstrukturen, zunehmende sozioökonomische Polarisierung) und epidemiologische Entwicklungen (Häufigkeitszunahme von bestimmten Dermatosen wie Hauttumoren, Allergien, Infektionen). Mehraufwand entsteht auch aufgrund der höheren **Komplexität** der Behandlung von Patient:innen, und zwar bedingt durch medizinische (Seneszenz, Multimorbidität, chronifizierte Krankheit), methodische (z.B. komplexere Verfahren und erhöhte Granularität in diagnostischen und therapeutischen Prozessen) sowie operative Einflüsse (verstärkte Bürokratie bzw. Dokumentations- und Administrationslast; interdisziplinäre, interprofessionelle Abstimmungsprozesse in der Versorgung). Kritisch wird mancherorts angemerkt, dass der zunehmende Fokus auf betriebswirtschaftliche Überlegungen den Leistungsdruck selbstverschuldet erhöht und das Leistungsspektrum beeinflusst.

the branch and clinics/departments (e.g., for consultations) (**MW 4.33**) and with other disciplines (**MW 4.61**) functions in a goal-oriented and uncomplicated manner

- sufficient measures are taken to strengthen the health literacy of patients and encourage preventive health behavior (e.g., skin cancer, UV protection, HPV, barrier protection, STIs) (**MW 4.52**); however, there is a clear spread in the stratification, with the political activities being rated the worst (**MW 3.01**; professional association 5.10, professional society 6.44) **were seen largely balanced**.
- 4. Participants failed to agree** (mean value MW 1 to 4.00) with the statements that... (see Figure 2)
- the reduction in hospital beds is supported by accompanying structural measures to safeguard the quality of care (**MW 2.21**)
 - Decision-makers are taking appropriate measures to cope with the changing demographic and epidemiological burden of disease and thus the burden of care (**MW 2.52**)
 - the remuneration system is designed to reflect performance (**MW 2.71**)
 - they are personally overwhelmed by digitalization (**MW 3.53**)
 - the resources/capacities for inpatient care are sufficient (**MW 3.95**, ONLY board members 5.33)
 - the definition of outpatient potential is based on medical criteria and is used appropriately (**MW 3.98**)

Discussion

This survey highlights the qualitatively (e.g., case numbers) and quantitatively (e.g., case complexity) increasing **burden of disease and care** dermatologists in Austria are facing. The main drivers of this development are demographic factors (ageing, need for care), social changes (breakdown of social support structures, increasing socio-economic polarization), and epidemiological developments (increase in the frequency of certain dermatoses such as skin tumors, allergies, infections). Additional work also arises due to the greater **complexity** of patient treatment, caused by medical (senescence, multimorbidity, chronic illness), methodological (e.g., more complex procedures and increased granularity in diagnostic and therapeutic processes) and operational influences (increased bureaucracy or documentation, administrative burdens, or interdisciplinary, interprofessional coordination processes in care). Some critics note that it is the doctors' own fault that the increasing focus on economic considerations increases the pressure to perform and influences the range of services.

Der Komplexität und Dynamik der Entwicklung unseres Faches wird u.a. mit vermehrter **Spezialisierung, Diversifizierung** und **Zentrumsbildung** begegnet, was aber parallel intensivierte **intra- und intersektorale Kooperationsstrukturen** sowie verstärkte **Koordination** im Sinne einer integrierten Gesundheitsversorgung mit abgestimmten, patientenzentrierten Behandlungspfaden erfordert.

Der Mehrbedarf durch die steigende Versorgungslast und deren komplexere Abwicklung erfordert zusätzliche Ressourcen wie Personal, Infrastruktur und Technologie und verursacht **Mehrkosten**, die – besonders in der Niederlassung unmittelbar spürbar – zu den generell steigenden Betriebsaufwendungen (z.B. Miete/Personal/Energie, allgemeine Teuerung) hinzukommen. Angesichts nur **begrenzt zur Verfügung stehender** personeller, finanzieller und infrastruktureller **Ressourcen** bleiben Verwerfungen infolge von Leistungsverdichtung, Zugangsbeschränkungen, Fehlverschiebung oder verstärkter Regulierung nicht aus.

In dieser Situation fordert der **Fachkräftemangel** die Dermatolog:innen Österreichs besonders. Dessen Ursachen sind vielfältig: die insbesondere den kassenärztlichen Bereich treffende Pensionierungswelle, das Nachrücken geburtenstarker Generationen, der höhere Anteil an Teilzeitarbeit und inter-/intersektorale Konkurrenzsituation v.a. im Bereich der Ordinationsassistenten und Pflegefachkräfte.

Veränderte Arbeitswelten (Betreuungspflichten/Work-Life-Balance/Arbeitszeitgesetz) reduzieren zusätzlich die individuelle Anwesenheit am Arbeitsplatz. Kommt es zur Unterbesetzung, nehmen die Belastungen der verbleibenden „Systemerhalter“ zu, was zu Leistungsverdichtung in der Versorgung durch steigende Auslastung, mehr Durchsatz, höhere Fallfrequenzen, verstärkten Zeitdruck und vermehrt anfallende Überstunden führt. Dann wiegen auch zusätzlich leistungseinschränkend wirkende Belastungen durch patientenferne, z.B. **administrative** Tätigkeit (Genehmigungen, Kostenerstattungsanträge, Einhaltung von als teils überreguliert wahrgenommenen Hygienevorschriften und Datenschutzanforderungen) besonders schwer und mindern die persönlich empfundene Attraktivität der Berufsausübung.

Strukturelle Anpassungen in den Spitälern nehmen zusätzlichen Einfluss auf die Patient:innenversorgung. So wurden die stationären Bettenkapazitäten in den letzten Jahren deutlich reduziert, auch um sie in ambulante und tagesklinische Angebote umzuwandeln und die stationäre Komplextherapie zu fokussieren. Ob dabei das **Ambulantisierungspotential** nach medizinischen Kriterien definiert und zweckmäßig ausgeschöpft wird und strukturell-organisatorische **Begleitmaßnahmen im extramuralen Bereich** kompensatorisch die Versorgungsqualität vor dem Hintergrund des demographischen Bedarfes absichern, wird in der Umfrage bezweifelt. Derzeit bindet jedenfalls die Notwendigkeit der Vorhaltung technischer Ressourcen bzw. deren Finanzierbarkeit gewisse Leistungen im stationären Bereich (z.B. Intensivbetten für allergologische Provokationstestungen, Großgeräte wie Ganzkörperscanner).

The complexity and dynamics of developments in our discipline are being met with increased **specialization, diversification, and the formation of centers**, among other things, but this also requires even more intra- and intersectoral **cooperation** structures and increased coordination in the sense of integrated healthcare with coordinated, patient-centered treatment paths.

The additional demand due to the increasing need to supply services and the more complex processes associated with these requires additional resources (personnel, infrastructure, technology) and causes **additional costs**. These – especially in the branch office – are directly noticeable in addition to the generally rising operating expenses (e.g., rent, personnel, energy, general inflation). Given the **limited availability of resources** (human, financial, infrastructural), irregularities (as a result of service consolidation, access restrictions, misallocation, or increased regulation) are inevitable.

In this situation, the **shortage of specialists** is a particular challenge for dermatologists in Austria. There are many reasons for this: the wave of retirements hitting the panel doctor sector in particular, the arrival of new generations with low birth rates, the higher proportion of part-time employees, and inter-/inter-sectoral competition, especially in the area of practice assistants and nurses.

Changing working environments (care responsibilities, work-life balance, working time act) also reduce the presence of individuals at the workplace. If understaffing occurs, the workload of the remaining “system maintainers” increases (increased workload, higher throughput, higher case frequencies, increased time pressure, increased overtime). In this case, additional burdens reducing performance due to **administrative** activities that are not directly related to the patient (approvals, reimbursement applications, compliance with hygiene regulations and data protection requirements, some of which are perceived as over-regulated) are particularly heavy and reduce the personally perceived attractiveness of practicing the profession.

Structural adjustments in hospitals have an additional impact on patient care. Inpatient bed capacities have been significantly reduced in recent years, partly to convert them into outpatient and day-clinic services and to focus on complex inpatient therapy. The survey results cast doubt on whether the **potential for outpatient treatment** is defined and appropriately exploited according to medical criteria and whether structural and organizational **accompanying measures in the extramural sector** ensure the quality of care against the background of demographic demand. In any case, the need to continue to provide technical resources and ensure their financial viability currently ties up certain services in the inpatient sector (e.g., intensive care beds for allergen provocation tests, large devices such as whole-body scanners).

Zusätzlich wurde in Kommentaren wiederholt die Befürchtung geäußert, dass unter den limitierten Kapazitäten (weniger Betten, weniger Anwesenheitszeiten) die versorgungsrelevante, breite Ausbildung leidet und so ein Kompetenzverlust zu befürchten ist, der den Wettbewerb um Teilgebiete des Faches mit anderen Disziplinen oder Drittanbietern verschärft. Anderslautende Kommentare sehen den Kompetenzverlust primär selbstverschuldet, da Teilbereiche wie die Allergologie aufgegeben werden, weil sie sich „nicht rechnen“.

Hinsichtlich verbleibender stationärer Versorgungskapazitäten werden diese durch Personalmangel insbesondere im Pflegebereich bzw. dadurch bedingte Bettensperren oder -schließungen weiter eingeschränkt. Durch brachliegende Betten nimmt schließlich auch die potentielle Wertschöpfung von Spitälern weiter ab.

Im niedergelassenen Bereich werden die finanziellen Mittel ausgabenseitig durch die hohen Betriebskosten (Miete, Personal, Infrastruktur/technologischer Investitionsbedarf; Wettbewerb und Kostenniveau mit Stadt-Land-Gefälle/Urbanisierung) und einnahmenseitig durch eine vielfach als inadäquat, nicht leistungsgerecht und restriktiv gehandhabt wahrgenommene **Vergütungssystematik** belastet. Mehrfach wurde in Freitext- und Diskussionsbeiträgen rückgemeldet, dass der **Leistungskatalog** „überholt, inhomogen und nicht laufend indexangepasst“ sei. So werden versorgungsrelevante, aufwendige Tätigkeiten nach aktuellen Behandlungsstandards (beispielsweise Biologika-Einstellung, Tumornachsorge, OP-Leistungen, allergologische Abklärung, Behandlung chronisch Kranker, Erfüllung der Bedürfnisse von Patienten mit Multimorbidität, Beratungsgespräche und Arzt-Patient-Fokussierung) als unzureichend abgebildet und honoriert sowie die Systematik mitunter als leistungsfeindlich beurteilt (Punktwertdegression, Rabattierung von zweitem oder drittem Eingriff). Dabei sei die Medizin „geräte- und damit eben auch kosten- und investitionsintensiver geworden“ (wenn auch im Vergleich zu anderen Fächern noch immer gemäßigt). Angesichts des Kostendrucks gestaltet sich auch die **Finanzierung von Personal**, sofern dieses überhaupt zur Ausschöpfung von Leistungsressourcen rekrutierbar ist, zunehmend schwierig. Es werden aber auch kritische Stimmen laut, die das Vergütungsniveau im gesellschaftlichen Kontext als durchaus angemessen empfinden, während hingegen das „Streben nach Mehr“, auch unter Vernachlässigung allgemein gebotener Versorgungsaufgaben, mancherorts als ausufernd gesehen wird. Hier wird an ein zu korrigierendes Selbstverständnis der dermatologischen Gemeinschaft appelliert.

Die von steigendem Versorgungsbedarf, begrenzten **Leistungsressourcen** und verstärktem **wirtschaftlichen Druck** gekennzeichneten Rahmenbedingungen haben Auswirkungen auf Attraktivität (z.B. Nachbesetzungsproblematik im kassenärztlichen System), Zugänglichkeit (z.B. Wartezeit auf Facharzttermine für Kassenleistungen; Terminverfügbarkeit in Abhängigkeit von zuzahlungspflichtigen Leistungen) und Abdeckung des Spektrums von in Niederlassung wie Spital

In addition, comments repeatedly expressed the fear that the limited capacities (fewer beds, less attendance time) would mean that the broad training relevant to care would suffer, leading to a loss of expertise that would intensify competition for specialty areas with doctors in other disciplines or third-party providers. Comments to the contrary express the opinion that the loss of expertise is primarily self-inflicted, as sub-areas such as allergology are being abandoned because they “do not pay off”.

With regard to the remaining inpatient care capacities, these will be further restricted by staff shortages, particularly in the nursing sector, and the resulting bed closures. Finally, unused beds also further reduce the potential added value of hospitals.

In the private practice sector, financial resources are being affected by expenditures related to high operating costs (rent, staff, infrastructure, need to make technological investments, competition and cost level due to the urban-rural divide or urbanization) as is the income due to a **remuneration system** that is often perceived as inadequate, inappropriate, and restrictive. Answers to free-text questions and discussion contributions repeatedly indicated that the **service catalog** is “outdated, inhomogeneous and not continuously adjusted to the index”. For example, care-relevant, complex activities that meet the current treatment standards (e.g., biologics adjustment, tumor aftercare, surgical services, allergen clarification, treatment of chronically ill patients, meeting the needs of patients with multimorbidity, consultation, and doctor-patient focus) were considered as insufficiently mapped and remunerated, and the system was sometimes judged as reducing performance (point value depression, discounting of second or third intervention). At the same time, medicine has “become more equipment-intensive and therefore also more cost-intensive and investment-intensive” (albeit still moderately so compared to other disciplines). In view of the cost pressure, it is also becoming increasingly difficult to **finance staff**, if they can be recruited at all to utilize performance resources. Critical voices are also being raised, however, which consider the level of remuneration to be entirely appropriate in a social context, while the efforts to “get even more” are seen as excessive in some places, even when generally mandatory care tasks are neglected. This represents an appeal to the dermatological community to correct its self-image.

The general conditions characterized by an increasing demand for care, limited **service resources**, and increased **economic pressure** have an impact on the attractiveness (e.g., problems with filling vacancies in the statutory health insurance system), accessibility (e.g., waiting times for appointments with specialized panel doctors; availability of appointments depending on services subject to co-payment), and coverage of the range

erbrachten dermatologischen Leistungen (z.B. Über-/Unter-/Fehlversorgung; Nichteinhaltung medizinischer Versorgungshierarchien; Fehlverteilung nach Regionen).

So erfolgt beispielsweise eine – fachpolitisch nicht unproblematische – frühere Überweisung von Patient:innen mit komplexer Erkrankung von der Niederlassung ins Spital, wenn deren Abwicklungsaufwand aus betriebswirtschaftlicher Sicht zu groß ist, obwohl sie aus medizinischer Sicht prinzipiell und qualitätsgesichert auch in der Praxis betreut werden könnten. Kapazitätsengpässe im niedergelassenen Bereich verstärken zudem **Fehlverschiebung** von trivialen Krankheitsbildern in den tertiären oder sogar notfallmedizinischen Bereich („Ausnützung der Universitätsmedizin für Basismedizin“; stationäre Langzeitlieger aufgrund fehlendem Zugang zu Pflege-/Betreuungseinrichtungen).

Wirtschaftlicher Druck gefährdet auch die **Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidung**, schürt kommerzielle Fehlanreize und veranlasst den niedergelassenen Bereich, verstärkt auf **Privatmedizin und ästhetische Dermatologie** als vornehmliche Tätigkeitsfelder auszuweichen. Die folglich Vernachlässigung klassischer Dermatologie verstärkt Kapazitäts-, Erfahrungs- und Kompetenzverluste in der Basisversorgung, untergräbt die **Breite unseres Faches** und begünstigt die **Übernahme von Teilgebieten** (Allergologie, Wundmanagement, STI) durch andere Disziplinen, andere Fachkräfte oder Drittanbieter. Zu Letzteren zählen auch kommerziell orientierte, nicht-medizinische Dienstleister und direct-to-consumer- und virtual care-Angebote von zum Teil international agierenden Großkonzernen.

Vor diesem Hintergrund wiegen die unzureichend geregelte **Systemzugänglichkeit** und das in der Einschätzung der Ärzt:innen unrealistische **Leistungsversprechen** der Politik, den Versicherten sei alles zu ermöglichen und nichts zuzumuten, zunehmend schwer. Es entsteht der Eindruck, dass die Kommunikation der Problematik und das Setzen von Maßnahmen seitens der Politik gegen die demographisch und epidemiologisch hinterlegt zunehmende Krankheits- und Versorgungslast unzureichend konsequent sind (z.B. Anpassung von Stellenplänen). Diese ebenso Patient:innen bewusst werdende Diskrepanz wird auch mit einem wahrgenommenen Vertrauensverlust ins Gesundheitssystem in Verbindung gebracht.

Der Wunsch einer verstärkten Regulierung der Zugänglichkeit dermatologischer Leistungen bzw. der Möglichkeiten zu deren Inanspruchnahme durch Patient:innen ist allerdings unter den Dermatolog:innen Österreichs unterschiedlich ausgeprägt. Während in der Klinik tätige Ärzt:innen eher die Zugänglichkeit als **unzureichend reguliert** und zu wenig begrenzt empfinden, und sich jene deutlicher wünschen, dass der „**Zugang** von Patient:innen zu Gesundheitsleistungen durch vorgelagerte Lotsen (z.B. Tel 1450 oder / und KI-basierte Triagealgorithmen) und Einhaltung strukturierter Zugangspfade verstärkt reguliert“ wird (**MW 7,03**), stehen Ärzt:innen mit Praxis im niedergelassenen Bereich einer derartigen

of dermatological services provided in practices and hospitals (e.g., overuse, underuse, and misuse, failure to comply with medical care hierarchies, or uneven distribution by region).

For example, patients with complex illnesses are referred earlier (which is not unproblematic from a professional policy point of view) from the practice to the hospital, if the processing costs are too high from a business point of view, although these patients could in principle also be treated in the practice from a medical point of view, and the quality of this treatment could be ensured. Capacity bottlenecks in the private practice sector also increase the **frequency of misallocating** trivial illnesses to the tertiary or even emergency medical sector (“utilization of university medicine for basic medicine”, long-term inpatients due to lack of access to nursing or care facilities).

Economic pressure also jeopardizes the **independence of medical decisions**, fuels commercial disincentives and causes the doctors in the private practice sector to increasingly switch to **private medicine and aesthetic dermatology** as their primary fields of activity. The resulting neglect of classic dermatology increases the loss of capacity, experience and expertise in basic care, undermines **our discipline as a whole** and encourages the **takeover of specialist areas** (allergology, wound management, STI) by doctors in other disciplines, other specialists, or third-party providers. The latter also include commercially oriented, non-medical service providers and direct-to-consumer and virtual care providers from large corporations, some of which operate internationally.

Against this backdrop, the inadequately regulated **system accessibility** and the unrealistic **performance promise** made by politicians (in the opinion of doctors) that everything should be possible for insured patients, and nothing should be expected of them, are issues that are becoming increasingly serious. The survey results suggest that politicians are not communicating the problem and implementing measures consistently enough to counter the demographically and epidemiologically increasing disease and care burden (e.g., by adjusting staffing plans). This discrepancy, which patients are also becoming aware of, is also associated with a perceived loss of trust in the healthcare system.

However, the desire for increased regulation of access to dermatological services and ways patients can make use of these services varies among dermatologists in Austria. While doctors working in hospitals tend to feel that accessibility is **insufficiently regulated** and not limited enough, and they would like to see “**patient access** to healthcare services more strongly regulated by upstream pilots (e.g., Tel 1450 or/and AI-based triage algorithms) and compliance with structured access

Strukturierung deutlich reservierter gegenüber (MW 4.93). Diese Diskrepanz überrascht aber angesichts der unterschiedlichen betriebsorganisatorischen Hintergründe und der unternehmerischen Dimension des freien Arztberufes nicht.

Einen erleichterten Zugang zu gesundheitlicher Versorgung, weniger Zeitaufwand für Administration/Dokumentation und neue Möglichkeiten hinsichtlich der Erhebung, Integration, automatisierten Verarbeitung und Austausch von Daten für effizientere, zielgerichtete Diagnostik, Therapie und Prävention sollen **digitale Anwendungen** ermöglichen (z.B. E-Health, Telemedizin, digital knowledge transfer, Informations- und Big Data-Management, Automatisierung, KI). Und tatsächlich erleichtern digitale Applikationen in der Einschätzung der Teilnehmenden den beruflichen Alltag und überfordern kaum.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswesen wurden auch die von den Hautärzt:innen verwendeten digitalen **Instrumente** abgefragt. Anwendung finden nach rückgemeldeter Häufigkeit in absteigender Reihenfolge v.a. elektronische Patientenakte (80%); digitale Nachschlagewerke wie Amboss, UpToDate u.ä. (61%); digitale Lernmaterialien (42%); Telemedizin (36%); E-Health (15%); KI-basierte Automatisierung (13%); und andere (11%; wie ChatGPT, digitale Auflichtmikroskopie, Onlinefortbildungen, Tablets zur Patientenaufklärung, digitales Trichogramm, Fotodokumentationssysteme und Ganzkörperscreening etc.). Zugleich wurden als wesentliche **Hemmnisse** für eine wirksame Implementierung der Technologie struktureller finanzieller Mehraufwand (Hardware, Wartung 61%); fehlende Benutzerfreundlichkeit (58%); unzureichender IT-Support (42%); mangelnde intersektorale Datenerfassung/Interoperabilität (33%); unzureichende Effizienz (26%); unzureichende Sicherheit (20%); und andere Faktoren (8%) wie unpraktikable Datenschutzgrundverordnungen, praxisferne Gestaltung übergreifender ELGA-Projekte und Zeitaufwand genannt. Rückgemeldet wurde auch, dass diese Technologien die Stellenentwicklung beeinflussen und zu Umschichtungen führen werden (Schulungs-, Sichtungs- und Wartungsaufwand; Automatisierungspotential). Übrigens scheint nach Ansicht der Umfrageteilnehmer:innen deren (multi-)mediale Präsenz bislang noch kein entscheidender Faktor für eine erfolgreiche berufliche Tätigkeit zu sein. Diese Einschätzung kann sich mit der nachrückenden Generation und gesellschaftlichen Entwicklungen freilich ändern.

Zustimmung fand in der Umfrage die Aussage, dass die ÖGDV eine „unbeeinflusste, unabhängige Instanz ist, die evidenzbasiert und objektiv medizinische und fachpolitische Sachverhalte nach außen hin darstellt und vertritt“. Wesentliche Aufgaben der ÖGDV umfassen in den Augen der Mitglieder die „Standardisierung von Diagnostik, Behandlung, Nachsorgen/Kontrollen“ (mittels Leitlinien, Informationsbögen), als „authoritative source“ Validitätsbeurteilungen zu dermatologischen Themen und Fragestellungen durchzuführen, als „unabhängige korrektive Instanz entschieden

paths“ (MW 7.03), in private practice have many more reservations about such structuring (MW 4.93). However, this discrepancy is not surprising given the different organizational backgrounds and the entrepreneurial dimension of the independent medical profession.

Digital applications (e.g., e-health, telemedicine, digital knowledge transfer, information and big data management, automation, AI) are intended to facilitate access to healthcare, reduce the time spent on administration or documentation and to open up new possibilities for the collection, integration, automated processing, and exchange of data for more efficient, targeted diagnostics, treatment, and prevention. And the participants' opinions indicate that digital applications do indeed make everyday working life easier and are not difficult to use.

Against the backdrop of increasing digitalization in the healthcare sector, the digital **tools** used by dermatologists were also surveyed. In descending order of reported frequency, the main tools used are electronic patient files (80%), digital reference works such as Anvil and UpToDate (61%), digital learning materials (42%), telemedicine (36%), e-health (36%), as well as digital tools for the treatment of patients (61%), digital learning materials (42%), telemedicine (36%), e-health (15%), AI-based automation (13%), and others (11%, such as ChatGPT, digital dermoscopy, online training, tablets for patient education, digital trichogram, photo documentation systems and full-body screening). At the same time, the main **obstacles** to the effective implementation of the technology were identified as additional structural and financial costs (hardware, maintenance, 61%), lack of user-friendliness (58%), insufficient IT support (42%), lack of intersectoral data collection/interoperability (33%), insufficient efficiency (26%) insufficient security (20%), and other factors (8%), such as impractical basic data protection regulations, impractical design of cross-sector ELGA projects, and time expenditure. Participants also reported that these technologies will influence job development and lead to redeployment (training, reviewing, and maintenance effort or automation potential). Incidentally, according to the survey participants, their (multi-)media presence does not yet appear to be a decisive factor for successful professional activity. This assessment may, of course, change as the next generation enters the field and social developments occur.

The survey found agreement with the statement that the ÖGDV is an “uninfluenced, independent body that presents and represents evidence-based and objective medical and specialist policy issues to the outside world”. In the eyes of the members, the main tasks of the ÖGDV include “standardizing diagnostics, treatment, follow-up care/controls” (by means of guidelines, information sheets), carrying out validity assessments on dermatological topics and issues as an “authoritative source”, acting as an “independent corrective authority against manip-

gegen manipulierende Des- und Fehlinformation vor allem angesichts niederschwellig zugänglicher Informations- und Kommunikationsquellen“ aufzutreten und die „Stärkung der allgemeinen Haut- und Gesundheitskompetenz sowie von präventivem Gesundheitsverhalten durch Kampagnen in Medien mit hoher Reichweite“ voranzutreiben. Gerade die Stärkung der dermatologischen Gesundheitskompetenz ist eine Schlüsselaufgabe der Fachgesellschaft, um mündigere Patienten zielgerichteter durch das Gesundheitssystem zu lotsen.

Auch wird der ÖGDV eine **objektive Position** hinsichtlich der Bewertung des medizinischen Bedarfes sowie des Nutzens neuer Medikamente attestiert (**MW 8,23**). Diese Funktion auszuüben ist angesichts der Entwicklungen im Gesundheitssystem von besonderer Bedeutsamkeit. So gewinnt der Stellenwert von Gesundheit, Gesundheitsbewusstsein und -kompetenz (als Voraussetzung für mehr Eigenverantwortlichkeit und präventives bzw. gesundheitsförderndes Verhalten) in einer überalternden, multimorbiden Gesellschaft und einem ressourcenlimitierten Gesundheitssystem weiter an Bedeutung. Die Nachfrage von Gesundheit als besonders erstrebenswerte Errungenschaft verstärkt die Transformation des Gesundheitsmarktes von einem regulierten **Angebotsmarkt hin zu einem vielseitigen Nachfragemarkt**. Folgeerscheinungen wie Liberalisierung, Privatisierung, Ökonomisierung, Kommerzialisierung und verstärkte Fragmentierung der Versorgung bedürfen einer kritischen wie objektiven Beobachtung, welche die ÖGDV als eine ihrer Kernaufgaben versteht.

Abschließend wurde die **Qualität** der dermatologischen Versorgungsleistung in Österreich von den Teilnehmenden der Umfrage als gut (**MW 7,25**; abweichend hinterlegte Skala 1/inexistent, katastrophal schlecht bis 10/optimal) und ihre **Effizienz** nur geringfügig schlechter (**MW 6,18**) bewertet.

Aus den Umfrageergebnissen, Freitextkommentaren sowie Beiträgen einer im Rahmen der OEADF-Jahrestagung am 10. Mai 2024 in Wien veranstalteten Podiumsdiskussion zu Thema und Ergebnissen der Umfrage unter Beteiligung diverser Stakeholder (Vertretung von Niederlassung, Klinik, nachrückender Generation, Ärztekammer, Bundesministerium, Politik, Industrie) lassen sich in Ergänzung und Präzisierung der bisherigen Inhalte des Masterplans weitere Anhalte für Maßnahmen und Handlungsfelder ableiten (Tab. 1).

Tab. 1. Wesentliche, sich aus der Umfrage und Diskussion ergebende Aktionspunkte:

■ Ausbildungsqualität sichern

- Zentrale, sektorenübergreifende Steuerung der Ausbildung mit Anpassung des Ausbildungsschlüssels an den Versorgungsbedarf
- Verpflichtende Ausbildungszeit in Lehrordinationen und deren Attraktivierung (Administration, Vergütung, hybride Anstellungsmöglichkeit mit z.B. Spitalsanteil)

ulative disinformation and misinformation, especially in view of low-threshold accessible sources of information and communication”, and promoting the “strengthening of general skin and health competences as well as preventive health behavior through media campaigns with a wide impact”. Strengthening dermatological health literacy in particular is a key task for the specialist society, as this enables them to guide more mature patients efficiently through the healthcare system.

The ÖGDV is also considered to have an **objective position** with regard to the assessment of medical needs and the benefits of new medicines (**MW 8.23**). Performing this function is of particular importance in view of developments in the healthcare system. The importance of health, health awareness, and health literacy (as a prerequisite for more personal responsibility and preventive or health-promoting behavior) is becoming increasingly important in an aging, multimorbid society and with a resource-limited healthcare system. The demand for health as a particularly desirable achievement reinforces the transformation of the healthcare market **from a regulated supply market to a versatile demand market**. Consequential phenomena such as the liberalization, privatization, economization, commercialization, and increased fragmentation of care require critical and objective observation, which the ÖGDV sees as one of its core tasks.

In conclusion, the **quality** of dermatological care in Austria was rated as good by the participants in the survey (**MW 7.25**; scale ranging from 1 (non-existent, catastrophically bad) to 10 (optimal)) and its **efficiency** as only slightly worse (**MW 6.18**).

Based on the survey results, free-text comments, and contributions from a panel discussion on the topic held as part of the OEADF annual conference in Vienna on May 10, 2024, with the participation of various stakeholders (representatives of branch offices, clinics, the next generation, of the Austrian Medical Chamber, the Federal Ministry, politics, industry), further indications for measures and fields of action can be derived to supplement and specify the previous contents of the master plan (Table 1).

Table 1: Key action points resulting from the survey and discussion

■ Ensure training quality

- Central, cross-sectoral management of training programs, whereby these must be adjusted to meet the care requirements
- Mandatory training period in teaching practices and making these more attractive (administration, remuneration, hybrid employment options with, for example, a hospital component)

- Dermatologisches Modul in Basisausbildung für alle Fachrichtungen
- Ausbildungsverbünde und -rotationen zur Sicherstellung einer umfassenden Ausbildung; Zugänglichkeit von Zentrumsexpertise und Stärkung strategischer Ausbildungsschwerpunkte (wie Dermatohistopathologie, Allergologie, Dermatoonkologie, Dermatochirurgie, Gutachtertätigkeit)
- **Deregulierung vorantreiben**
 - Unregulierten Zusammenschluss von Ärzt:innen und flexible Teilung von Kassenverträgen ermöglichen
 - Aufhebung standortbezogener Kassenstellen/maximaler Ordinationsstandorte/Scheinlimits angesichts verstärkter Verlagerung von Versorgungsbereichen nach extramural
 - Vorschriften, Verordnungen flexibler gestalten, kontraproduktive Restriktionen abbauen (Öffnungszeiten, Altersgrenze; Abrechenbarkeit von umfangreichen, spezialisierten und adäquat honorierten Leistungen im niedergelassenen Bereich)
 - Möglichkeit schaffen, ambulante Versorgungsstrukturen eigeninitiativ aus- bzw. aufzubauen
- **Lenkungsbedarf adressieren**
 - Dermatologische Qualifizierungsmaßnahmen für angemessene Triage durch Hausärzt:innen/Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin mit Gatekeeper-Funktion (Kapazitäten/Kompetenzen schärfen in Basisausbildung und mittels Fortbildungsangeboten)
 - Etablierung sektorenverbindender Versorgungspfade unter Einbindung entsprechender Lotsenstrukturen
- **Zusammenarbeit fördern**
 - Etablierung/Vertiefung von Allianzen und Kooperationsstrukturen für Synergien und gegen unnötige Redundanzen (intra-/extramural, regional, national, international; klinische Versorgung, Forschung, Ausbildung)
 - National abgestimmte Schwerpunkte und Hochtechnologie in den Kliniken, die jede für sich aber weiterhin das gesamte dermatologische Spektrum abbilden soll
 - Institutionalisierte Zugänglichkeit zu/Austausch mit Kompetenzzentren/Expert:innen fördern
- **Attraktivierung der kassen- und spitalsärztlichen Tätigkeit**
 - Informationsveranstaltungen zur beruflichen Tätigkeit in der Niederlassung, Hospitationsmöglichkeiten und Lehrpraxisstellen für in Ausbildung Stehende/Interessenten
 - Attraktivierung des Leistungskataloges und Weiterentwicklung anhand des Versorgungsbedarfes. Der Honorierungskatalog darf nicht Fehlentwicklungen vorantreiben, die die niederschwellige Zugänglichkeit von notwendigen medizinischen Leistungen gefährden. Gleichzeitig muss in der Bewertung des Versorgungsniveaus strikter zwischen Bedarf und individuellen Bedürfnissen unterschieden werden. Während ersterer dem allgemeinen Versorgungsauftrag unter-

- Dermatology module in basic training programs for all specializations
- Training networks and rotations to ensure comprehensive training, accessibility of center expertise and strengthening of strategic training foci (e.g., dermatohistopathology, allergology, dermatooncology, dermatosurgery, expert activities)
- **Push deregulation**
 - Enable unregulated mergers of doctors and flexible sharing of health insurance contracts
 - Abolish location-based health insurance fund positions, maximum surgery locations, or sham limits in view of the increased shift of care areas to extramural locations
 - Make regulations and prescriptions more flexible, remove counterproductive restrictions (opening hours, age limit; billing of extensive, specialized and adequately remunerated services in private practice)
 - Create opportunities to develop and establish outpatient care structures on a personal initiative
- **Address the need for guidance**
 - Develop dermatological qualification measures for appropriate triage by general practitioners and specialists in general medicine with a gatekeeper function (improve capacities and skills in basic training and by offering continuing education courses)
 - Establish sector-linking care pathways by integrating the corresponding pilot structures
- **Promote cooperation**
 - Establish or deepen alliances and cooperation structures to encourage synergies and prevent unnecessary redundancies (intra/extramural, regional, national, international, in clinical care, research, training)
 - Create nationally coordinated focal points and support high technology in the clinics, each of which will continue to cover the entire dermatological spectrum
 - Promote institutionalized accessibility to or exchange with competence centers and experts
- **Make the work of panel and hospital doctors more attractive**
 - Offer information events on professional activities in the branch office, work shadowing opportunities, and teaching practice positions for trainees and interested parties
 - Make the service catalog more attractive and develop it further based on the need for care. The remuneration catalog must not support undesirable developments that jeopardize the low-threshold accessibility of necessary medical services. At the same time, a stricter distinction must be made between need and individual requirements when assessing the level of care. While the former is subject to the general care mandate, the latter is deliberately and intentionally not fully covered.

liegt, sind letztere dadurch bewusst und gewollt nicht vollumfänglich abgedeckt.

- Praxisgründungsunterstützung, Schulungen (Buchhaltung, Personalführung, Personalsuche, Digitalisierung, Marketing, Leadership/Kommunikation; Optimierungsanalysen zu Organisation und Prozessen)
- Bürokratieabbau gemäß Empfehlung einer zu schaffenden Arbeitsgruppe der ÖGDV
- Flexible, z.B. hybride Arbeitszeit- und Anstellungsmodelle; Kooperationsmodelle mit den Kassen (z.B. vorgelagerte Ordinationen als Joint Venture von Spital und Kassen)

■ **Attraktivierung der spitalsärztlichen Tätigkeit**

- Konkurrenzfähiges Gehalt, flexible Arbeitszeitmodelle, Möglichkeit extramuraler Nebenbeschäftigung

■ **Expertisesicherung angesichts absehbarer Pensionierungswelle**

- Maßnahmen, um Expertise und Erfahrung Versorgungswirksam verfügbar zu halten (Eldercare, Senior Consultants)
- Qualifizierten Nachwuchs sichern

■ **Fachgesellschaft, Fachgruppe**

- Gremiale Vertretung von Spitals-, Kassen-, Wahlärzten verstärken
- Breitere Einbindung der Hautärzt:innen in Entscheidungen (z.B. Online-Befragungen)
- Standardisierung von Diagnostik, Behandlung, Nachsorgen/Kontrollen durch Leitlinien, Informationsbögen
- Attraktives Angebot an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sicherstellen
- Stärkung der allgemeinen Haut- und Gesundheitskompetenz sowie von präventivem Gesundheitsverhalten durch Kampagnen in Medien mit hoher Reichweite
- Standespolitisches Engagement in Ärztekammer und Parlament/Gesundheitsministerium, um die Bedeutung der Dermatologie für Prävention und Behandlung gesellschaftlich relevanter Erkrankungen zu betonen, die Bindung politischer Entscheidungen an einen Expertenrat sicherzustellen und eine starke Position bei Verhandlungen der Remunerationsschemata und gegen weitere Einsparung von Betten, Primariaten und Facharztposten einzunehmen, um einen Verlust an Lehrkapazität, fachlicher Kompetenz und Breite sowie potentieller Wertschöpfung zu verhindern
- Mitsprache bei der Definition, Erfassung und Validierung von Qualitäts-, Leistungs- und Effizienzparametern für die Ver- und Zuteilung von Ressourcen; Unterstützung von sektorenübergreifenden „all-policies“ Kosten-Nutzen-Analysen
- Validitätsbeurteilung medizinischer Innovationen/dermatologischer Inhalte/Themen durch die Fachgesellschaft als „authoritative source“

- Practice start-up support, training (accounting, personnel management, recruitment, digitalization, marketing, leadership/communication; optimization analyses of organization and processes)
- Reduce bureaucracy as recommended by a working group to be set up by the ÖGDV
- Introduce flexible (e.g., hybrid) working time and employment models; cooperation models with health insurance funds (e.g., upstream surgeries as joint ventures between hospitals and health insurance funds)

■ **Make the work of hospital doctors more attractive**

- Offer more competitive salaries, flexible working time models, and the possibility of extra-mural part-time employment

■ **Secure expertise in the face of a foreseeable wave of retirements**

- Develop measures to keep expertise and experience available for effective care (eldercare, senior consultants)
- Secure qualified young talent

■ **Specialist society, specialist group**

- Strengthen committee representation of hospital, panel, and elective doctors
- More broadly involve dermatologists in decisions (e.g., online surveys)
- Standardize diagnostics, treatment, aftercare and controls by providing guidelines, information sheets
- Ensure an attractive range of training and development opportunities
- Strengthen general skin and health literacy and promote preventive health behavior by carrying out high-impact media campaigns
- Encourage professional engagement in the Austrian Medical Chamber and Parliament/Ministry of Health to emphasize the importance of dermatology for the prevention and treatment of socially relevant diseases, ensuring that political decisions are tied to a council of experts, taking a strong position in negotiations on remuneration schemes, and preventing further cuts in beds, departments/chairs, and specialist positions. This will prevent a loss of teaching capacity, specialist expertise, and breadth, as well as potential added value
- Increase participation in the definition, recording, and validation of quality, performance, and efficiency parameters for the allocation and assignment of resources; provide support for cross-sectoral “all-policies” cost-benefit analyses
- Support a validity assessment of medical innovations, dermatological content, and topics by the specialist society as an “authoritative source”

■ **Sicherstellung von Innovation** (Digitalisierung, Telemedizin, KI; 3D Printing, Präzisionsmedizin) und **Attraktivität als Studienstandort**

- Methodische/administrative/regulatorische Professionalisierung vorantreiben (Studien- und Innovationsmanagement und -administration; Verwertung/IP; technologische/methodische Schulung/Ausbildung/Expertiseaustausch)
- Zentralisierung/Beschleunigung der Genehmigungs- und Prüfungsverfahren für klinische Studien durch Musterverfahren/Rahmenverträge/Zentralregister
- Förderprogramme für physician/clinician scientists
- Forschungsstruktur/-kultur etablieren (geschützte Forschungszeit, Studienassistent; Personalbemessung für die klinische Forschung im Stellenplan)
- Existentielle Partnerschaften mit Industrie in Grundlagen-, translationaler, klinischer Forschung unter Einhaltung der internen Compliance-Regeln fördern, inkl. Privat-Public-Partnership-Modellen
- Eingeschränkte oder fehlende Zugänglichkeit von Technologie für bestimmte Bevölkerungsgruppen (ältere Generation, Unterprivilegierte) im Zuge der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung berücksichtigen und komplementäre Versorgungsmaßnahmen sicherstellen.

Danksagung und Aufruf

Die durch diese Umfrage gewonnenen Erkenntnisse sind für die ÖGDV von großem Wert. Aus diesem Grund möchten wir allen Mitgliedern nochmals herzlich für deren Mitwirkung danken. Bitte bleiben Sie diesem Projekt gewogen und engagieren sich unkompliziert und jederzeit, denn Ihre Anliegen sind unser Auftrag.

Korrespondenz: m.laimer@salk.at

■ **Ensure innovation** (digitalization, telemedicine, AI, 3D printing, precision medicine) and **attractiveness as a study location**

- Advance methodological, administrative, regulatory professionalization (study and innovation management, administration, exploitation or IP, technological, or methodological training, education, or exchange of expertise)
- Centralize or accelerate approval and review procedures for clinical trials through model procedures, framework agreements, and central registers
- Fund programs for physician or clinician scientists
- Establish research structure or culture (protected research time, study assistance, staffing levels for clinical research in the staffing plan)
- Promote existential partnerships with industry in basic, translational, and clinical research in compliance with internal compliance rules, including private-public partnership models
- Consider limited or lack of accessibility to technology in certain population groups (older generation, underprivileged) when planning the digitalization of healthcare and ensure complementary care measures

Acknowledgement and appeal

The insights gained from these survey results are of great value to the ÖGDV. For this reason, we would like to thank all members once again for their participation. Please remain committed to this project and get involved in any way that you can and at any time, because addressing your concerns is our mission.

Correspondence: m.laimer@salk.at

Literatur:

1. Laimer M, Bauer JW, Wolf P. Die österreichische Dermatologie: Fit für die Zukunft? SKIN (Austrian Edition). 2024;2(2):30–4.

2. Laimer M, Posch C, Bauer J. Die österreichische Dermatologie: Fit für die Zukunft? J Dtsch Dermatol Ges. 2024;22(6): 900–1.

<https://doi.org/10.61783/oegdv10406>

ÖGDV SURVEY 2023

Peter Wolf^{1,2}, Johann W. Bauer^{1,3}, Regina Fink-Puches^{1,2}, Robert Müllegger^{1,4}, Christian Posch^{1,5,6}, Stefan Wöhrl^{1,7}, Martin Laimer^{1,3}

Die ÖGDV-Erhebung 2023 zur ambulanten und stationären dermatovenerologischen Versorgung an den Universitätskliniken und Abteilungen für Dermatologie Österreichs

¹ Präsidium, ÖGDV - Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie, Wien

² Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Medizinische Universität Graz, Graz

³ Universitätsklinik für Dermatologie und Allergologie, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

⁴ Universitätsklinikum Wr. Neustadt, Klinische Abteilung für Dermatologie und Venerologie

⁵ Dermatologische Abteilungen Klinik Hietzing und Landstraße, Wr. Gesundheitsverbund, Wien

⁶ Fakultät für Medizin, Sigmund Freud Privatuniversität Wien, Wien

⁷ FAZ, Floridsdorfer Allergiezentrum, Floridsdorf, Wien

Zusammenfassung

Eine Datenerhebung und Extrapolation der ÖGDV beziffert die österreichweite Frequenz der ambulanten dermatologischen Fälle an den Universitätskliniken und Abteilungen für Dermatologie Österreichs mit 300,600 pro Jahr und jene der stationären Aufnahmen mit 24,000 (Datengrundlage 2023). Die häufigsten Gründe für eine stationäre Aufnahme anhand von insgesamt 10 definierten Kategorien waren mit 35% schwere Infektionen der Haut, gefolgt von Operationen bei Hauttumoren (19%), entzündlichen Hautkrankheiten/Autoimmundermatosen (13%), Gefäßerkrankungen der Haut (9%), Melanombehandlung/medikamentöse dermato-onkologische Therapien (ohne Lymphome; 9%), Allergien (8%), sonstigen Operationen der Haut und Weichteile (4%), Lymphomerkkrankungen (1%), Photochemotherapien (1%) sowie sonstigen Hauterkrankungen (4%). Diese Daten unterstreichen die beachtlichen Leistungen der österreichischen Dermatologie und Venerologie im tertiären Bereich über die gesamte Fachbreite und alle Subdisziplinen hinweg.

Einleitung

Wie rezent berichtet, erarbeitete die ÖGDV den Masterplan 2030ff, um als dermatologische Gemeinschaft besser auf die

Peter Wolf^{1,2}, Johann W. Bauer^{1,3}, Regina Fink-Puches^{1,2}, Robert Müllegger^{1,4}, Christian Posch^{1,5,6}, Stefan Wöhrl^{1,7}, Martin Laimer^{1,3}

2023 ÖGDV survey on outpatient and inpatient dermatovenerological care at university hospital and state hospital departments of dermatology in Austria

¹ Presidium, ÖGDV Austrian Society for Dermatology and Venereology, Vienna

² Department of Dermatology and Venereology, Medical University of Graz, Graz

³ Department for Dermatology and Allergology, Paracelsus Medical University, Salzburg

⁴ State Hospital Wr. Neustadt, Department of Dermatology and Venereology

⁵ Dermatology Departments Hospital Hietzing and Landstraße, Wr. Gesundheitsverbund, Vienna

⁶ Faculty of Medicine, Sigmund Freud Private University, Vienna

⁷ FAZ, Floridsdorf Allergy Center, Floridsdorf, Vienna

Summary

A survey and extrapolation of data by the ÖGDV puts the frequency of outpatient dermatology cases at university hospital and state hospital departments of dermatology in Austria at 300,600 per year and that of inpatient admissions at 24,000 (2023 dataset). Based on a total of 10 defined categories, the most common reasons for inpatient admission were severe skin infections (35%), followed by surgery for skin tumors (19%), inflammatory skin diseases or autoimmune dermatoses (13%), vascular diseases of the skin (9%), melanoma treatment or medical dermato-oncological therapies (excluding lymphomas, 9%), allergies (8%), other skin and soft tissue surgery (4%), lymphoma (1%), photochemotherapy (1%), and other skin diseases (4%). The results of the data analysis underline the remarkable achievements of Austrian dermatologists and venereologists in the tertiary sector across the entire spectrum of specialties and all sub-disciplines.

Introduction

As recently reported, the ÖGDV developed the Master Plan 2030ff to be better prepared for the future as a der-

Zukunft vorbereitet zu sein^{1,2}. Eines der ersten Ziele, die sich aus dem Vorhaben ergaben, war es, belastbare Zahlen zur Versorgung der Patienten im Bereich der Dermatologie und Venerologie in Österreich zu gewinnen. Aus diesem Grund erfolgte im Mai 2023 eine österreichweite Umfrage unter den niedergelassenen Hautfachärzten. Die diesbezüglichen Ergebnisse wurden jüngst veröffentlicht³. Etwa zeitgleich erfolgte auch eine Datenerhebung an den Universitätskliniken und Abteilungen für Dermatologie hinsichtlich ambulanter und stationärer Frequenzen und der medizinischen Gründe für stationäre Aufnahmen.

Methoden

Datenerhebung zur Versorgung von Patienten an den Universitätskliniken und Abteilungen für Dermatologie

Die Datenerhebung erfolgte von April bis Juni 2023 mittels strukturierter EXCEL-Blätter, welche über das Sekretariat der Gesellschaft an die 6 Universitätskliniken und 8 Abteilungen für Dermatologie und Venerologie und/oder Allergologie in Österreich (www.oegdv.at) übermittelt wurden. Die Abfrage beinhaltete die Anzahl der Frequenzen an ambulanten Patienten sowie der stationären Aufnahmen pro Jahr. Die medizinischen Gründe für stationäre Aufnahme wurden gemäß definierter Kategorien querschnittsmäßig an einem Tag pro Woche (bevorzugt Dienstag oder Mittwoch) mehrfach (2- bis 4-mal) im angegebenen Zeitraum an den teilnehmenden Universitätskliniken und Abteilungen für Dermatologie Österreichs erfasst. Die Kategorien für den vordergründigen stationären Aufnahmegrund wurden wie folgt definiert.

1. Chirurgische Tumorsanierung (Basalzellkarzinome, Plattenepithelkarzinome, Melanome, Sarkome und seltene Tumore)
2. Infektionen der Haut (bakteriell, viral, parasitär)
3. Dermatoonkologie-Therapien (ohne Lymphome), Nebenwirkungs- und Komplikationsmanagement; palliative Fälle
4. Entzündliche Dermatosen/Autoimmundermatosen/ autoinflammatorische Dermatosen (insbesondere Erythrodermien unterschiedlicher Genese, einschließlich atopischer Dermatitis und Psoriasis sowie bullöser Dermatosen, Sklerodermie, und Lupus)
5. Allergie-Testung/Arzneimittelreaktionen
6. Gefäßerkrankungen der Haut/Ulzerationen
7. Operative Versorgung sonstiger Hauterkrankungen (z.B. Hidradenitis suppurativa u.a.)
8. Lymphome der Haut – Diagnostik und Therapie
9. Photopherese und Phototherapie
10. Sonstige Erkrankungen und Kombinationen der Kategorie 1-9

matological community^{1,2}. One of the first goals defined in the plan was to obtain reliable figures on patient care in the field of dermatology and venereology in Austria. For this reason, an Austria-wide survey of dermatologists in private practice was conducted in May 2023. The results were recently published³. At around the same time, data were also collected at university dermatology clinics and skin departments to determine outpatient and inpatient case frequencies and the medical reasons for inpatient admissions.

Methods

Data collection on patient care at university hospital and state hospital departments of dermatology

Data were collected from April to June 2023 using structured Microsoft Excel sheets, which were sent to the six university hospitals and eight departments of dermatology and venereology and/or allergology in Austria (www.oegdv.at) by the ÖGDV's secretary. The survey collected information on the number of outpatients and inpatient admissions per year. The medical reasons for inpatient admission were recorded cross-sectionally on one day per week (preferably a Tuesday or a Wednesday) several times (2–4 times) in the specified period at the participating university hospital and state hospital departments of dermatology in Austria according to the defined categories. The categories for the primary reason for inpatient admission were defined as follows.

1. Surgical tumor treatment (basal cell carcinomas, squamous cell carcinomas, melanomas, sarcomas, and rare tumors)
2. Infections of the skin (bacterial, viral, parasitic)
3. Dermatoonkology (excluding lymphomas) - therapies, management of side effects and complications, as well as palliative cases
4. Inflammatory dermatoses/autoimmune dermatoses/autoinflammatory dermatoses (in particular erythroderma of various origins, including atopic dermatitis and psoriasis, as well as bullous dermatoses, scleroderma, and lupus)
5. Allergy testing/drug reactions
6. Vascular diseases of the skin/ulcerations
7. Surgical treatment of other skin diseases (e.g., hidradenitis suppurativa)
8. Lymphomas of the skin - diagnosis and therapy
9. Photopheresis and phototherapy
10. Other diseases and combinations of categories 1–9

Ergebnisse

Ambulante und stationäre Frequenzen

Daten wurden von insgesamt 12/14 (86%) der Abteilungen/Kliniken Österreichs übermittelt. Um Ergebnisse für ganz Österreich darstellen zu können, erfolgte eine einwohnerbezogene Extrapolation der übermittelten Daten. So wurden die Daten auf die Bevölkerung im Einzugsgebiet einer Klinik/einer Abteilung, von der keine Rückmeldung vorlag, beruhend auf dem Durchschnittswert der anderen Kliniken/Abteilungen hochgerechnet. Insgesamt ergaben sich somit österreichweit 300,600 ambulante Fallzahlen und 24,000 stationäre Aufnahmen an den dermatologischen Kliniken und Abteilungen.

Medizinische Gründe der stationären Aufnahme

Daten wurden von insgesamt 9 bettenführenden Abteilungen/Kliniken Österreichs übermittelt. Bezogen auf die Gesamtzahl der im Untersuchungszeitraum verfügbaren dermatologischen Betten an den Universitätskliniken und Abteilungen für Dermatologie in Österreich betrug die Rückmeldequote 78% (223/287). Die Ergebnisse sind in der Abbildung für die einzelnen Kliniken/Abteilungen sowie mit dem Durchschnittswert für ganz Österreich dargestellt. Die häufigsten Gründe für eine stationäre Aufnahme sind mit 35% schwere Infektionen der Haut, gefolgt von Operationen bei Hauttumoren (19%), entzündlichen Hautkrankheiten (13%), Gefäßerkrankungen der Haut (9%), Melanombehandlung/medikamentöse dermato-onkologische Therapien (9%) und

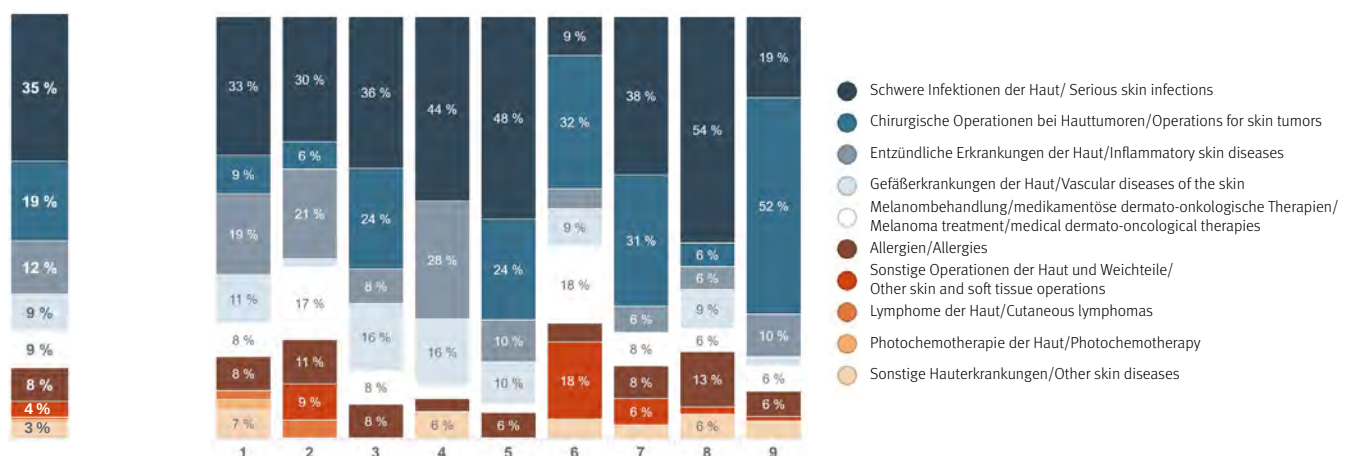
Results

Outpatient and inpatient frequencies

Data were submitted by a total of 12/14 (86%) of the departments/clinics in Austria. A population-based extrapolation of the transmitted data was carried out, enabling results for the whole of Austria to be presented. The data were extrapolated to the population within the catchment area of a clinic/department from which no response was received, based on the average value of the other clinics/departments. This resulted in a total of 300,600 outpatient cases and 24,000 inpatient admissions to dermatology clinics and departments throughout Austria.

Medical reasons for inpatient admission

Data were submitted by a total of nine departments/clinics performing bed management in Austria. In relation to the total number of dermatology beds available at university hospital and state hospital departments of dermatology during the study period, the response rate was 78% (223/287). The results are shown in the figure for the individual clinics/departments and as an average value for Austria as a whole. The most common reasons for inpatient admission are serious skin infections (35%), followed by operations for skin tumors (19%), inflammatory skin diseases (13%), vascular diseases of the skin (9%), melanoma treatment/medical dermato-oncological



Österreichweiter
Durchschnittswert

Einzelne Kliniken/Abteilungen (1-9)

Abbildung 1. Top 10 Gründe/Kategorien für eine stationäre Aufnahme an den Universitätskliniken und Abteilungen für Dermatologie Österreichs

Figure 1: Top 10 reasons/categories for inpatient admission to university hospital and state hospital departments of dermatology in Austria

Allergien mit 8%. Stationäre Aufnahmen aufgrund sonstiger Operationen der Haut und Weichteile, wegen Lymphomen, Photochemotherapien/Photopherese und sonstiger Hauterkrankungen ergänzen das Spektrum dermatologischer Aufnahmegründe.

Die stationären Aufnahmegründe (Kategorie 1-10, siehe Methoden) sind in Prozenten für die einzelnen Kliniken/Abteilungen (1-9) dargestellt. Die linke separate Säule stellt den österreichweiten Durchschnitt dar.

Fazit

Diese Datenerhebung und Extrapolation der ÖGDV liefert belastbare Zahlen zur Versorgung der Patienten im tertiären Bereich der Dermatologie und Venerologie in Österreich.

Danksagung: Ein besonderer Dank ergeht an alle Vorstände/Leiter der Universitätshautkliniken und Hautabteilungen Österreichs (www.oegdv.at), die diese Datenerhebung unterstützt haben sowie an Frau Evelyn Reiterer für die Aufbereitung der Daten und Frau Dr. Natalie Bordag für die Gestaltung der Graphik.

Korrespondenz: peter.wolf@medunigraz.at

cal therapies (9%), and allergies (8%). Inpatient admissions due to other skin and soft tissue operations, lymphomas, photochemotherapy/photopheresis, and other skin diseases add to the spectrum of dermatological reasons for admission.

The reasons for inpatient admission (categories 1–10, see methods) are shown as percentages for the individual clinics/departments (1–9). The separate column on the left represents the Austria-wide average.

Conclusion

This data collection and extrapolation by the ÖGDV provides reliable figures on patient care in the tertiary fields of dermatology and venereology in Austria.

Acknowledgments: Special thanks go to all ÖGDV Board members/heads of the university dermatology clinics and skin departments in Austria (www.oegdv.at) who supported this data collection, to Ms. Evelyn Reiterer for preparing the data, and to Dr. Natalie Bordag for designing the graphic.

Correspondence: peter.wolf@medunigraz.at

Literatur:

1. Laimer M, Bauer JW, Wolf P. Die österreichische Dermatologie: Fit für die Zukunft? SKIN (Austrian Edition). 2024;2(02):30–4.
2. Laimer M, Posch C, Bauer J. Die österreichische Dermatologie: Fit für die Zukunft? J Dtsch Dermatol Ges. 2024;22(6):900–1.
3. Wolf P, Laimer M, Fink-Puches R, Wöhl S, Fiebiger M, Müllegger R, Bauer J. Ergebnisse und Analyse der 2023-ÖGDV-Umfrage zur dermatologischen Versorgung im Bereich der niedergelassenen Hautfachärzt:innen in Österreich. SKIN (Austrian Edition). 2024;2(03):31–7.

Robert Müllegger^{1,2}, Jörg R. Weber^{3,4}, Bernhard Iglseder^{5,6}

Aufnahme der Herpes-Zoster-Impfung in ein kostenfreies Erwachsenenimpfprogramm in Österreich

¹ Präsidium, Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie, Wien

² Abteilung für Dermatologie und Venerologie, Landesklinikum Wiener Neustadt, Wiener Neustadt

³ Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie, Wien

⁴ Abteilung für Neurologie, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Klagenfurt

⁵ Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie, Wien

⁶ Universitätsklinik für Geriatrie, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, Salzburg

Sehr geehrte Herausgeber – Die Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV), unterstützt durch die Österreichische Gesellschaft für Neurologie (ÖGN) und die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) begrüßen den Ausbau der Impfprävention in Österreich und sprechen sich für die Kostenübernahme der Herpes-Zoster-Impfung im Rahmen eines Erwachsenenimpfprogrammes aus.

Herpes Zoster (HZ) ist eine neurokutane Viruserkrankung, die auf die Reaktivierung von latent im Körper persistierenden Varizella-Zoster-Viren (VZV) zurückzuführen ist¹. Es handelt sich um eines der häufigsten akuten Krankheitsbilder der Haut, jedoch sind durch die vielfältigen Komplikationen Ärzte aus unterschiedlichsten Fachbereichen damit befasst². Nahezu alle ≥ 50 -Jährigen sind mit VZV infiziert³, etwa jeder Dritte erkrankt im Laufe des Lebens an HZ⁴. Basierend auf Zahlen aus Deutschland ist für Österreich von etwa 30.000–40.000 Erkrankungen pro Jahr auszugehen². HZ kann in jedem Lebensalter auftreten, die Inzidenz nimmt aber ab dem 50. Lebensjahr signifikant zu⁵. Neben dem Alter ist Immunsuppression, etwa durch Grunderkrankungen oder als Folge immunmodulierender Therapien der wesentlichste Risikofaktor⁶. Unter anderem bedingt durch den demographischen Wandel und die steigende Zahl immunsupprimierter Patienten ist zukünftig mit einem weiteren Anstieg der Fallzahlen zu rechnen^{1,7}.

HZ verursacht eine erhebliche Krankheitslast und führt zu starken Einschränkungen in der Lebensqualität der Betroffenen⁸. Die durch HZ verursachten Schmerzen zählen zu den stärksten in der Humanmedizin beobachteten^{2,9}. HZ kann mit schwerwiegenden Verläufen und Komplikationen einhergehen^{2,10}. Die generelle Komplikationsrate erreicht je nach Studie bis über 30% und liegt bei Immunsuppression noch deutlich darüber¹⁰.

Robert Müllegger^{1,2}, Jörg R. Weber^{3,4}, Bernhard Iglseder^{5,6}

Inclusion of the herpes zoster vaccination in a free adult vaccination program in Austria

¹ Presidium, Austrian Society for Dermatology and Venereology, Vienna

² Department of Dermatology and Venereology, Landesklinikum Wiener Neustadt, Wiener Neustadt

³ Board of the Austrian Society of Neurology, Vienna

⁴ Department of Neurology, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Klagenfurt

⁵ Board of the Austrian Society for Geriatrics and Gerontology, Vienna

⁶ Department of Geriatrics, Paracelsus Medical University Salzburg, Salzburg

Dear editors – The Austrian Society for Dermatology and Venereology (ÖGDV), supported by the Austrian Society for Neurology (ÖGN) and the Austrian Society for Geriatrics and Gerontology (ÖGGG), welcome the expansion of vaccination prevention in Austria and are in favor of covering the costs of the herpes zoster vaccination as part of an adult vaccination program.

Herpes zoster (HZ) is a neurocutaneous viral disease caused by the reactivation of latent varicella zoster viruses (VZV) persisting in the body¹. It is one of the most common acute skin diseases, but due to the wide range of complications, doctors from many different specializations are involved in its treatment². Almost all ≥ 50 -year-olds are infected with VZV³, and around one in three will develop HZ in the course of their lives⁴. Based on figures from Germany, around 30,000–40,000 cases per year can be assumed to occur in Austria². HZ can occur at any age, but the incidence increases significantly from the age of 50 and on⁵. In addition to age, immunosuppression resulting, for example, from underlying diseases or immunomodulating therapies, is the most significant risk factor⁶. Due to demographic change and the increasing number of immunosuppressed patients, a further increase in the number of cases is expected in the future^{1,7}.

HZ places a considerable disease burden on and severely limits the quality of life of those affected⁸. The pain caused by HZ is among the most severe in human medicine^{2,9}. HZ can be associated with severe courses and complications^{2,10}. Depending on the study, the general complication rate can exceed 30% and is significantly higher in cases of immunosuppression¹⁰. The

Die häufigste Komplikation ist die postherpetische Neuralgie (PHN), die sich durch monatelang andauernde heftige neuropathische Schmerzen äußert, die schwer behandelbar sind und die Lebensqualität massiv einschränken^{2,8,9,11}. Oftmals persistieren die Schmerzen länger als ein Jahr². Wie HZ selbst, weist auch die PHN eine Altersabhängigkeit auf. Während ca. 13% der HZ-Patienten ≥ 50 Jahre betroffen sind, steigt diese Rate bei über 70-Jährigen auf 50%¹¹. Weitere bedeutende Komplikationen sind der Zoster ophthalmicus (Entzündung verschiedener Augenabschnitte, Gefahr der Erblindung), Zoster oticus (Beteiligung des Ohres, Hörminderung, Schwindel und eventuell Fazialisparese) und Manifestationen am Zentralnervensystem (Zoster-Meningoencephalitis) mit einer schlechten Prognose^{2,12}. Darüber stellt HZ einen unabhängigen Risikofaktor für vaskuläre Ereignisse, besonders für Schlaganfälle, transiente ischämische Attacken und Myokardinfarkte dar¹².

Europaweit müssen bis zu 10% der HZ-Fälle stationär behandelt werden². Die Hospitalisierungsrate in Österreich errechnet sich basierend auf Daten der Statistik Austria auf bis zu 7,4%, wobei die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer bei 8–9 Tagen liegt⁷. Die Behandlungsmöglichkeiten der PHN sind begrenzt wirksam. Bei weniger als 50% der Patienten ist eine signifikante Symptomreduktion zu erreichen¹¹. Darüber hinaus schränken, gerade bei älteren Patienten, Neben- und Wechselwirkungen die therapeutischen Möglichkeiten ein.

Abgesehen von einer Impfung gibt es bei HZ keine Präventionsmöglichkeit. Seit 2021 steht in Österreich ein rekombinanter Totimpfstoff gegen HZ und PHN zur Verfügung, der im Österreichischen Impfplan für alle Erwachsenen ab 50 Jahren sowie für Risikogruppen bereits ab 18 Jahren empfohlen ist⁴. Die Impfung ist hocheffektiv. Die Schutzrate beträgt bei über 50-Jährigen insgesamt 97,2%¹⁴. In einer gepoolten Analyse der Zulassungsstudien ZOE-50 und ZOE-70 betrug sie bei ≥ 70 -Jährigen 91,3% gegen HZ und 88,8% gegen PHN¹⁵. Rezenten Daten zufolge beträgt die Schutzrate bei älteren Erwachsenen über einen Gesamtzeitraum von 11 Jahren 87,7%¹⁶. Zahlreiche, auch industrieunabhängige Modellrechnungen belegen die Kosteneffektivität der HZ-Impfung bei älteren Erwachsenen. In Risikogruppen (z.B. Immunsupprimierten) stellt sich die Impfung sogar als kostensparend dar¹⁷. Bedingt durch das hohe Erkrankungsrisiko und die hohe und langanhaltende Wirksamkeit der Impfung müssten abhängig vom Lebensalter nur 6–10 Personen geimpft werden, um einen HZ-Fall zu verhindern und 36–48 Personen, um einen PHN-Fall zu verhindern¹⁸.

Trotzdem ist die Impfung im Gegensatz zu etlichen anderen europäischen Ländern (u.a. Deutschland und Schweiz) in Österreich privat zu finanzieren, was vor allem für sozial schwächer gestellte Bevölkerungsgruppen problematisch ist. Der offiziellen Empfehlung des Nationalen Impfgremiums kann so nur unzureichend nachgekommen werden.

Gestützt auf die vorhandene wissenschaftliche Evidenz, offizielle nationale Empfehlungen und unsere Erfahrungen mit Patienten im klinischen Alltag konkludieren die ÖGDV, die ÖGN und die ÖGGG, dass Impfprävention gegen HZ ein zentraler Bestandteil

most common complication is post-herpetic neuralgia (PHN), which causes severe neuropathic pain that lasts for months, is difficult to treat, and severely restricts the quality of life^{2,8,9,11}. The pain often persists for more than a year². Like HZ itself, PHN also seems to depend on age. While around 13% of HZ patients over the age of 50 are affected, this rate rises to 50% in people over the age of 70¹¹. Other significant complications include zoster ophthalmicus (inflammation of various parts of the eye, risk of blindness), zoster oticus (involvement of the ear, hearing loss, dizziness, and possibly facial nerve palsy), and manifestations in the central nervous system (zoster meningoencephalitis) with a poor prognosis^{2,12}. In addition, HZ is an independent risk factor for vascular events, and particularly strokes, transient ischemic attacks, and myocardial infarctions¹².

Across Europe, up to 10% of HZ cases require inpatient treatment². Based on data from Statistics Austria, the hospitalization rate in Austria is calculated as up to 7.4%, with an average inpatient stay of 8–9 days⁷. The treatment options for PHN have limited effectiveness. A significant reduction in symptoms can be achieved in less than 50% of patients¹¹. In addition, side effects and interactions limit the therapeutic options, especially in elderly patients.

Apart from vaccination, no prevention options are known. Since 2021, a recombinant inactivated vaccine against HZ and PHN has been available in Austria, which is recommended in the Austrian vaccination plan for all adults 50 years of age and older and for risk groups of individuals 18 years of age and older. The vaccination is highly effective. The overall protection rate for people over 50 is 97.2%¹⁴. In a pooled analysis of the ZOE-50 and ZOE-70 pivotal studies, the protection rate was 91.3% against HZ and 88.8% against PHN in ≥ 70 -year-olds¹⁵. According to recent data, the protection rate in older adults over a total period of 11 years is 87.7%¹⁶. Numerous (and industry-independent) model calculations have proved the cost-effectiveness of HZ vaccination in older adults. In risk groups (e.g., immunocompromised people), the vaccination has even proved to be cost-saving¹⁷. Due to the high disease risk and the high and long-lasting effectiveness of the vaccination, depending on age, only 6–10 people would need to be vaccinated to prevent a case of HZ, and 36–48 people to prevent a case of PHN¹⁸.

Nevertheless, in contrast to a number of other European countries (including Germany and Switzerland), vaccination in Austria has to be financed privately, which is particularly problematic for socially disadvantaged population groups. The official recommendation of the National Vaccination Committee, therefore, can only be inadequately fulfilled.

Based on the available scientific evidence, official national recommendations, and our experience with patients in everyday clinical practice, the ÖGDV, the ÖGN, and the ÖGGG conclude that vaccination prevention against HZ must be a central component of preventive healthcare in Austria.

der Gesundheitsvorsorge in Österreich sein muss. Es wird daher gefordert, dass der Zugang zur Impfung für ältere Menschen und Risikopersonen erleichtert wird, indem die HZ-Impfung in ein kostenfreies Erwachsenenimpfprogramm aufgenommen wird.

Korrespondenz: robert.muellegger@wienerneustadt.lknoe.at

For these reasons, we call for access to vaccination to be simplified for older people and people at risk by including the HZ vaccination in a free adult vaccination program.

Correspondence: robert.muellegger@wienerneustadt.lknoe.at

Literatur

1. Kennedy PG, Grinfeld E, Gow JW. Latent varicella-zoster virus is located predominantly in neurons in human trigeminal ganglia. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1998;95(8):4658-62.
2. Gross GE, Eisert L, Doerr HW, et al. S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Zoster und der Postzosterneuralgie. *GMS Infect Dis*. 2020;8:Doco1.
3. Wutzler P, Färber I, Wagenpfeil S, et al. Seroprevalence of varicella-zoster virus in the German population. *Vaccine*. 2001;20(1-2):121-4.
4. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Österreich. Impfplan Österreich 2023/2024, Version 2.0 vom 14.05.2024
5. Kawai K, Gebremeskel BG, Acosta CJ. Systematic review of incidence and complications of herpes zoster: towards a global perspective. *BMJ Open*. 2014;4(6):e004833.
6. Chen SY, Suaya JA, Li Q, et al. Incidence of herpes zoster in patients with altered immune function. *Infection*. 2014;42(2):325-34.
7. Gleitsmann M, Grübl D, Helmenstein C et al. Ökonomische Effekte der Herpes-Zoster-Impfung in Österreich. *Economica GmbH Studie*, April 2024
8. Johnson RW, Bouhassira D, Kassianos G, et al. The impact of herpes zoster and post-herpetic neuralgia on quality-of-life. *BMC Med*. 2010;8:37.
9. Coplan PM, Schmader K, Nikas A, et al. Development of a measure of the burden of pain due to herpes zoster and postherpetic neuralgia for prevention trials: adaptation of the brief pain inventory. *J Pain*. 2004;5(6):344-56.
10. Giannelos N, Curran D, Nguyen C. et al. The incidence of herpes zoster complications: A systematic literature review. *Infect Dis Ther* 2024;13:
11. Gruver C, Guthmiller KB. Postherpetic neuralgia. 2023. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–.
12. Omland LH, Vestergaard HT, Dessau RB, et al. Characteristics and long-term prognosis of Danish patients with varicella zoster virus detected in cerebrospinal fluid compared with the background population. *J Infect Dis*. 2021;224(5):850-859.
13. Parameswaran GI, Wattengel BA, Chua HC, et al. Increased stroke risk following herpes zoster infection and protection with zoster vaccine. *Clin Infect Dis*. 2023;76(3):e1335-e1340.
14. Lal H, Cunningham AL, Godeaux O, et al. Efficacy of an adjuvanted herpes zoster subunit vaccine in older adults. *N Engl J Med*. 2015;372(22):2087-96.
15. Cunningham AL, Lal H, Kovac M, et al. Efficacy of the herpes zoster subunit vaccine in adults 70 years of age or older. *N Engl J Med*. 2016;375(11):1019-32.
16. Strezova A, et al. Adjuvanted recombinant zoster vaccine (RZV) is the first vaccine to provide durable protection against herpes zoster (HZ) in all age ranges ≥50 years: final analysis of efficacy and safety after 11 years (Y) of follow-up. *ECCMID 2024*; Barcelona, Spain. Abstract number: 09154
17. Giannelos N, Ng C, Curran D. Cost-effectiveness of the recombinant zoster vaccine (RZV) against herpes zoster: An updated critical review. *Hum Vaccin Immunother*. 2023;19(1):2168952
18. Curran D, Van Oorschot D, Matthews S et al. Long-term efficacy data for the recombinant zoster vaccine: impact on public health and cost effectiveness in Germany. *Hum Vaccin Immunother*. 2021;17(12):5296-5303

<https://doi.org/10.61783/oegdv10408>

Theresa Benezeder und Peter Wolf

Photo(chemo)therapie bei kutanem T-Zell-Lymphom: Wie sie funktioniert und warum sie so wirksam ist

Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie,
Medizinische Universität Graz, Graz

Yu Z, Vieyra-Garcia P, Benezeder T, Crouch JD, Kim IR, O'Malley JT, et al. **Phototherapy restores deficient type I IFN production and enhances antitumor responses in mycosis fungoides.** *J Invest Dermatol.* 2024;144(3):621–32 e1.

In gemeinsamer Anstrengung haben die Arbeitsgruppen um Rachael Clark in Boston und Peter Wolf in Graz in den letzten Jahren die molekularen Wirkmechanismen der Photo(chemo)therapie beim kutanen T-Zell-Lymphom untersucht¹⁻⁵. Zielgerichtete Behandlung („targeted therapy“) ist das Schlagwort

Theresa Benezeder and Peter Wolf

Photo(chemo)therapy for cutaneous T-cell lymphoma: How it works and why it is so effective

Department of Dermatology and Venereology,
Medical University of Graz, Graz

Yu Z, Vieyra-Garcia P, Benezeder T, Crouch JD, Kim IR, O'Malley JT, et al. **Phototherapy restores deficient type I IFN production and enhances antitumor responses in mycosis fungoides.** *J Invest Dermatol.* 2024;144(3):621–32 e1.

In a joint effort, the research groups led by Rachael Clark in Boston and Peter Wolf in Graz have been investigating the molecular mechanisms of action of photo(chemo)therapy in cutaneous T-cell lymphoma in recent years¹⁻⁵. Targeted treatment (“targeted therapy“) is a frequent-

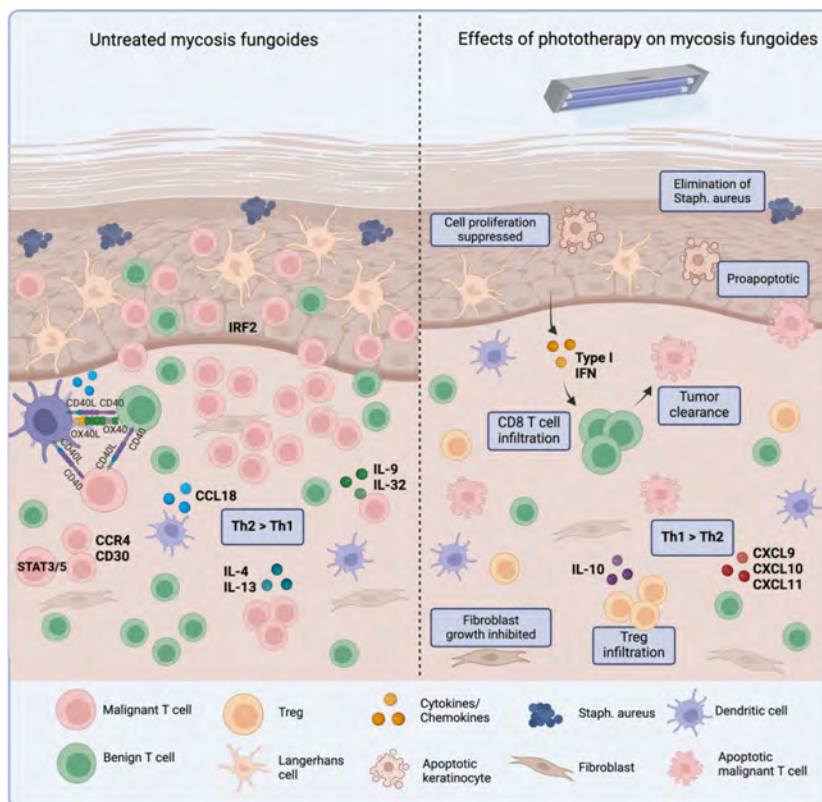


Abbildung 1. Therapeutische Mechanismen der Photo(chemo)therapie bei Mycosis fungoides. Erstellt in BioRender. Benezeder, T. (2024) <https://BioRender.com/f99d101>

Figure 1: Therapeutic mechanisms of photo(chemo)therapy Created in BioRender. Benezeder, T. (2024) <https://BioRender.com/f99d101>

dieser Tage in der gesamten Medizin. Die diesbezügliche Herausforderung ist jedoch, dass viele Reaktionsketten in der Pathophysiologie der meisten Erkrankungen redundant angelegt sind und bei der gezielten Blockade an bestimmten Schlüsselzielstrukturen durch die Entfaltung paralleler Reaktionsketten umgangen werden. Multi-Targeting oder die Anwendung von Kombinationstherapien könnten dafür die Lösung sein. Während noch vor Jahren propagiert wurde, dass Photo(chemo)therapie in der Behandlung von Hautkrankheiten eine unspezifische Wirkung aufwiese, scheint die Therapie gerade deswegen so wirksam zu sein, da sie verschiedene Wirkkomponenten aufweist, einschließlich einer pro-apoptotischen, immunomodulatorischen, antipruritischen, antifibrotischen und pro-präbiotischen Wirkung⁶. Diese Komponenten dürften in Kombination für die hervorragende Wirkung der Photo(chemo)therapie beim kutanen T-Zell-Lymphom, insbesondere der Mycosis fungoides (MF) relevant sein.

Während Clark, Wolf und ihre Mitarbeiter in den letzten Jahren mit ihren Arbeiten die Bedeutung der Blockade von IL-9¹ sowie IL-32⁴, die Regulierung der Expression bestimmter Chemokine³, die Eliminierung von benignen Entzündungszellen sowie die Beeinflussung der c-Kit- und OX40-Signalübertragung⁴ als Wirkmechanismen der Photo(chemo)therapie und somit konsekutiv auch als neuen therapeutischen Ansatz für die Behandlung von MF in den Raum stellten, fokussierte die jüngste Arbeit auf die Typ-I-IFN-Genexpression in der Haut von MF. Yu et al.⁵ konnten mittels Transkriptionsprofilierung nun eine deutlich verringerte Typ-I-IFN-Genexpression in unbehandelten MF-Hautläsionen im Vergleich zu gesunder Haut feststellen. Die Typ-I-IFN-Expression bei MF korrelierte mit Antigen-präsentierenden Zellen-assoziiertem IRF5 vor der Psoralen-plus-UVA(PUVA)-Therapie und epithelialem ULBP2 nach der Therapie, was auf eine Verstärkung des epithelialen Typ-I-IFN hindeutet. Immunfärbungen bestätigten eine reduzierte Ausgangs-Typ-I-IFN-Produktion bei MF und erhöhte Werte nach PUVA bei Patienten, deren Hautveränderungen auf die Therapie ansprachen. Das Ansprechen war mit einer erhöhten Typ-I-IFN-Expression, einer verstärkten Rekrutierung von CD8⁺ T-Zellen in Hautläsionen und der Expression von Genen, die mit einer antigenspezifischen T-Zell-Aktivierung assoziiert sind, verbunden. IFN κ , ein von Keratinozyten abgeleiteter Induktor von Typ-I-IFN, wurde durch PUVA hinaufreguliert und dessen Expression korrelierte mit der Hochregulierung anderer Typ-I-IFN. *In vitro* verringerte die Deletion von Keratinozyten-IFN κ die konstitutive- und PUVA-induzierte Expression von Typ-I-IFN und IFN Response-Genen.

Die Analysen von Yu et al.⁵ ergaben auch, wie im begleitenden Kommentar⁷ bekräftigend ausgeführt wird, dass bei Patienten mit effektiver Tumorbeseitigung (> 90% Beseitigung des malignen Klon) nach PUVA tendenziell eine starke Induktion von IFN-Reaktionen auftrat, während bei Patienten mit geringer bis mittlerer Tumorbeseitigung nach PUVA nur geringe Veränderungen der IFN-Reaktionen auftraten. Bemerkenswert ist, dass die bei Patienten mit effektiver Tumorbeseitigung beobachtete erhöhte IFN-Reaktion mit einer

ly heard buzzword in medicine today. The challenge of this treatment, however, is that many reaction chains in the pathophysiology of most diseases are redundantly designed; thus, they can be bypassed by the development of parallel reaction chains when specific key target structures are blocked. Multi-targeting strategies or the application of combination therapies could be the solution here. While scientists still propagated the idea years ago that photo(chemo)therapy had a non-specific effect in the treatment of skin diseases, this therapy seems to be particularly effective due to its active components, which have pro-apoptotic, immunomodulatory, antipruritic, antifibrotic, and pro-prebiotic effects⁶. Combined, these components may be responsible for the excellent effect of photo(chemo)therapy in cases of cutaneous T-cell lymphoma, and especially of mycosis fungoides.

Clark, Wolf, and their colleagues have suggested the importance of blocking IL-9¹ and IL-32⁴ in recent years, as this regulates the expression of certain chemokines³, eliminates benign inflammatory cells, and influences c-Kit, and OX40 signaling⁴ as mechanisms of action of photo(chemo)therapy. Their most recent work focused on type I IFN gene expression in the skin of patients with mycosis fungoides (MF) as a target for a new therapeutic approach for the treatment of the disease. Yu et al.⁵ performed transcription profiling to show that the type I IFN gene expression in untreated MF skin lesions was significantly reduced compared to expression in healthy skin. Type I IFN expression in MF correlated with antigen-presenting, cell-associated IRF5 before psoralen-plus-UVA (PUVA) therapy and epithelial ULBP2 after therapy, suggesting an enhancement of epithelial type I IFN. Immunofluorescence studies confirmed reduced baseline type I IFN production in MF and increased levels after PUVA in patients whose skin lesions responded to therapy. This response was associated with an increase in type I IFN expression, CD8⁺ T cell recruitment in skin lesions, and the expression of genes associated with antigen-specific T cell activation. IFN κ , a keratinocyte-derived inducer of type I IFN, is upregulated by PUVA, and its expression has been correlated with the upregulation of other type I IFN. *In vitro*, the deletion of keratinocyte IFN κ reduced the constitutive and PUVA-induced expression of type I IFN and IFN response genes.

Analyses by Yu et al.⁵ also revealed, as corroborated in the accompanying commentary⁷, that patients with effective tumor clearance (> 90% clearance of the malignant clone) after PUVA tended to display a strong induction in IFN responses, whereas patients with low to moderate tumor clearance after PUVA displayed only slight changes in IFN responses. Remarkably, the enhanced IFN response observed in patients with effective tumor clearance was associated with significant increases in CD8⁺ T cells in the skin, as well as the recruitment of new benign T cell clones. Together, these data suggest that PUVA-induced IFN production promotes effective anti-

signifikanten Zunahme von CD8⁺-T-Zellen in der Haut sowie der Rekrutierung neuer gutartiger T-Zell-Klone einherging. Zusammengefasst deuten diese Daten darauf hin, dass die PUVA-induzierte IFN-Produktion eine effektive Antitumorimmunität fördert, indem sie die Rekrutierung von CD8⁺-T-Zellen und die Effektorfunktion in betroffenen Hautläsionen vorantreibt.

Korrespondenz: peter.wolf@medunigraz.at

Kommentar:

PUVA bleibt ein Mainstay in der Behandlung des kutanen T-Zell-Lymphoms⁸. Die jüngste Arbeit von Clark, Wolf et al. entlarvt mit der PUVA-induzierten Expression von Typ-I-IFN und IFN Response-Genen einen weiteren wichtigen Wirkmechanismus dieser bei MF hocheffektiven Multi-target-Therapie. Die Ergebnisse scheinen auch zu erklären, warum MF gewöhnlich in sonnengeschützter Haut zuerst entsteht, nämlich aufgrund der zu geringen Expression von Typ-I-IFN.

Korrespondenz: editors@skinonline.at

tumor immunity by driving the CD8⁺ T cell recruitment and effector function in affected skin lesions.

Correspondence: peter.wolf@medunigraz.at

Comment:

PUVA remains a mainstay in the treatment of cutaneous T-cell lymphoma⁸. The recent work by Clark, Wolf et al. reveals another important mechanism of action for this highly effective multi-target therapy for MF: The PUVA-induced expression of type I IFN and IFN response genes. The results also seem to explain why MF usually first develops in sun-protected skin, namely due to the low expression of type I IFN.

Correspondence: editors@skinonline.at

Literatur:

1. Vieyra-Garcia PA, Wei T, Naym DG, Fredholm S, Fink-Puches R, Cerroni L, et al. STAT3/5-dependent IL9 overexpression contributes to neoplastic cell survival in mycosis fungoides. *Clin Cancer Res*. 2016;22(13):3328-39.
2. Vieyra-Garcia P, Crouch JD, O'Malley JT, Seger EW, Yang CH, Teague JE, et al. Benign T cells drive clinical skin inflammation in cutaneous T cell lymphoma. *JCI Insight*. 2019;4(1).
3. Vieyra-Garcia P, Fink-Puches R, Porkert S, Lang R, Pochlauer S, Ratzinger G, et al. Evaluation of low-dose, low-frequency oral psoralen-UV-A treatment with or without maintenance on early-stage mycosis fungoides: a randomized clinical trial. *JAMA Dermatol*. 2019;155(5):538-47.
4. Yu KK, Smith NP, Essien SV, Teague JE, Vieyra-Garcia P, Gehad A, et al. IL-32 supports the survival of malignant T cells in cutaneous T-cell lymphoma. *J Invest Dermatol*. 2022;142(8):2285-8 e2.
5. Yu Z, Vieyra-Garcia P, Benezeder T, Crouch JD, Kim IR, O'Malley JT, et al. Phototherapy restores deficient type I IFN production and enhances antitumor responses in mycosis fungoides. *J Invest Dermatol*. 2024;144(3):621-32 e1.
6. Vieyra-Garcia PA, Wolf P. A deep dive into UV-based phototherapy: Mechanisms of action and emerging molecular targets in inflammation and cancer. *Pharmacol Ther*. 2021;222:107784.
7. Goel RR, Rook AH. Psoralen plus UVA induces local IFN production and antitumor responses in cutaneous T-Cell lymphoma. *J Invest Dermatol*. 2024;144(3):449-50.
8. Wolf P. Psoralen-ultraviolet A endures as one of the most powerful treatments in dermatology: reinforcement of this 'triple-product therapy' by the 2016 British guidelines. *Br J Dermatol*. 2016;174(1):11-4.

<https://doi.org/10.61783/oegdv10409>

Petra Doerfler and Barbara Wolff-Winiski

Innovation der Therapie chronischer Wunden durch Patienten-spezifische zellbasierte Assays und Vortests potenzieller Wundtherapeutika

Akribes Biomedical GmbH, Vienna, Austria

Doerfler P, Schoefmann N, Cabral G, Bauer W, Berli MC, Binder B, Borst C, Botter S, French LE, Goerge T, Hafner J, Hartmann D, Høgh A, Hoetzenecker W, Holzer-Geissler JC, Kamolz LP, Kofler K, Luger T, Nischwitz SP, Popovits M, Rappersberger K, Restivo G, Schlager JG, Schmuth M, Stingl G, Stockinger T, Stroelin A, Stuetz A, Umlauf J, Weninger WP, Wolff-Winiski B. (2024)

Development of a Cellular Assay as a Personalized Model for Testing Chronic Wound Therapeutics.

Journal of Investigative Dermatology (JID), 2024.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.jid.2024.05.029>

Chronische Wunden wie venöse, arterielle, und diabetische Fußgeschwüre oder Dekubitus stellen weltweit ein großes Gesundheitsproblem dar, von dem allein in den westlichen Ländern 10-20 Millionen Patienten betroffen sind. Aufgrund der alternden Bevölkerung und der zunehmenden Inzidenz von Stoffwechselkrankheiten wird diese Zahl voraussichtlich noch steigen^{1,2}. Chronische, nicht-heilende Wunden haben multifaktorielle Ursachen (z.B. durch zugrunde liegende Pathologien und/oder mikrobielle Infektionen), und die derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten sind nicht zufriedenstellend. Trotz dieses hohen medizinischen Bedarfs wurden in den letzten mehr als 20 Jahren keine neuen Arzneimittel in diesem Bereich zugelassen, und die Entwicklung von Arzneimitteln für chronische Hautwunden beim Menschen wird durch die mangelnde Übertragbarkeit von präklinischen Tiermodellen auf Patienten erschwert. Obwohl die Entwicklung von diagnostischen Markern und bildgebenden Verfahren für chronische Wunden Fortschritte gemacht hat, fehlen nach wie vor Systeme für die Entwicklung und/oder Vorabprüfung von medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten in personalisierter Art und Weise³.

Es wurde bereits früher festgestellt, dass Wundexsudate (WEs) pathogene Faktoren für die Chronifizierung enthalten⁴⁻⁶. Das Team von Akribes Biomedical in Wien erweiterte diese Beobachtungen durch detaillierte molekulare und funktionelle Charakterisierungen von WEs individueller Wunden und etablierte ein zellbasiertes Testsystem, das Wundexsudate für ein „humanisiertes und personalisiertes Modell für chronische Hautwunden“ verwendet. Werden primäre humane dermale Fibroblasten (HDF) von gesunden Spendern mit steril gefilterten WEs von individuellen Patienten in Kontakt gebracht, werden wichtige funktionelle Merkmale des Wundzustands auf das Kultursystem übertragen (Abbildung 1).

Typischerweise beeinträchtigten WEs aus nicht-heilenden Wunden die Zellproliferation (innerhalb von 72 Stunden), die

Petra Doerfler and Barbara Wolff-Winiski

Innovation of chronic wound therapy through patient-specific cell-based assays and pretesting of potential wound therapeutics

Akribes Biomedical GmbH, Vienna, Austria

Doerfler P, Schoefmann N, Cabral G, Bauer W, Berli MC, Binder B, Borst C, Botter S, French LE, Goerge T, Hafner J, Hartmann D, Høgh A, Hoetzenecker W, Holzer-Geissler JC, Kamolz LP, Kofler K, Luger T, Nischwitz SP, Popovits M, Rappersberger K, Restivo G, Schlager JG, Schmuth M, Stingl G, Stockinger T, Stroelin A, Stuetz A, Umlauf J, Weninger WP, Wolff-Winiski B. (2024)

Development of a Cellular Assay as a Personalized Model for Testing Chronic Wound Therapeutics.

Journal of Investigative Dermatology (JID), 2024.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.jid.2024.05.029>

Chronic wounds, such as venous, arterial, pressure or diabetic foot ulcers, are a major health issue worldwide, affecting 10-20 million patients in Western countries alone. Due to the aging population and growing incidence of metabolic diseases, this number is expected to increase^{1,2}. Chronic, non-healing wounds are of multifactorial origin (e.g., caused by underlying pathologies and/or microbial infections), and the current treatment options are not satisfactory. However, despite this great medical need, no new drugs have been approved in this field over the last >20 years, and drug development for chronic human skin wounds is hampered by the lack of translatability from preclinical animal models to patients. Moreover, while the development of diagnostic markers and imaging devices for chronic wounds has progressed, systems to develop and/or pretest drug treatment options in a personalized manner are still lacking³.

Wound exudates (WEs) were previously found to contain pathogenic drivers of chronicity⁴⁻⁶. The team of Akribes Biomedical in Vienna, Austria, expanded these observations by performing detailed molecular and functional characterizations of WEs of individual wounds, and established a cell-based assay system using wound exudates for a “humanized and personalized model of chronic skin wounds”. Exposing primary human dermal fibroblasts (HDF) from healthy donors to sterile-filtered WEs from individual patients was found to transfer important functional characteristics of the wound condition to the culture system (Figure 1).

Typically, WEs from non-healing wounds impaired cell proliferation (within 72 hours), fibroblast-derived matrix formation (within 8 days) and production of extracellular

Bildung einer 3D Fibroblastenmatrix (innerhalb von 8 Tagen) und die Produktion von Proteinen der extrazellulären Matrix (ECM), und erhöhten die Sekretion entzündlicher Zytokine, während WEs aus heilenden Wunden dies nicht taten.

Die Proliferation erwies sich als der robusteste und aussagekräftigste funktionelle Biomarker, der den Wundstatus *in vivo* widerspiegelt und die Beobachtung des Übergangs von nicht-heilenden zu heilenden Wunden in aufeinanderfolgenden Proben zulässt. Ein miniaturisiertes Assay-Format ermöglichte die Analyse eines weiten Spektrums und einer großen Anzahl von Wunden mit einem minimalen Probenvolumen von nur 7 µl. Durch die Zusammenarbeit mit 14 klinischen Zentren in ganz Europa zur Sammlung von Proben und klinischen Daten konnten mit dieser Assay-Plattform >800 WE-Proben, die >300 nicht-heilende und heilende Wunden unterschiedlicher Ätiologie repräsentieren, ausgewertet werden. Die WE-Proben wurden unter klinischen Routinebedingungen mit Behältern oder Schwämmen aus der Vakuumtherapie (NPWT) oder mit Nylon-beflockten Tupfern entnommen. Es wurde eine ausgezeichnete Korrelation zwischen der klinischen Bewertung der Wundchronizität und der hemmenden Wirkung individueller Exsudate auf die Fibroblastenproliferation beobachtet. Diese Übereinstimmung zwischen der *ex vivo* Klassifizierung und den klinischen Beurteilungen der nicht-heilenden Wunden wurde für alle WE-Sammelmethoden festgestellt. Außerdem spiegelten die *ex vivo*-Tests das Fortschreiten von einer nicht-heilenden zu einer heilenden Wunde beim einzelnen Patienten wider: sie zeigten die Normalisierung der Fibroblastenproliferation, eine Erhöhung der Fibroblasten-abhängigen Matrixbildung und der Kollagen 1- und Kollagen 3 mRNA-Expression, sowie die Verbesserung der Entzündung durch reduzierte Interleukin-1 β Sekretion.

matrix (ECM) proteins, and enhanced inflammatory cytokine secretion, while WEs from healing wounds did not.

Proliferation was revealed as the most robust and meaningful functional biomarker, reflecting the *in vivo* wound status and permitting the transition from non-healing to healing wounds in sequential samples to be monitored. A miniaturized assay format allowed the analysis of a vast array of wounds, accommodating large WE numbers, and sample volumes as low as 7 µl. Collaborating with 14 clinical institutions across Europe for sample and clinical data collection, >800 WE samples representing >300 non-healing and healing wounds of diverse etiologies could be evaluated in this assay platform. WE samples were collected under clinical routine conditions, using containers or sponges from negative pressure wound therapy (NPWT), or nylon-flocked swabs. An excellent correlation was observed between the clinical assessments of wound chronicity and the inhibitory effects of individual exudates on fibroblast proliferation. This agreement between *ex vivo* classification and clinical assessments of non-healing wounds was found for all WE collection methods. Moreover, the *ex vivo* assay reflected the progression from a non-healing to a healing wound in an individual patient: they demonstrated normalization of fibroblast proliferation, enhancement of fibroblast-derived matrix formation, collagen 1 and -3 mRNA expression as well as reduction of inflammation by reduced IL1- β secretion.

Akribes also investigated the effects of non-healing WEs on the gene expression profiles of fibroblasts to eluci-

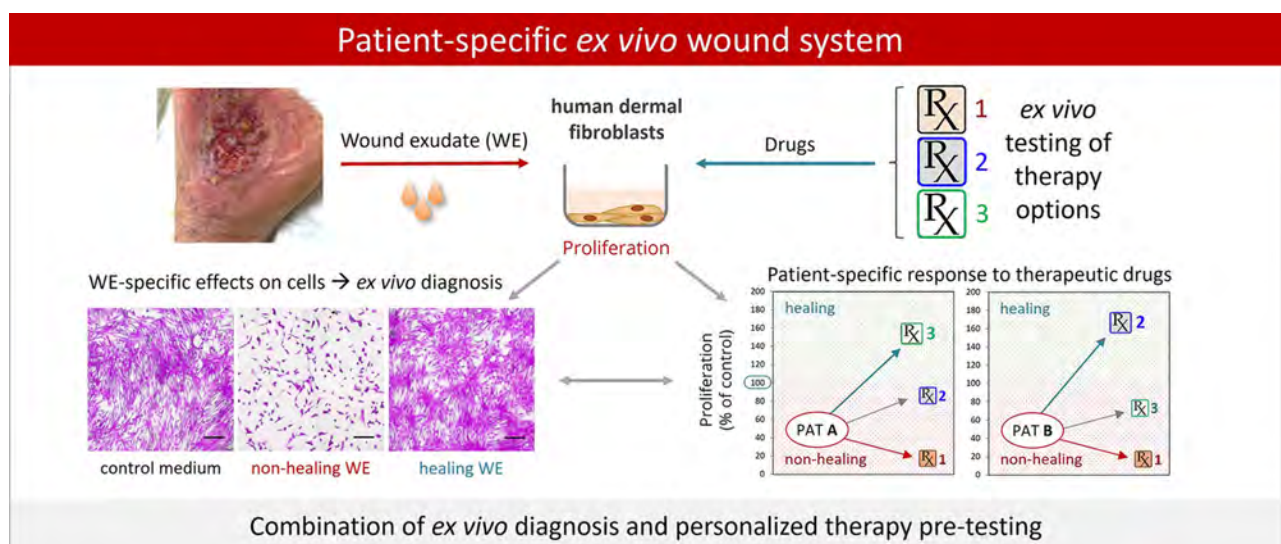


Abbildung 1: Patienten-spezifisches zellbasiertes Wundsystem, das Diagnose und personalisierten Therapie-Vortest kombiniert. Auf der linken Seite ist das Konzept des Fibroblastenproliferations-tests in Gegenwart von Exsudaten aus nicht-heilenden oder heilenden Wunden dargestellt, einschließlich mikroskopischer Bilder einzelner Beispiele nach 72 Stunden in Kultur. Auf der rechten Seite wird das Konzept der Arzneimittelprüfung mit Patienten-spezifischen Ergebnissen skizziert.

Figure 1: Patient-specific cell-based wound system, combining diagnosis and personalized therapy pre-testing. On the left, the concept of the fibroblast proliferation assay in the presence of exudates from non-healing or healing wounds is shown, including microscopic pictures of individual examples after 72 hours in culture. On the right, the concept of drug testing with patient-specific outcomes is outlined.

Akribes untersuchte auch die Auswirkungen von nicht-heilenden WEs auf die Genexpressionsprofile von Fibroblasten, mit dem Ziel, frühe Veränderungen aufzuklären, die der Hemmung der Zellproliferation zugrunde liegen könnten, und um molekulare Angriffspunkte für therapeutische Interventionen zu enthüllen.

Die Transkriptionsanalyse ergab eine Induktion entzündlicher Zytokin- und Chemokin-Signalwege und einer zellulären Stressreaktion auf ungefaltete Proteine, der sogenannten „Unfolded Protein Response“ (UPR) bereits innerhalb von 6 Stunden nach Stimulation mit drei WEs unterschiedlicher Ätiologien. Diese übereinstimmenden Effekte, die durch WEs verschiedener Wundtypen verursacht werden, deuten darauf hin, dass diese Veränderungen zur Pathologie nicht-heilender Wunden beitragen können. Die Relevanz dieser Ergebnisse wurde durch frühere Berichte bestätigt, wonach diese Signalwege auch in Zellen hochreguliert sind, die aus chronischen Wunden oder Biopsien von venösen Ulzera isoliert wurden. Mit anderen Worten: Normale Fibroblasten werden nach Kontakt mit Wundexsudaten zu „chronischen Wund-Fibroblasten“.

Diese *ex vivo* Testsysteme können daher für die Suche nach neuen Wirkstoffen genutzt werden, die Fibroblasten vor schädigenden WE-Effekten bewahren. Akribes testete zwei Therapeutika, die derzeit in der klinischen Behandlung chronischer Wunden eingesetzt werden, nämlich den Wachstumsfaktor Platelet derived Growth Factor (PDGF) und Silbersulfadiazin (SSD). Beide Substanzen zeigten patientenspezifische Reaktionen, ähnlich der klinischen Erfahrung.

Die Verwendung von Testsubstanzen, die einige der wichtigsten Akteure dieser Signalwege angreifen, konnte die Fibroblastenproliferation jedoch nicht retten, wahrscheinlich weil zusätzliche Mechanismen an der Chronizität der Wunde beteiligt sind.

Fibroblastenproliferation als Messparameter hängt nicht von einem einzelnen Molekül ab, sondern fasst die zelluläre Reaktion auf die spezifische Kombination von Komponenten in jedem einzelnen WE zusammen. Dieses System kann daher für die Suche nach neuen Wirkstoffen genutzt werden, die Fibroblasten vor nachteiligen WE-Effekten bewahren – unabhängig von der Wirkungsweise. Zum Nachweis des Konzepts testete Akribes zwei Therapeutika, die derzeit in der klinischen Behandlung chronischer Wunden eingesetzt werden, nämlich den Wachstumsfaktor Platelet derived Growth Factor (PDGF) und Silbersulfadiazin (SSD), die beide zu patientenspezifischen Reaktionen führten, ähnlich der klinischen Erfahrung. PDGF, das in den USA als Becaplermin (Regranex®) zugelassen ist, konnte im Fibroblastentest die Zellen nicht vor den negativen Auswirkungen nicht-heilender WEs bewahren. Positive Ergebnisse bei heilenden Wunden deuten jedoch darauf hin, dass eine PDGF-Behandlung am wirksamsten sein könnte, wenn sich die Wunden bereits auf dem Weg der Heilung befinden. Dies stimmt mit veröffentlichten Beobachtungen überein, wonach PDGF in der klinischen Praxis nur eine begrenzte Verbesserung der Heilungsraten bewirkt⁷. Im Gegensatz dazu verbesserte SSD die Fibroblastenproliferation in Anwesenheit von >50 % der getesteten aggressiven, nicht-

date early changes that may underlie inhibition of cell proliferation and to reveal molecular targets for therapeutic intervention.

Transcriptional analysis results reveal an induction of inflammatory cytokine and chemokine signalling pathways and a cellular stress reaction, the so-called unfolded protein response (UPR) already within 6 hours after stimulation with three WEs of different etiologies. These common effects caused by WEs from different wound types indicated that these changes may contribute to the pathology of non-healing wounds. The relevance of these findings is confirmed by previous reports that these pathways are also upregulated in cells isolated from chronic wounds or biopsies of venous ulcers. Thus, normal fibroblast become “chronic wound fibroblasts” after contact with WE.

These *ex vivo* assays may therefore be exploited to search for new compounds which rescue fibroblasts from adverse WE-effects. Akribes tested two therapeutics currently employed in the clinical management of chronic wounds, platelet derived growth factor (PDGF) and silver sulfadiazine (SSD). Both compounds resulted in patient-specific responses in line with clinical experience.

More specifically, using test substances to interfere with some of the most prominent players of these pathways did not rescue fibroblast proliferation, probably because additional mechanisms are involved in wound chronicity.

Fibroblast proliferation readout does not depend on a single molecule but summarizes the cellular response to the specific combination of components within each individual WE. It may therefore be exploited to search for new compounds which rescue fibroblasts from adverse WE effects regardless of the mode of action. As a proof of concept, Akribes tested two therapeutics currently employed in the clinical management of chronic wounds, platelet derived growth factor (PDGF) and silver sulfadiazine (SSD), both leading to patient-specific responses in line with clinical experience. More specifically, PDGF, registered in the USA as Becaplermin (Regranex®), failed to rescue cells from adverse effects of non-healing WEs in the fibroblast assay. However, positive results with healing WEs suggested that PDGF treatment may be most effective to improve wounds that are already on a healing trajectory. This is consistent with published observations where PDGF provides only limited improvements to healing rates in clinical practice⁷. In contrast, SSD improved fibroblast proliferation in the presence of >50% of the aggressive, non-healing WEs tested, which could not be attributed to its known antimicrobial function but suggested a novel rescue mechanism and supports its clinical use.

heilenden WEs. Dieser Effekt konnte nicht auf die bekannte antimikrobielle Funktion von SSD zurückgeführt werden, sondern deutet auf einen neuartigen Rettungsmechanismus hin, der den klinischen Einsatz unterstützt.

Die Akribes Tests beinhalten Schlüsselkomponenten von chronischen Wunden und reflektieren den Übergang einer nicht-heilenden zu einer heilenden Wunde. Soweit wir wissen, ist diese Studie die erste, in der Wundtherapeutika in einem funktionellen, wundrelevanten Assay und mit einer großen Anzahl klinischer Proben einzelner Patienten getestet wurden. Diese Ergebnisse offerieren die Möglichkeit, WEs von Einzelpersonen vorab zu testen, um die Wahrscheinlichkeit des Ansprechens auf eine Behandlung individuell vorherzusagen (Abbildung 1).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Fibroblastenproliferationstest in Gegenwart von WEs als Patienten-spezifisches zellbasiertes Testsystem für chronische Wunden dient, um a) zwischen heilenden und nicht-heilenden Wunden zu unterscheiden, b) den Heilungsprozess einzelner Patienten zu verfolgen und c) die Auswirkungen von Therapeutika für chronische Wunden *ex vivo* zu bewerten. Er sollte ein nützliches Instrument werden, um die translationale Lücke zwischen präklinischer Entwicklung und klinischen Ergebnissen zu schließen⁸. Bei dem Test handelt es sich um ein für den Menschen relevantes System, von dem zu erwarten ist, dass es eine höhere Vorhersagekraft hat als *in vivo*-Tiermodelle, was im Einklang mit den aktuellen Programmen der FDA und der EMA zur Einführung alternativer Methoden für Tierversuche steht^{9,10}. Darüber hinaus weisen die vorgestellten Ergebnisse auf die Nützlichkeit des Tests für die Suche nach neuen Arzneimittelkandidaten für die Therapie chronischer Wunden hin.

Ein zugehöriger Kommentar in derselben Ausgabe der Zeitschrift erörtert die klinischen Implikationen von zellulären Assays und Wundflüssigkeiten als nächste Stufe der personalisierten Wundversorgung¹¹, mit der Konklusion: *“cellular response to wound fluid as a readout of clinical outcomes provides a new approach for predictive and/or monitoring wound outcomes that can support personalized care as well as clinical trials”*.

Kommentar:

Chronische Wunden sind seit vielen Jahren ein enormes Gesundheitsproblem multifaktorieller Ursache. Trotzdem sind, neben der Ursachenbehebung, in den letzten Jahren keine neuen therapeutischen Optionen beschrieben worden. Dieser Test gibt dem Kliniker eine Möglichkeit in die Hand, Aussagen über die Chronizität der Wunde zu erlangen und vorab mögliche pharmazeutische Interventionen testen zu können. Als Anwendungsbeispiel wurde in dieser Arbeit die Wirkung von Silber-Sulfadiazin auf proliferationsgehemmten Fibroblastenzellkulturen getestet. Überraschenderweise zeigte sich hier eine proliferationssteigernde Wirkung, die von der antimikrobiellen Wirkung entkoppelt ist.

The Akribes assays include key components of chronic wounds and reflect the transition of a non-healing to healing wound. To our knowledge, this study is the first to test wound therapeutics in a functional, wound-relevant assay, using a large number of wound exudates from individual patients. These results offer the possibility of pre-testing WEs of individuals to predict the likelihood of response to treatment for each patient (Figure 1).

In conclusion, the fibroblast proliferation assay in the presence of WEs was shown to serve as a patient-specific cell-based test system for chronic wounds to a) differentiate between healing and non-healing wounds, b) follow the healing process of individual patients, and c) assess the effects of therapeutics for chronic wounds *ex vivo*. It should become a useful tool to help close the translational gap from pre-clinical development to clinical outcomes⁸. The assay is a human-relevant system, expected to offer more predictive power than *in vivo* animal models, which is in line with current FDA and EMA programs to implement alternative methodologies for animal testing^{9,10}. Moreover, the presented results indicate the usefulness of the assay to search for and profile new drug candidates for chronic wound therapy.

An associated Commentary in the same issue of the journal discusses the clinical implications of cellular assays and wound fluids as the next frontier in personalized wound care¹¹, concluding *“cellular response to wound fluid as a readout of clinical outcomes provides a new approach for predictive and/or monitoring wound outcomes that can support personalized care as well as clinical trials.”*

Commentary:

Chronic wounds are a major health problem with multifactorial causes. Despite this fact, new therapeutic options have neither been described in recent years nor has the cause been addressed. This test provides the clinician with a way to obtain information about the chronicity of the wound and to test possible pharmaceutical interventions in advance. As an example of use, the effect of silver sulfadiazine on proliferation-impaired fibroblast cell cultures was tested in this work. Surprisingly, a proliferation-enhancing effect was observed here, which is decoupled from the antimicrobial effect.

<https://doi.org/10.61783/oegdv0410>



Literatur:

1. Gould L, Abadir P, Brem H, Carter M, Conner-Kerr T, Davidson J, et al. Chronic wound repair and healing in older adults: Current status and future research. *Wound Repair Regeneration* 2015;23:1–13.
 2. Carter, MJ, DaVanzo J, Haught R, Nusgart M, Cartwright D, Fife CE. Chronic wound prevalence and the associated cost of treatment in Medicare beneficiaries: changes between 2014 and 2019. *J Med Economics* 2023;26:894–901.
 3. Weigelt MA, Lev-Tov HA, Tomic-Canic M, Lee WD, Williams R, Strasfeld D, et al. Advanced Wound Diagnostics: Toward Transforming Wound Care into Precision Medicine. *Advances in Wound Care* 2022;11:330–359.
 4. Bucalo B, Eaglstein WH, Falanga V. Inhibition of cell proliferation by chronic wound fluid. *Wound Rep Regen* 1993;1:181–186.
 5. Phillips TJ, Al-Amoudi HO, Leverkus M, Park HY. Effect of chronic wound fluid on fibroblasts. *J Wound Care* 1998;7:527–532.
 6. Thamm OC, Koenen P, Bader, N, Schneider A, Wutzler S, Neugebauer EAM, et al. Acute and chronic wound fluids influence keratinocyte function differently. *Int Wound J*. 2015;12:143–149
 7. Papanas N, Maltezos E. Becaplermin gel in the treatment of diabetic neuropathic foot ulcers. *Clin Interv Aging* 2008;3:233–240.
 8. Seyhan AA. Lost in translation: the valley of death across preclinical and clinical divide – identification of problems and overcoming obstacles. *Transl. Med. Commun*. 2019;4:18.
 9. European parliament, Council of the European Union, 2010. Directive 2010/63/EU on the protection of animals used for scientific purposes. www.consilium.europa.eu.
 10. U.S. Food and Drug Administration, 2021. Advancing new alternative methodologies at FDA. www.fda.gov.
 11. Jozic I, Tomic-Canic M. Flipping the Script: Are Cellular Assays and Wound Fluids the Next Frontier in Personalized Wound Care? *J Invest Dermatol* 2024;S0022202X24020670.
-

BERICHTE VON DEN ESDR TRAVEL GRANTS 2024

Theresa Benezeder

Transkriptom-Profile der generalisier- ten pustulösen Psoriasis (GPP) und der akuten generalisierten exanthe- matischen Pustulose (AGEP)

Department of Dermatology and Venereology,
Medical University of Graz, Graz, Austria

Die generalisierte pustulöse Psoriasis (GPP) ist eine seltene, schwere autoinflammatorische Erkrankung, die durch wiederkehrende Schübe mit plötzlichem Auftreten eines Hautausschlags mit disseminierten Pusteln auf flächigem Erythem gekennzeichnet ist und mit allgemeinen Symptomen wie Fieber, Müdigkeit, erhöhten CRP-Serumspiegeln, Hypokalzämie und Hypoalbuminämie einhergehen kann^{1,2}. GPP weist erhebliche Überschneidungen in den klinischen und histopathologischen Merkmalen mit der akuten generalisierten exanthematischen Pustulose (AGEP) auf^{2,3}. AGEP ist durch einen medikamenten- oder infektionsbedingten disseminierten pustulösen Ausschlag mit generalisierten Symptomen unterschiedlichen Schweregrades gekennzeichnet. AGEP tritt in der Regel rasch auf und klingt schnell wieder ab. Zu den Medikamenten, die AGEP verursachen können, zählen Antibiotika, Antimalariamittel und Antimykotika^{3,4}. Obwohl die genauen Pathomechanismen für GPP und AGEP nicht bekannt sind, scheinen bei beiden Erkrankungen IL-1 und IL-36 eine entzündliche Reaktion der Keratinozyten auszulösen, die mittels Chemokinexpression zur Rekrutierung von Neutrophilen führt^{3,5}. Darüber hinaus weisen AGEP und GPP gemeinsame histologische Merkmale, wie subkorneale oder intrakorneale Pusteln und ein perivaskuläres Infiltrat in der Dermis auf. Während bei Patienten mit AGEP die Hautläsionen in der Regel innerhalb von zwei Wochen wieder abklingen, hat GPP einen längeren Verlauf mit wiederkehrenden Schüben und kann bei unzureichender Behandlung tödlich verlaufen⁶. Daher wäre eine frühzeitige Unterscheidung zwischen AGEP und GPP angesichts der Unterschiede im klinischen Verlauf und der Behandlung wichtig⁷. Ziel dieser Studie war es daher, die molekularen und histopathologischen Merkmale von AGEP und GPP zu untersuchen. Die ersten Ergebnisse wurden auf der ESDR-Jahrestagung in Lissabon (4. bis 7. September 2024) vorgestellt⁸. In dieser Studie haben wir mit dem Central and Eastern European GPP Expert Network⁹ zusammengearbeitet und klinische Daten



Theresa Benezeder

Transcriptomic profiles of general- ized pustular psoriasis (GPP) and acute generalized exanthematous pustulosis (AGEP)

Department of Dermatology and Venereology,
Medical University of Graz, Graz, Austria

Generalized pustular psoriasis (GPP) is a rare severe autoinflammatory systemic disease that is characterized by repeated flares and a sudden onset of an extensive skin rash with disseminated pustules. This disease is associated with general symptoms such as fever, fatigue, elevated CRP serum levels, hypocalcemia, and hypoalbuminemia^{1,2}. The clinical and histopathologic features of GPP overlap considerably with those of acute generalized exanthematous pustulosis (AGEP)^{2,3}. AGEP is characterized by a drug- or infection-induced, disseminated pustular rash and generalized symptoms of varying severity. AGEP usually both occurs and resolves rapidly. Medications that have been implied to trigger AGEP include antibiotics, antimalarials, and antifungals^{3,4}. Although the exact pathomechanisms for GPP and AGEP are not known, IL-1 and IL-36 seem to trigger an inflammatory keratinocyte response in both conditions, leading to neutrophil recruitment via chemokine expression^{3,5}. In addition, AGEP and GPP share common histologic features, such as subcorneal or intracorneal pustules and a perivascular infiltrate in the dermis. While the skin lesions in patients with AGEP usually resolve spontaneously within two weeks, GPP has a longer course with recurrent relapses and can be fatal if inadequately treated⁶. For this reason, being able to differentiate between AGEP and GPP is important given the differences in the treatment and clinical course⁷.

The aim of this study, therefore, was to investigate the molecular and histopathologic features of AGEP and GPP. The first study results were presented at the ESDR Annual Meeting in Lisbon, September 4-7, 2024⁸. We collaborated with the Central and Eastern European GPP Expert Network⁹ and collected clinical data and FFPE skin biopsy samples from patients with AGEP and GPP,

und FFPE-Hautbiopsieproben von Patienten mit AGEF und GPP, sowie palmoplantarer Pustulose, Plaque-Psoriasis, kutanen Arzneimittelreaktionen und gesunder Kontrollhaut gesammelt, um dominante Genexpressionsmuster durch RNA-Sequenzierung zu identifizieren.

Hinsichtlich der histopathologischen Merkmale fanden wir erhebliche Überschneidungen bei AGEF und GPP. Insgesamt war das Vorhandensein von psoriasiformen epidermalen Hyperplasien, großen Pusteln, intrakornealen/subkornealen nichtfollikulären Pusteln, intraepidermalen nichtfollikulären Pusteln, verlängerten dermalen Papillen und dilatierten Gefäßen bei GPP häufiger als bei AGEF. Das Vorhandensein von Eosinophilen im perivaskulären Infiltrat war bei AGEF häufiger als bei GPP. Eine multivariate principal component-Analyse (PCA) zeigte, dass sich die Transkriptom-Profile von AGEF und GPP weitgehend überschneiden, sich aber von der palmoplantaren Pustulose, der Plaque-Psoriasis, den kutanen Arzneimittelreaktionen und der gesunden Haut unterscheiden. Die Analyse von definierten Markergenen für bekannte Immunreaktionsmuster zeigte, dass GPP-Proben die höchste Expression von Th17- und Neutrophilen-assoziierten Genen aufwiesen, während AGEF-Proben im Vergleich zu GPP eine höhere Expression von Zytotoxizitätsgenen hatten. Darüber hinaus fanden wir mit Hilfe von CIBERSORTx, einer auf Algorithmus basierenden Dekonvolution von RNA-Seq-Daten, eine höhere Anzahl von Neutrophilen in GPP, aber eine höhere Anzahl von CD8⁺ T-Zellen in AGEF-Proben. Obwohl wir subtile Unterschiede in der Zusammensetzung der Immunzellen und der Expression von Immunreaktionsmustern fanden, erlaubte kein einziger in dieser Studie untersuchter Parameter eine klare Unterscheidung zwischen AGEF und GPP. Bemerkenswerterweise ergab eine Subanalyse, in der Fälle medikamenteninduzierter GPP mit AGEF verglichen wurden, keinerlei signifikante Unterschiede.

Bei AGEF scheint es sich daher um eine spezifische Variante oder um das erste (medikamenteninduzierte) Auftreten von GPP zu handeln. Dies könnte die höhere Expression von zytotoxischen Genen erklären, die wir bei AGEF beobachtet haben, im Gegensatz zu GPP, die eher Th-17-assoziierte chronische Merkmale aufweist.

Diese Daten wurden in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des CEE-GPP-Expertenetzwerks R. Čeović, J.-T. Maul, M. Marovt, V. Mateeva, B. Meier-Schiesser, D. Meyersburg, G. Ratzinger, A. Reich, L. Pavlovsky, K. Prillinger, J. Semakova, A. Szegedi und P. Wolf generiert, die klinische Daten und Hautbiopsien zur Verfügung stellten.

as well as palmoplantar pustulosis, plaque psoriasis, cutaneous adverse drug reactions, and healthy control skin to identify dominant gene expression patterns by bulk RNA sequencing. In terms of histopathologic features, we found considerable overlap between AGEF and GPP. Overall, psoriasiform epidermal hyperplasia, large pustules, intracorneal/subcorneal non-follicular pustules, intraepidermal non-follicular pustules, elongated dermal papillae, and dilated tortuous vessels were more frequently seen in GPP than in AGEF. Eosinophils were more commonly seen in the perivascular infiltrate from patients with AGEF than those with GPP. The multivariate principal component analysis (PCA) showed that the transcriptome profiles of AGEF and GPP largely overlapped, but differences were also seen in palmoplantar pustulosis, plaque psoriasis, cutaneous adverse drug reactions and healthy skin. An analysis of predefined marker genes for known immune-response patterns showed that GPP samples had the highest expression of Th17- and neutrophil-related genes, while AGEF samples had higher expressions of cytotoxicity-related genes than GPP samples. Furthermore, using CIBERSORTx, a computational deconvolution tool for analyzing RNA-seq data, we found a higher number of neutrophils in GPP samples but also a higher number of CD8⁺ T cells in AGEF samples. Although we identified subtle differences in terms of immune cell composition and the expression of immune response patterns, no single parameter examined in this study allowed us to clearly distinguish between AGEF and GPP samples. Intriguingly, a sub-analysis comparing cases of drug-induced GPP with AGEF revealed no significant differences.

Based on these findings, we hypothesize that AGEF might rather be a unique variant or the first (drug-induced) flare-up form of GPP. This could explain the higher expression of cytotoxic marker genes that we observed in AGEF, in contrast to GPP, which is more likely to exhibit Th-17-related chronic features.

The data were obtained in collaboration with CEE GPP expert network members R. Čeović, J.-T. Maul, M. Marovt, V. Mateeva, B. Meier-Schiesser, D. Meyersburg, G. Ratzinger, A. Reich, L. Pavlovsky, K. Prillinger, J. Semakova, A. Szegedi and P. Wolf, who provided clinical data, samples, and other support.

Literatur:

1. Choon SE, Van De Kerkhof P, Gudjonsson JE, De La Cruz C, Barker J, Morita A, et al. International Consensus Definition and Diagnostic Criteria for Generalized Pustular Psoriasis from the International Psoriasis Council. *JAMA Dermatology*. 2024;160(7):758–68.
2. Bachelez H. Pustular psoriasis and related pustular skin diseases. *Br J Dermatol*. 2018;178(3):614–8.
3. Tetart F, Walsh S, Milpied B, Gaspar K, Vorobyev A, Tiplica GS, et al. Acute generalized exanthematous pustulosis: European expert consensus for diagnosis and manage-

- ment. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2024;(February):1–9.
4. Sidoroff A, Halevy S, Bavinck JNB, Vaillant L, Roujeau JC. Acute generalized exanthematous pustulosis (AGEP) – A clinical reaction pattern. *J Cutan Pathol.* 2001;28(3):113–9.
 5. Furue K, Yamamura K, Tsuji G, Mitoma C, Uchi H, Nakahara T, et al. Highlighting interleukin-36 signalling in plaque psoriasis and pustular psoriasis. Vol. 98, *Acta Dermato-Venereologica.* 2018. p. 5–13.
 6. Chang SL, Hu S, Hung SI, Huang YL, Hsiao WC, Chung WH. A comparison of Ki-67 antigen presentation in acute generalized exanthematous pustulosis and pustular psoriasis. *Arch Dermatol Res.* 2010;302(7):525–9.
 7. Isom J, Braswell DS, Siroy A, Auerbach J, Motaparathi K. Clinical and histopathologic features differentiating acute generalized exanthematous pustulosis and pustular psoriasis: A retrospective series. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83(1):265–7.
 8. Benezeder T, Bordag N, Woltsche J, Falkensteiner K, Graier T, Wolf P. Gene expression profiles and immune cell composition of generalized pustular psoriasis, palmoplantar pustulosis, and acute generalized exanthematous pustulosis. *J Invest Dermatol.* 2024; 53rd Annual Meeting of the European-Society-for-Dermatological-Research (ESDR); SEP 4-7; [Oral Communication]; *in press*
 9. Wolf P, Ceovic R, Conrad C, Falkensteiner K, Graier T, Kolt-Kamińska M, et al. Characteristics and management of generalized pustular psoriasis (GPP): Experience from the Central and Eastern Europe (CEE) GPP Expert Network. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2024;(December 2023):1–12.

<https://doi.org/10.61783/oegdv10411>

Sonja Dorfer

Aggressive Plattenepithelkarzinome (SCCs) bei rezessiv dystropher Epidermolysis bullosa (RDEB) – Identifizierung neuer Medikamente durch Anwendung einer transkriptomgesteuerten Screening-Methode

EB House Austria, Department of Dermatology and Allergology, University Hospital Salzburg, Austria

Die rezessiv dystrophe Epidermolysis bullosa (RDEB) ist eine seltene Genodermatose, die zur Entwicklung hochaggressiver kutaner Plattenepithelkarzinome (SCCs) neigt, welche die häufigste Ursache für vorzeitigen Tod sind¹. Es gibt immer noch nur wenige wirksame Behandlungsmöglichkeiten für diese lebensbedrohlichen RDEB-SCCs, weshalb innovative Konzepte zur Wirkstoffentdeckung erforderlich sind. Wir haben einen solchen neuartigen Ansatz verfolgt und das öffentlich zugängliche Datenrepository „Library of Integrated Network-Based Cellular Signatures“ (LINCS) durchsucht, das Transkriptomprofile aus Experimenten zur Arzneimittelstörung an menschlichen Zellen enthält, um nach Arzneimitteln zu suchen, die zur Behandlung von RDEB-SCCs eingesetzt werden können. Diese rechnergestützte Methode beruht auf der Signaturumkehr und geht davon aus, dass ein Arzneimittel in der Lage ist, krankheitsassoziierte deregulierte Signalwege zu beeinflussen und dadurch den malignen Phänotyp abzuschwächen^{2,3} (Abbildung 1A). Differenziell exprimierte Gene (DEGs) wurden aus RDEB-Tu-



Sonja Dorfer

Aggressive squamous cell carcinomas (SCCs) in recessive dystrophic epidermolysis bullosa (RDEB) – identifying novel drugs by applying a transcriptome-guided screening method

EB House Austria, Department of Dermatology and Allergology, University Hospital Salzburg, Austria

Recessive dystrophic epidermolysis bullosa (RDEB) is a rare form of genodermatosis prone to the development of highly aggressive cutaneous squamous cell carcinomas (SCCs), which are the leading cause of premature death¹. Effective treatment options for these life-threatening RDEB-SCCs are still limited, calling for innovative drug discovery concepts. Following such a novel approach, we mined the publicly accessible “Library of Integrated Network-Based Cellular Signatures” (LINCS) data repository, comprising transcriptome profiles from drug perturbation experiments on human cells, for drugs that can be repurposed to treat RDEB-SCCs. This computational method relies on signature reversion, assuming that a drug is able to affect disease-associated deregulated signaling pathways, thereby mitigating the malignant phenotype^{2,3} (Figure 1A). Differentially expressed genes (DEGs) were identified from RDEB tumor and control transcriptome data, using tissue

mor- und Kontrolltranskriptomdaten unter Verwendung eines Gewebedatensatzes (GSE111582⁴) und eines Zelldatensatzes (GSE130925⁵) identifiziert und anschließend zur Abfrage der LINCS-Datenbank verwendet. Nur Medikamente, die in beiden Suchvorgängen gefunden wurden, wurden für die weitere Auswahl berücksichtigt. Weitere Anforderungen waren i) FDA- und/oder EMA-Zulassung oder Untersuchung in klinischen Studien, ii) Therapeutika, die noch nicht in klinischen Studien für RDEB-SCCs untersucht wurden, und iii) Verbindungen aus verschiedenen Wirkstoffklassen (Abbildung 1B). Unter den am besten bewerteten Wirkstoffkandidaten zur spezifischen Behandlung von RDEB-SCCs wurde der Mitogen-aktivierte Protein-Kinase-Kinase (MEK)-Inhibitor Selumetinib in unserer *in silico*-Vorhersage aufgeführt. Selumetinib ist für die Behandlung von Neurofibromatose Typ 1 zugelassen und wird derzeit in klinischen Studien zur Behandlung verschiede-

(GSE111582⁴) and cell data sets (GSE130925⁵), and subsequently used to query the LINCS database. Only drugs found in both searches were considered for further selection. Additional requirements were i) FDA and/or EMA approval or investigation in clinical studies, ii) therapeutics not already under clinical investigation for RDEB-SCCs, and iii) compounds originating from different drug classes (Figure 1B). Among top-ranked drug candidates to specifically treat RDEB-SCCs, the mitogen-activated protein kinase kinase (MEK) inhibitor Selumetinib was listed in our *in silico* prediction. Selumetinib is approved for the treatment of neurofibromatosis type 1 (NF1) and is currently investigated in clinical trials for the treatment of various solid tumor types⁶. To verify the therapeutic po-

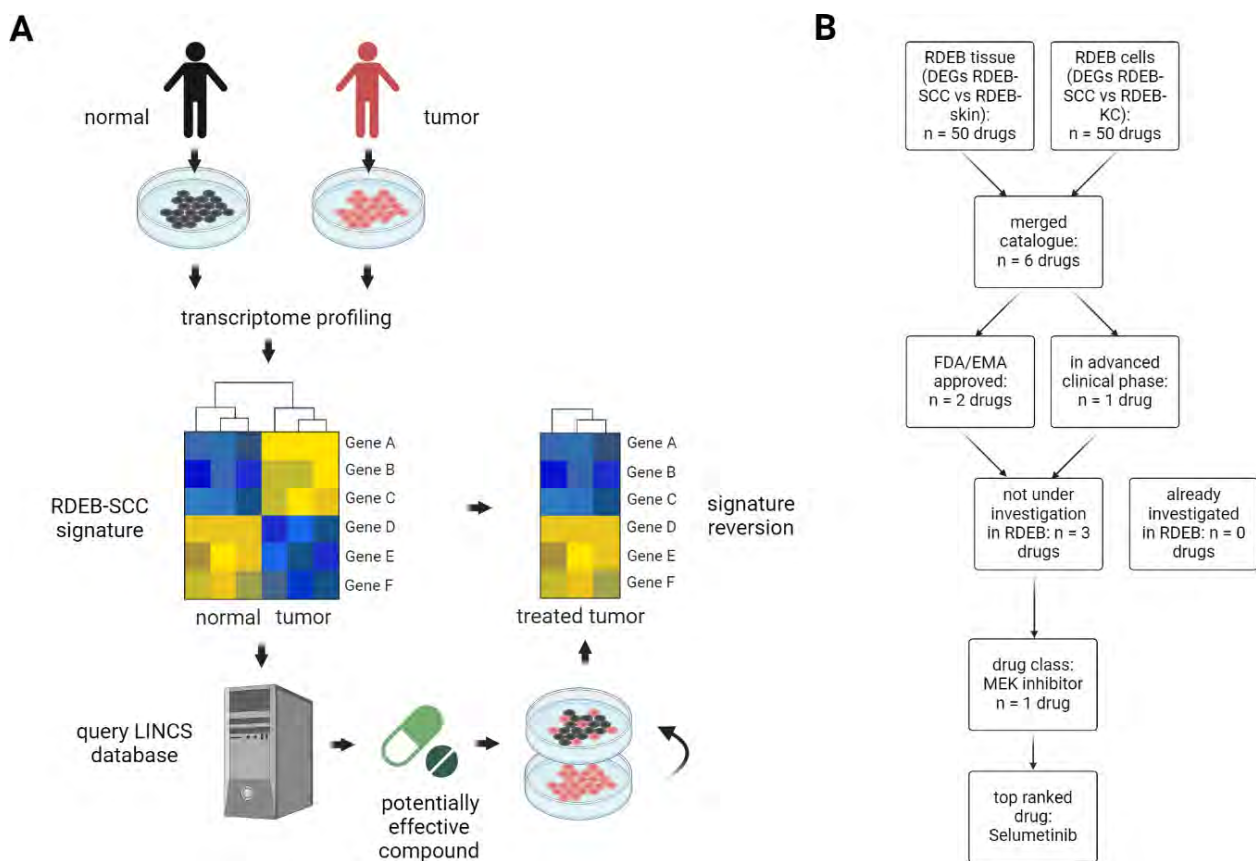


Abbildung 1: Prinzip des transkriptomgesteuerten *in silico*-Wirkstoffscreenings und Wirkstoffauswahlverfahrens

A) Eine krankheitsspezifische Genexpressionssignatur wird aus der Profilierung der Transkriptomte von kultivierten primären, menschlichen Keratinozyten und RDEB-SCC-Zellen sowie entsprechenden Geweben abgeleitet. Die resultierenden Signaturen werden dann verwendet, um die LINCS-Datenbank im umgekehrten Modus abzufragen und potenzielle Wirkstoffkandidaten zu identifizieren, die abnormale molekulare Signalwege umkehren könnten.

B) Es wurden differentiell exprimierte Gene (DEGs) aus RDEB-Tumorgewebe/-zellen und entsprechenden Kontrollen identifiziert. Für jeden Datensatz wurden Arzneimittelkataloge erstellt und ein zusammengeführter (Schnittmengen-) Katalog wurde wie dargestellt erstellt. Selumetinib wurde schließlich auf der Grundlage vordefinierter Kriterien ausgewählt.

Figure 1: Principle of the transcriptome-guided *in silico* drug screening and drug selection process

A) A disease-specific gene expression signature is derived from profiling the transcriptomes of cultured primary human keratinocytes and RDEB-SCC cells, as well as respective tissues. Resulting signatures are then used to query the LINCS database in reverse mode, identifying potential drug candidates that could reverse aberrant molecular pathways. **B)** Differentially expressed genes (DEGs) were identified from RDEB tumor tissue/cells and respective controls. Drug catalogues were generated for each dataset and a merged (intersect) catalogue was created as depicted. Selumetinib was finally selected based on predefined criteria.

Created in BioRender. Wally, V. (2024) BioRender.com/p14g119

ner solider Tumortypen untersucht⁶. Um das therapeutische Potenzial von Selumetinib gegen RDEB-SCCs zu überprüfen, haben wir seine Wirksamkeit *in vitro* und *in vivo* untersucht.

In vitro verringerte die Behandlung mit Selumetinib die Lebensfähigkeit von RDEB-SCC-Zellen und beeinträchtigte die Phosphorylierung der extrazellulären signalregulierten Kinase (ERK), was mit dem bekannten Wirkmechanismus des Medikaments übereinstimmt. Als Nächstes untersuchten wir das Potenzial von Selumetinib, den Übergang von epithelial zu mesenchymal umzukehren. Die Behandlung mit Selumetinib erhöhte die Expression von E-Cadherin, das auf Epithelmerkmale hinweist, signifikant und reduzierte Vimentin, einen Marker für den mesenchymalen Zustand, in RDEB-SCC-Zellen signifikant. Darüber hinaus schwächte die Behandlung mit Selumetinib die Zellmotilität und die Invasion von RDEB-SCC-Zellen ab, was auf das Potenzial zur Hemmung der Tumorprogression hindeutet. *In vivo* unterdrückte Selumetinib das Tumorwachstum in zwei RDEB-SCC-Xenograft-Modellen effizient. Die Analyse von Xenograft-Tumoren ergab eine verminderte MAPK-Signalübertragung, was durch eine verringerte ERK-Phosphorylierung und eine Herunterregulierung der dualen Spezifitätsphosphatase 6 (DUSP6) angezeigt wurde.

Insgesamt zeigte Selumetinib, das durch computergestütztes Wirkstoff-Screening identifiziert wurde, eine vielversprechende Wirksamkeit gegen RDEB-SCCs *in vitro* und *in vivo*, was auf sein Potenzial für den klinischen Einsatz bei Epidermolysis bullosa hindeutet. Die Umwidmung von Medikamenten ist eine kostengünstige Strategie, insbesondere bei seltenen Krankheiten, und ermöglicht einen schnelleren Weg zur klinischen Anwendung als ein neuartiges Medikament, da in der Regel Sicherheits- und Interaktionsstudien verfügbar sind. Unsere Ergebnisse liefern auch einen ersten Wirksamkeitsnachweis für die angewandte computergestützte Methode und fördern die Integration solcher Methoden in die Arzneimittelforschung, um die Identifizierung und klinische Umsetzung wirksamerer und besser verträglicher Therapien zu beschleunigen.

tential of Selumetinib against RDEB-SCCs, we assessed its efficacy *in vitro* and *in vivo*.

In vitro, Selumetinib treatment reduced the viability of RDEB-SCC cells and impaired the phosphorylation of extracellular signal-regulated kinase (ERK), in line with the drug's known mode of action (MoA). Next, we investigated the potential of Selumetinib to reverse epithelial to mesenchymal (EMT) transition. Selumetinib treatment significantly increased the expression of E-cadherin, indicative for epithelial-characteristics, and significantly reduced Vimentin, a marker of the mesenchymal state, in RDEB-SCC cells. Additionally, Selumetinib treatment attenuated cell motility and invasion of RDEB-SCC cells, suggesting its potential to inhibit tumor progression. *In vivo*, Selumetinib efficiently suppressed tumor growth in two RDEB-SCC xenograft models. Analysis of xenograft tumors revealed reduced MAPK signaling, as indicated by decreased ERK phosphorylation and downregulation of dual specificity phosphatase 6 (DUSP6).

Taken together, Selumetinib, identified by computational drug screening, demonstrated promising efficacy against RDEB-SCCs *in vitro* and *in vivo*, suggesting its potential for clinical use in epidermolysis bullosa. Drug repurposing is a cost-effective strategy, especially for orphan diseases, potentially facilitating a faster route to clinical application than a novel medicine, as safety and interaction studies are typically available. Our findings also provide a first proof-of-concept validation for the applied computational method, encouraging the integration of such methods in drug discovery to accelerate the identification and clinical translation of more effective and better-tolerated therapies.

Literatur:

1. Montaudié H, Chiaverini C, Sbidian E, Charlesworth A, Lacour JP. Inherited epidermolysis bullosa and squamous cell carcinoma: a systematic review of 117 cases. *Orphanet journal of rare diseases*. 2016; 11:117.
2. Zauner R, Wimmer M, Dorfer S, Ablinger M, Koller U, Piñón-Hofbauer J, et al. Transcriptome-Guided Drug Repurposing for Aggressive SCCs. *International journal of molecular sciences*. 2022; 23.
3. Stathias V, Turner J, Koleti A, Vidovic D, Cooper D, Fazel-Najafabadi M, et al. LINCS Data Portal 2.0: next generation access point for perturbation-response signatures. *Nucleic acids research*. 2020; 48:d431-9.
4. Cho RJ, Alexandrov LB, den Breems NY, Atanasova VS, Farshchian M, Purdom E, et al. APOBEC mutation drives early-onset squamous cell carcinomas in recessive dystrophic epidermolysis bullosa. *Sci Transl Med*. 2018; 10.
5. Wimmer M, Zauner R, Ablinger M, Piñón-Hofbauer J, Guttman-Gruber C, Reisenberger M, et al. A cancer stem cell-like phenotype is associated with miR-10b expression in aggressive squamous cell carcinomas. *Cell Commun Signal*. 2020; 18:61.
6. Hedayat M, Jafari R, Majidi Zolbanin N. Selumetinib: a selective MEK1 inhibitor for solid tumor treatment. *Clin Exp Med*. 2023; 23:229-244.

<https://doi.org/10.61783/oegdv10412>

EADV SPOTLIGHT

Präsentiert von: **Paul Fiebiger**

Universitätsklinik für Dermatologie und Allergologie,
Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

Session ID D2To2.2

Update atopische Dermatitis

Vortragende:

Emma Gutman-Yassky

Thilo Biedermann

Phyllis Spuls

Robert Bissonette

Für die atopische Dermatitis (AD) sind die topischen Behandlungsmöglichkeiten auf Kortikosteroide und Calcineurininhibitoren beschränkt. In den USA sind seit kurzem einige neue Mittel für die Behandlung der AD zugelassen. Diese Therapie-möglichkeiten sind vor allem für Patienten, die keine systemische Therapie wünschen (z.B. Kinder) interessant, und es ist gut möglich, dass auch eine Zulassung für den europäischen Markt in naher Zukunft erfolgen kann. In den USA werden bereits der JAK-Inhibitor Ruxolitinib (0,15%ige Creme), der PDE4-Inhibitor Roflumilast (0,15%ige Creme) und der AhR-Agonist Tapinarof (1%ige Creme) verwendet.

Ruxolitinib ist unter dem Markennamen Opzelura, ebenfalls als Creme mit 0,15% Wirkstoff bereits in der EU als topische Therapie für Vitiligo zugelassen.

Alle Therapien zeigten in Phase 3-Studien signifikante Verbesserungen im IGA und von Pruritus, die Ergebnisse sind allerdings aufgrund der Unterschiedlichkeit der rekrutierten Patientengruppen (Alter, Schweregrad), Body Surface Area (BSA), der unterschiedlichen Endpunkte und des Studien-designs nicht direkt miteinander vergleichbar.

In allen Studien traten auch leichte Nebenwirkungen in den Therapiearmen auf. Ruxolitinib ist aufgrund vermuteter Penetration und systemischer Wirkung nur bis zu einer BSA von 20% zugelassen. Hier zeigten sich vermehrt Fälle von Nasopharyngitis, Infektionen der oberen Atemwege und Kopfschmerzen. In der Roflumilastgruppe entwickelten einige Patienten Kopfschmerzen, Übelkeit, Diarrhoe und Erbrechen. Diese, von anderen PD-4-Hemmern bereits bekannten, systemischen Nebenwirkungen, treten in erster Linie nach Penetration der Hautbarriere durch den verwendeten Wirkstoff des topischen Medikaments auf. Bei Tapinarof entwickelten einige Patienten Kopfschmerzen, sowie eine charakteristische Hautveränderung, die als „follikuläre events“ bezeichnet

Presented by: **Paul Fiebiger**

Department for Dermatology and Allergology,
Paracelsus Medical University, Salzburg

Session ID D2To2.2

Update atopic dermatitis

Speakers:

Emma Gutman-Yassky

Thilo Biedermann

Phyllis Spuls

Robert Bissonette

Topical treatment options for atopic dermatitis (AD) are limited to corticosteroids and calcineurin inhibitors. In the USA, some new agents have recently been approved for the treatment of AD. These treatment options are particularly interesting for patients who do not want systemic therapy (e.g., children), and it is quite possible that these will be approved for the European market in the near future. In the USA, the JAK inhibitor ruxolitinib (0.15% cream), the PDE4 inhibitor roflumilast (0.15% cream), and the AhR agonist tapinarof (1% cream) are already in use.

Ruxolitinib has already been approved in the EU under the brand name Opzelura®, and as a cream containing 0.15% of the active ingredient as a topical treatment for vitiligo.

All therapies have resulted in significant improvements in IGA and pruritus in phase 3 trials, but the results are not directly comparable due to the diversity of the recruited patient groups (age, severity), body surface area (BSA), different endpoints and study designs. In all studies, mild side effects also occurred in response to the forms of therapy.

In the ruxolitinib cohort, use on only up to 20% BSA is approved due to the suspected penetration and systemic effects. Here, increased cases of nasopharyngitis, upper respiratory tract infections, and headaches were observed.

In the roflumilast group, some patients developed headaches, nausea, diarrhea, and vomiting, which are also primarily side effects due to penetration, as these are typical side effects of PD4 inhibitors.

net wurden. Hierbei handelt es sich meist um eine Follikulitis mit sterilem Pus in der Umgebung der behandelten Areale. Die Läsionen treten nach der ersten Applikation auf und bilden sich spontan wieder zurück.

Bei den systemischen Therapien gibt es derzeit einige neue Medikamente, die in Europa zugelassen sind oder die sich bereits in Phase 3-Studien befinden.

Hier ist zuallererst Lebrikizumab zu nennen. Der Anti-IL13-Antikörper ist in der EU bereits für die Behandlung der mittelschweren bis schweren atopischen Dermatitis zugelassen. In der Phase 3-Studie mit 2 verschiedenen Studienpopulationen zeigte sich ein IGA-Score von 0-1 Punkten mit einer Reduktion von zumindest 2 Punkten von 33,2%/43,1% (Placebo 10,8%/12,7%), sowie eine EASI 75-Antwort von 52,1%/58,8% (Placebo 16,2%/18,1%) nach 16 Wochen. Als Nebenwirkung traten im Lebrikizumab-Arm erwartungsgemäß vermehrt Fälle von Konjunktivitis auf.

Nemolizumab, ein monoklonaler Antikörper, der für eine IL-31-Rezeptor A-Blockade sorgt, ist bereits in den USA zugelassen. In der Phase 3-Studie wurden sowohl der Nemolizumab- als auch der Placeboarm unterstützend mit topischen Kortikosteroiden und topischen Calcineurinhemmern therapiert. Unter diesen Umständen gab es signifikant bessere Ergebnisse in Hinsicht auf IGA 0/1 mit einer Reduktion von 2 Scorepunkten und ebenfalls in einer Subgruppe mit starkem Pruritus nach 48 Wochen. Erwartungsgemäß schnitt auch die Placebogruppe aufgrund der unterstützenden topischen Behandlung deutlich besser ab als in anderen Studien. Als Nebenwirkungen zeigen sich in der Nemolizumab-Gruppe leicht vermehrt periphere Ödeme.

Abschließend kommen wir zu den Anti OX40/Anti OX40-Ligand-Therapien, die seit letztem Jahr vermehrt Interesse auf sich ziehen. OX-40-Rezeptoren befinden sich auf aktivierten T-Zellen, die Interaktion mit OX-40-Liganden ist wichtig für das Überleben und die Proliferation von T-Zellen. Derzeit befinden sich 2 Medikamente in Entwicklung, die OX-40 blockieren sollen (Telazorlimab, Rocatinlimab), sowie 1 Medikament, das den OX-40-Liganden blockieren soll (Amlitelimab).

Die Medikamente befinden sich derzeit in Phase 3-Studien. Bisherige Daten aus Phase 2-Studien zeigen ein gutes therapeutisches Ansprechen auf die Medikamente; selbst nach Absetzen der Medikamente für 12-24 Wochen ist nur eine sehr geringe IGA-Verschlechterung zu beobachten. Nebenwirkungen traten im Telazorlimab-Arm und bei Amlitelimabgabe im Vergleich zur Placebogruppe nicht gehäuft auf, bei der Rocatinlimabgruppe zeigten sich Fieber, Schüttelfrost und vereinzelt Aphthen.

In the case of tapinarof, some patients also developed headaches, as well as displaying characteristic skin changes called "follicular events". These usually present as folliculitis with sterile pus in the region around the treated areas. The lesions appear after the first application and spontaneously regress.

Regarding current systemic therapies, a number of new drugs have already been approved in Europe or are already in phase 3 trials.

First and foremost, lebrikizumab should be mentioned here. The anti-IL13 antibody has already been approved in the EU for the treatment of moderate to severe atopic dermatitis. A phase 3 trial with two different study populations resulted in an IGA score of 0-1 points with a reduction of at least 2 points of 33.2%/43.1% (placebo 10.8%/12.7%), and an EASI 75 response of 52.1%/58.8% (placebo 16.2%/18.1%) after 16 weeks. As expected, an increased number of cases of conjunctivitis were seen in the lebrikizumab therapy group.

Nemolizumab, a monoclonal antibody that causes an IL-31 receptor A blockade, has already been approved in the US. In the phase 3 trial, both the nemolizumab and placebo groups were treated with supportive topical corticosteroids and topical calcineurin inhibitors. Under these circumstances, significantly better results were observed in terms of IGA 0/1 with a reduction of two score points (also in a subgroup with severe pruritus) after 48 weeks. As expected, the placebo group also performed significantly better than in other studies due to the supportive topical treatment. Regarding side effects, a slight increase in peripheral edema was observed in the nemolizumab group.

Finally, we arrive at the anti-OX40/anti-OX40 ligand therapies, which have attracted an increasing amount of interest since last year. OX-40 receptors are found on activated T cells, and interactions with the OX-40 ligand are important for the survival and proliferation of T cells. There are currently two drugs in development that are designed to block OX-40 (telazorlimab, rocatinlimab) and one drug that is designed to block the OX-40 ligand (amitelimab).

The drugs are currently in phase 3 trials. Data from phase 2 trials to date indicate a good therapeutic response to the drugs, with only a very slight IGA deterioration observed even after discontinuation of the drugs over a period of 12-24 weeks. Side effects did not occur more frequently in the telazorlimab and amitelimab groups as compared to the placebo group; the rocatinlimab group showed fever, chills, and occasional mouth ulcers.

<https://doi.org/10.61783/oegdv10413>

Präsentiert von: **Damian Meyersburg**

Universitätsklinik für Dermatologie und Allergologie,
Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

**Presentation ID D1To3.2C,
Wednesday, September 25**

Therapeutisches Drug-Monitoring in ihrer Praxis?

Vortragende: Jo LW Lambert

Das derzeitige therapeutische Arsenal für Psoriasis wird durch Biologika erweitert, die auf Interleukin (IL)-17 und IL-23 abzielen. Obwohl diese Biologika in Phase-III-Studien eine hohe Wirksamkeit gezeigt haben, stoßen Ärzte in der klinischen Praxis auf erhebliche Unterschiede im Ansprechen. Einerseits gibt es eine Untergruppe von Patienten, die primär oder sekundär gar nicht auf diese Biologika ansprechen, während andererseits bei Patienten mit (fast) vollständigem Ansprechen eine Dosisreduktion empfohlen werden kann. Diese suboptimalen therapeutischen Ergebnisse haben Kliniker dazu veranlasst, eine empirische Dosisoptimierung entweder durch Dosisanpassung oder durch Änderung der Verabreichungsintervalle zu untersuchen. Eine streng kontrollierte Dosisreduktion von Biologika der ersten Generation (Tumor-Nekrose-Faktor (TNF)- α) hat sich als wirksamer und kosten effektiver erwiesen. Dieses Paradigma wird derzeit auch für neuere Biologika untersucht. Das therapeutische drug monitoring (TDM) von Biologika, das die Messung von (Tiefpunkt-)Konzentrationen und Antikörpern gegen das Biologikum umfasst, entwickelt sich zu einem wertvollen Instrument für die klinische Entscheidungsfindung. Ihre Bedeutung ergibt sich aus dem Vorhandensein einer Expositions-Wirkungs-Beziehung. Frühere Studien haben eine Expositions-Wirkungs-Beziehung für Adalimumab gezeigt. Diese dosisabhängige Wirkung wurde vor kurzem auch für neuere Biologika zur Behandlung der Psoriasis festgestellt.

Presented by: **Damian Meyersburg**

Department for Dermatology and Allergology,
Paracelsus Medical University Salzburg

**Presentation ID D1To3.2C,
Wednesday, September 25**

Therapeutic drug monitoring in your practice?

Vortragende: Jo LW Lambert

The current therapeutic arsenal for psoriasis is being expanded to include biologics that target interleukin (IL)-17 and IL-23. Although these biologics have shown high efficacy in phase III trials, clinicians encounter substantial variability in response in clinical practice. On the one hand, there is a subgroup of patients who do not respond to these biologics at all, either primarily or secondarily, while on the other hand, dose reduction may be recommended in patients with (nearly) complete response. These suboptimal therapeutic outcomes have led clinicians to explore empirical dose optimization, either by adjusting the dose or by changing the administration intervals. Strictly controlled dose reduction of first-generation biologics (tumor necrosis factor- α) has proven to be effective and cost-effective. This paradigm is currently being explored for newer biologics as well. Therapeutic drug monitoring (TDM) of biologics, which includes the measurement of (trough) levels and antibodies to the biologic, is emerging as a valuable tool for clinical decision-making. Its importance arises from the presence of an exposure-response relationship. Previous studies have shown an exposure-response relationship for adalimumab. This dose-dependent effect has also recently been determined for newer biologics used to treat psoriasis.

<https://doi.org/10.61783/oegdv10414>

Präsentiert von: **Damian Meyersburg**

Universitätsklinik für Dermatologie und Allergologie,
Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

Presentation ID D4To4.1B
Saturday, September 27

Spironolacton: ein Platz im Algorithmus der weiblichen Akne bei Erwachsenen

Vortragende: Brigitte Dreno

Akne bei erwachsenen Frauen wird primär durch hormonelle Einflüsse bedingt. Eine etablierte Standardbehandlung ist die Gabe von Doxycyclin, während Spironolacton, ein Antiandrogen, welches auf die Androgenrezeptoren der Talgdrüsen wirkt, in einigen Ländern (z.B. den USA) seit Jahrzehnten off-label zur Aknetherapie eingesetzt wird. Trotz seiner verbreiteten Anwendung existieren bisher nur wenige wissenschaftliche Nachweise für die Wirksamkeit von Spironolacton bei Akne, weshalb es bislang nicht in die offiziellen Akne-Behandlungsrichtlinien aufgenommen wurde.

In einer multizentrischen, kontrollierten, randomisierten, doppelblinden, prospektiven Studie wurde die Effektivität von Spironolacton im Vergleich zu Doxycyclin bei 133 erwachsenen Frauen mit mittelschwerer Akne über einen Zeitraum von sechs Monaten untersucht. Die Teilnehmerinnen erhielten entweder eine Behandlung mit Doxycyclin und Benzoylperoxid oder Spironolacton und Benzoylperoxid. Der primäre Endpunkt der Studie war der Behandlungserfolg nach 4 und 6 Monaten, gemessen mit dem AFAST-Score (Adult Female Acne Scoring Tool).

Die Ergebnisse zeigten, dass Spironolacton nach 4 Monaten eine signifikant bessere Wirksamkeit aufwies als Doxycyclin und nach 6 Monaten den Behandlungserfolg weiter ausbaute ($p = 0,007$). Die Erfolgsrate von Spironolacton war nach 4 Monaten 1,37-fach und nach 6 Monaten 2,87-fach höher als die von Doxycyclin. Zusätzlich berichteten die Patientinnen, die Spironolacton erhielten, von einer verbesserten Lebensqualität. Diese Studie liefert erstmals überzeugende Belege dafür, dass Spironolacton eine wirksamere und gut verträgliche Behandlungsoption für mittelschwere Akne bei erwachsenen Frauen im Vergleich zu Doxycyclin darstellt.

Presented by: **Damian Meyersburg**

Department for Dermatology and Allergology,
Paracelsus Medical University Salzburg

Presentation ID D4To4.1B
Saturday, September 27

Spironolactone: a place in the algorithm of adult female acne

Vortragende: Brigitte Dreno

Acne in adult women is primarily caused by hormonal influences. An established standard treatment is the administration of doxycycline, while spironolactone, an antiandrogen that acts on the androgen receptors of the sebaceous glands, has been used off-label for decades in some countries (e.g., the USA) for acne therapy. Despite its widespread use, there is little scientific evidence for the effectiveness of spironolactone in acne, which is why it has not yet been included in the official acne treatment guidelines.

In a multicenter, controlled, randomized, double-blind, prospective study, the effectiveness of spironolactone was compared to that of doxycycline in 133 adult women with moderate acne over a period of six months. The participants received either doxycycline and benzoyl peroxide or spironolactone and benzoyl peroxide. The primary endpoint of the study was treatment success as measured by the AFAST (Adult Female Acne Scoring Tool) score at 4 and 6 months.

The results indicated that spironolactone was significantly more effective than doxycycline at 4 months and further improved treatment success at 6 months ($p = 0,007$). The success rate of spironolactone was 1.37 times higher than that of doxycycline at 4 months and 2.87 times higher at 6 months. In addition, patients receiving spironolactone reported an improved quality of life. This study provides the first convincing evidence that spironolactone is a more effective and well-tolerated treatment option for moderate acne in adult women than doxycycline.

<https://doi.org/10.61783/oegdv10415>

Präsentiert von: **Iris Wohlmuth**

Universitätsklinik für Dermatologie und Allergologie,
Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

**Presentation ID D2To3.4C,
Thursday, 26 September**

Lymphoproliferative Erkrankungen

Vortragende: Iris Wohlmuth

Primär-kutane Lymphome umfassen eine heterogene Gruppe von T- und B-Zell-Non-Hodgkin-Lymphomen, welche per Definition bei Diagnose keine extrakutane Beteiligung aufweisen. Obwohl kutane Lymphome bevorzugt in späteren Lebensdekaden auftreten, können auch Kinder und Jugendliche betroffen sein. Mycosis fungoides (MF) gehört zur Gruppe der kutanen T-Zell-Lymphome und ist sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern das häufigste kutane Lymphom. Die Diagnose der MF ist oft durch ihre vielfältigen klinischen Präsentationen erschwert und ist nicht selten schwer von gutartigen inflammatorischen Dermatosen zu unterscheiden. Besonders bei Kindern erfolgt oftmals eine verzögerte Diagnosestellung. Anders als bei Erwachsenen ist bei Kindern die hypopigmentierte Form der MF die häufigste Variante. Hierbei weisen Kinder hypopigmentierte „Patch“-Läsionen oder Plaques auf. Diese Variante ist generell mit einer guten Prognose verbunden, es gibt jedoch auch hier Fallberichte über ein Fortschreiten der Erkrankung in ein Tumorstadium mit potenziell letalem Ausgang. Neben der hypopigmentierten MF zählt die follikulotrope MF bei Kindern zur zweithäufigsten Form. Bei der follikulotropen MF infiltrieren atypische T-Zellen die Haarfollikel, was sich klinisch in Keratosis pilaris-artigen Läsionen, akneiformen Läsionen oder Alopecia areata-artigen Läsionen widerspiegelt.

Obwohl sich die juvenile MF in ihrer Erscheinungsform, Prognose und oft auch im therapeutischen Ansatz von der erwachsenen Form unterscheidet, gab es bis zum jetzigen Zeitpunkt keine Leitlinie zur Behandlung der MF bei Kindern und Jugendlichen.

Um diese Lücke zu schließen und behandelnden Dermatologen und Kinderärzten einen Leitfaden zu geben, haben Experten der ISCL, USCLC und EORTC-CLTG gemeinsam eine Konsensus-Leitlinie zur Abklärung und Therapie der kindlichen MF verfasst, welche sich gerade im Review-Prozess befindet, und in den kommenden Wochen veröffentlicht werden soll.

Presented by: **Iris Wohlmuth**

Department for Dermatology and Allergology,
Paracelsus Medical University Salzburg

**Presentation ID D2To3.4C,
Thursday, 26 September**

Lymphoproliferative diseases

Presenter: Iris Wohlmuth

Primary cutaneous lymphomas are a heterogeneous group of T- and B-cell non-Hodgkin lymphomas that by definition show no evidence of extracutaneous involvement at the time of diagnosis. Although cutaneous lymphomas typically affect patients in later decades of life, cases do occur in children and adolescents. Mycosis fungoides (MF) belongs to the group of T-cell lymphomas and is the most common form of cutaneous lymphoma both in adults and children. The diagnosis of MF is often challenging due to its variable clinical presentation, and it is often difficult to distinguish from benign inflammatory dermatoses. Especially in children, the diagnosis is often delayed. As opposed to adults where “classic MF” is the most predominant form, “hypopigmented MF” is the most common variant in children. This variant is characterized by the presence of hypopigmented patches and plaque lesions and is generally associated with a favorable prognosis, but there are also case reports of the disease progressing to a tumor stage with a potentially lethal outcome. In addition to hypopigmented MF, folliculotropic MF is the second most common variant of MF in children. In the latter, atypical T cells infiltrate the hair follicle, which leads to the characteristic clinical appearance of keratosis pilaris-like lesions, acneiform lesions, and alopecia areata-like lesions.

Although juvenile MF differs in its clinical appearance, prognosis, and management from adult MF, no guidelines have been established for the treatment of MF in children and adolescents.

To address this gap and help dermatologists and pediatricians better manage pediatric MF, experts from three working groups (ISCL/USCLC/EORTC-CLTG) have established management guidelines for the staging and treatment of childhood MF. These guidelines are currently under review and should be published soon.

<https://doi.org/10.61783/oegdv0416>

H. Peter Soyer und Team: Gewinner eines 2024 Australian Museum Eureka Preises

Die ÖGDV gratuliert Herrn Prof. H. Peter Soyer und seinem Team am ACRF Australian Centre of Excellence in Melanoma Imaging & Diagnosis, The University of Queensland, recht herzlich zum Erhalt des 2024 Australian Aspire Scholarship Eureka Prize for Excellence in Interdisciplinary Scientific Research für ihre Arbeit zur Früherkennung von Melanomen.

Die Eureka-Preise des Australian Museum sind die umfassendsten nationalen Wissenschaftspreise des Landes und ehren herausragende Leistungen in den Bereichen Forschung und Innovation, Führung, wissenschaftliches Engagement und Schulwissenschaft.

Die Eureka-Preise werden jährlich in Zusammenarbeit mit einigen der führenden wissenschaftlichen Institutionen, Regierungsorganisationen, Universitäten und Unternehmen des Landes verliehen und stärken das Ansehen der Wissenschaft und des wissenschaftlichen Engagements in der Gesellschaft, indem sie herausragende Leistungen würdigen.

H. Peter Soyer and team: winner of a 2024 Australian Eureka Prize

The ÖGDV warmly congratulates Prof. H. Peter Soyer from The University of Queensland and his team at the ACRF Australian Centre of Excellence in Melanoma Imaging & Diagnosis, The University of Queensland, upon receiving the 2024 Australian Aspire Scholarship Eureka Prize for Excellence in Interdisciplinary Scientific Research for their work in the early detection of melanoma.

The Australian Museum Eureka Prizes are the country's most comprehensive national science prizes, recognizing outstanding achievements in research and innovation, leadership, scientific engagement, and science in schools.

Delivered annually in partnership with some of the country's leading science institutions, government organizations, universities, and businesses, the Eureka Prizes raise the profile of science and scientific engagement in the community by celebrating excellence.

<https://doi.org/10.61783/oegdv10417>



IN MEMORIAM HANS-JÖRG RAUCH

Nachruf für OMR Dr. Hans-Jörg RAUCH (1953–2024)

Hans-Jörg Rauch wurde am 22.12.1953 in Graz geboren. Nach seinem Studium der Medizin in Wien begann er seine Turnusausbildung in Salzburg und kam dann bald zurück nach Graz, um dort die Ausbildung zum Facharzt für Dermatologie und Venerologie zu absolvieren. Danach zog es ihn wieder nach Wien. 1985 eröffnete er in Wien-Mariahilf eine Facharztpraxis mit allen Kassen, die rasch zu einem großen Unternehmen anwuchs.

Hans-Jörg Rauch war ein neugieriger und politischer Mensch, nichts war ihm gleichgültig, seine Umgebung beobachtete er mit scharfem Blick und bedachte manche Geschehnisse auch mit messerscharfer Kritik. Es war daher nur logisch, dass er sich für die Standespolitik zu interessieren begann, und er war bereit, auch Verantwortung und Engagement zu übernehmen, um sich für eine ökonomisch und strukturell bessere Position der Dermatologie in der niedergelassenen Ärzteschaft einzusetzen. Diese seine Bemühungen führten dazu, dass er schließlich zum Fachgruppenobmann und zum Bundesfachgruppenobmann für Dermatologie gewählt wurde.

Seine langjährige Tätigkeit in dieser Funktion (bis 2013) war geprägt durch seinen Fleiß und seine Durchschlagskraft, durch seine Ecken und Kanten, die er sehr erfolgreich einzusetzen wusste. Es gelang ihm damit, wichtige standespolitische Impulse zu setzen, und er war daher als Interessenvertreter der dermatologischen Gemeinschaft über viele Jahre unangefochten anerkannt und respektiert. 2002 wurde er mit dem silbernen, 2011 mit dem goldenen Ehrenzeichen der Wiener Ärztekammer geehrt.

Durch diese über viele Jahre sehr erfolgreiche Tätigkeit knüpfte er wichtige Kontakte und erreichte in der Ärzteschaft einen Bekanntheitsgrad und eine Aufmerksamkeit, die dazu führte, dass er 2004 zum *Präsidenten der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie* (ÖGDV) gewählt wurde. Er übte dieses Amt in den Jahren 2005 und 2006 souverän aus und erhielt dabei viel Zustimmung. Dabei half ihm seine außerordentliche Gabe, große und wichtige Zusammenhänge zu erkennen, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren. Komplexen Gegebenheiten trat er mit seinem Sinn für Ordnung und Übersicht, mit Fleiß und Ausdauer entgegen. Als nicht habilitierter Facharzt war er der bisher einzige Präsi-

Obituary for OMR Dr. Hans-Jörg RAUCH (1953–2024)

Hans-Jörg Rauch was born on 22.12.1953 in Graz. After studying medicine in Vienna, he began his residency in Salzburg and soon returned to Graz to complete his training as a specialist in dermatology and venereology. He then moved back to Vienna. In 1985, he opened a specialist practice in the Vienna-Mariahilf district, contracting with all health insurance companies, and this quickly grew into a large company.

Hans-Jörg Rauch was a curious and politically savvy person, and nothing was uninteresting to him. He observed his surroundings with a keen eye and also considered some events, offering his razor-sharp criticism. It was therefore

only logical that he began to take a professional interest in politics. He was prepared to take on responsibility and display the commitment needed to advocate for a better economic and structural position of dermatology in the medical profession. These efforts eventually enabled him to become an elected chairman of the specialist group and chairman of the federal specialist group for dermatology.

His many years in this role (until 2013) were characterized by his diligence and perseverance, as well as by his rough edges, which he knew how to apply very successfully. As a result, he was able to provide an important political impetus for the profession and was thus recognized and respected as a representative of the dermatological community's interests for many years. In 2002, he was awarded the silver medal of honor by the Vienna Medical Association and in 2011, the gold medal.

The highly successful work he performed over many years allowed him to establish important contacts and achieve a level of recognition and attention in the medical profession. This led to his election to the position of *President of the Austrian Society of Dermatology and Venereology* (ÖGDV) in 2004. He held this office in 2005 and 2006 with aplomb and to great acclaim. His extraordinary ability to recognize large and important contexts and to concentrate on the essentials helped him to fill this key role. He tackled complex situations with his sense of order, preserving a broad overview and applying both diligence and perseverance. As a specialist who had not completed his



dent der ÖGDV, der aus der niedergelassenen Kollegenschaft gewählt worden war, was ein besonderes Licht auf seine herausragende Persönlichkeit wirft. Er führte die wissenschaftliche Gesellschaft mit Umsicht und Erfolg und reihte sich so in die Geschichte der Dermatologie in außergewöhnlicher Weise ein.

Neben seiner Tätigkeit als Kassenarzt war Dr. Rauch viele Jahre als Gerichtsgutachter für das Fach Dermatologie tätig, was seinen Wirkungskreis aufs Neue stark erweiterte.

Nach seinem Rückzug aus der Ärztekammer war er weiterhin in seiner großen Hautarzt-Praxis tätig, bis er diese im Jahr 2017 nach insgesamt 32 Jahren an eine junge dynamische Kollegin übergab.

Der Arztberuf und alles, was er damit in Zusammenhang brachte, war die eine Seite seines Lebens, die zweite Seite war sein großes Interesse an allem, was man schlechthin Kultur nennt. Literatur, Theater, die bildende Kunst und in besonderem Maße die Musik und Oper waren ihm außerordentlich wichtig. Er war durch und durch Kulturmensch, sehr belesen und hoch gebildet, und er wusste, wie wichtig Kunst und Kultur für ein gutes und sinnerfülltes Leben sind.

Die dritte Seite seines Lebens war sein großer Freundeskreis. Mit seinen universalen Interessen gab er ständig Anregungen für spannende und geistvolle Gespräche. Sein Blick ging weit über den Tellerrand, man freute sich, ihn als Gast bei sich zu haben, wie es auch genauso schön war, bei ihm eingeladen zu sein.

Und da gab es noch eine vierte Seite seines Lebens: Seine schon zitierte umfassende Neugier trieb ihn zu vielen Reisen, die Welt zu erkunden war eine seiner großen Leidenschaften von Anfang an. Mit großem Eifer plante er kleine und große Unternehmungen, an denen wir, seine unmittelbaren Freunde, gelegentlich auch teilnehmen durften.

In den letzten Jahren schlich sich eine unbarmherzige Krankheit an ihn heran, der er mit bewundernswerter Energie, mit großem Mut und unbedingtem Siegeswillen entgegentrat. Mit allen Mitteln, die ihm zu Verfügung standen und die ihm die moderne Medizin bieten konnte, hat er sich bis zum letzten Tag gewehrt. Am 24. September 2024 war sein Körper erschöpft, die Abwehrkraft war plötzlich weg und Hans-Jörg ging uns innerhalb weniger Stunden verloren.

Wir trauern um den Verlust eines großen Freundes.

Wir vermissen ihn als maßgeblichen Motor in unserer dermatologischen Gesellschaft.

Wilhelm Brenner, Wien
Korrespondenz: wbrenner@aon.at

habilitation, he was the only president of the ÖGDV to have been elected from among his colleagues in private practice. This alone sheds particular light on his outstanding personality. He prudently and successfully led the scientific society and thus made an exceptional contribution to the history of dermatology.

In addition to his work as a panel doctor (i.e., physician with statutory health insurance), Dr. Rauch worked for many years as a court-appointed expert in the field of dermatology, which greatly expanded his sphere of activity.

After retiring from the medical association, he continued to work in his large dermatology practice until he handed it over to a young, dynamic colleague in 2017 after a total of 32 years of active practice.

The medical profession and everything he associated with was one aspect of his life, and the second aspect was his great interest in everything that is referred to as culture. Literature, theater, the visual arts and, in particular, music and opera were extremely important to him. He was a cultural man through and through, very well-read and highly educated, and he knew how important art and culture were for a good and meaningful life.

The third aspect of his life was his large circle of friends. With his universal interests, he was a constant source of inspiration for exciting and intellectual conversations. His vision extended far beyond the end of his nose, and it was a pleasure to have him as a guest, just as it was a pleasure to be invited to his home.

And there was a fourth aspect to his life: His extensive curiosity, as already mentioned, drove him to travel extensively. Exploring the world was one of his great passions from the very beginning. With great enthusiasm, he planned both small and large undertakings in which we, his immediate friends, were occasionally allowed to participate.

In the last few years, a merciless illness crept up on him, which he battled with admirable energy, great courage and an unconditional will to win. With all the means at his disposal and that modern medicine could offer him, he fought back until the very last day. On September 24, 2024, his body was exhausted, his resistance was suddenly gone, and Hans-Jörg was lost to us within a few hours.

We mourn the loss of a great friend.

We miss him as a key driving force in our dermatological society.

Wilhelm Brenner, Vienna
Correspondence: wbrenner@aon.at

IN MEMORIAM MARCUS MAURER

**Prof. Dr. med.
Marcus Maurer (1966–2024),
Leiter des Instituts für Allergie-
forschung an der Charité in Berlin**

Am 31. Juli trat Marcus von seinem Urlaubsdomizil am Lago Maggiore eine Bergwanderung auf den Monte Giove an, von der er nicht zurückkehrte. Wochenlang wurde er gesucht, schmerzlich vermisst, am 6. September endlich gefunden, verunglückt am Berg. Er wurde nur 58 Jahre alt.

Marcus verkörperte vieles in einer Person: Als Wissenschaftler an der Universitätsklinik war er ein begnadeter Forscher, begeisternder Lehrer und empathischer Kliniker, der es perfekt verstand, komplexe Krankheitsbilder zu beforschen, die Ergebnisse an Fachexperten und Studierende zu vermitteln und betroffenen Patienten die besten therapeutischen Maßnahmen zu ermöglichen. Plakatives Beispiel dafür: Er machte aus der idiopathischen Urtikaria („wir wissen weder was sie verursacht, noch wie man sie gut behandelt“) eine in den meisten Fällen gut beherrschbare Erkrankung.

Die Mastzellen waren „seine Zelle“, die Mastozytose, die Urtikaria, den Pruritus und das Angioödem beforschte er von der molekularen Ebene bis zum betroffenen Patienten. Sein Arbeitseinsatz war enorm, mehr als 100 Forschungsprojekte, 850 wissenschaftliche Publikationen, 55 Bücher und Buchkapitel und ein überragender h-Index von >100 beweisen den Erfolg als Wissenschaftler. Hier seien nur drei besondere Leistungen herausgegriffen: Die Therapie der chronisch-spontanen Urtikaria mit einem gegen das IgE-Molekül gerichteten Antikörper schaffte nur durch seine Zähigkeit den Durchbruch¹. Die Leitlinie zum Hereditären Angioödem erhielt dank seinem diplomatischen, aber beharrlichen Einsatz die weltweite Zustimmung aller Experten². Und im August 2024 erschien unter seiner Leitung eine neue, vereinheitlichte Nomenklatur der Angioödeme, welche multizentrische Kollaboration erleichtert, die Behandlung harmonisieren und die Vergleichbarkeit von Studien ermöglichen sollte³. Forschungsverbünde wie ACARE zum Angioödem und das Globale Urtikariaforum entstanden und florieren aufgrund seiner Initiative und seiner stimulierenden Motivationskraft. Dank seinem unermüdlichen Einsatz schaut die Welt heute für Patienten mit diesen Erkrankungen anders aus.



**Prof. Dr.
Marcus Maurer (1966–2024),
Head of the Institute for Allergy
Research at the Charité in Berlin**

On July 31, Marcus set off from his vacation home on Lake Maggiore on a hike up Monte Giove, from which he never returned. He was searched for weeks, was sorely missed, and was finally found on September 6, having died in an accident on the mountain. He was only 58 years old.

Marcus was the personification of a scientist at the university hospital, as a gifted researcher, inspiring teacher and empathetic clinician. He understood perfectly how to examine complex clinical pictures, communicate the results to experts and students and provide the best therapeutic measures for affected patients. As a striking example of this: He turned idiopathic urticaria (“we neither know what causes it nor how to treat it well”) into a disease that became manageable in most cases.

Mast cells were “his cell”; he studied mastocytosis, urticaria, pruritus, and angioedema from the molecular level to the level of the affected patient. His workload was enormous, and more than 100 research projects, 850 scientific publications, 55 books and book chapters, and an outstanding H-index of >100 are proof of his success as a scientist. Here are only three of his particular achievements: The therapy of chronic spontaneous urticaria with an antibody directed against the IgE molecule only achieved a breakthrough due to his tenacity (1). The guideline on hereditary angioedema received the worldwide approval of all experts thanks to his diplomatic, persistent efforts (2). And in August 2024, under his leadership, a project to publish new, standardized nomenclature of angioedema was successful, which should facilitate multicenter collaboration, harmonize the treatment of this disease, and enable the comparability of studies (3). Research alliances such as ACARE on angioedema and the Global Urticaria Forum were created and flourished thanks to his initiative and stimulating motivation. Thanks to his tireless efforts, the world looks different today for patients with these diseases.

Preise hat Marcus Maurer zahlreiche erhalten, etwa den Clemens von Pirquet-Preis der EAACI für sein klinisches Lebenswerk oder den Lifetime Achievement Award der Asia-Pacific-Association of Allergy, Asthma and Clinical Immunology. Seine Funktionen als Exekutivdirektor des Allergieinstitutes an der Charité in Berlin, als Ko-Direktor des Institutes für Immunologie und Allergologie am Fraunhofer-Institut für Translationale Medizin und Pharmakologie ITMP und seine Professur für Dermatologie und Allergie an der Charité versinnbildlichen sein Engagement für beides, die wissenschaftliche Kommune und die Patienten.

Seine nationalen und internationalen Kooperationen – ob mit Patienten, Gesundheitsanbietern oder der Industrie – haben unsere Fähigkeit, Krankheiten wie die Urtikaria und das Angioödem zu behandeln, beflügelt. Sein stimulierender Geist hat im GA²LEN Netzwerk und dessen Spezialgebieten ACARE für das Angioödem, UCARE für die Urtikaria, ADCARE für die Atopische Dermatitis, ANACARE für die Anaphylaxie und ARIACARE für die Allergische Rhinitis nicht nur Spuren, sondern bleibende Strukturen hinterlassen.

Marcus received numerous awards, such as the Clemens von Pirquet Prize from the EAACI for his clinical life's work and the Lifetime Achievement Award from the Asia-Pacific Association of Allergy, Asthma and Clinical Immunology. His roles as Executive Director of the Allergy Institute at the Charité in Berlin, as Co-Director of the Institute of Immunology and Allergology at the Fraunhofer Institute for Translational Medicine and Pharmacology ITMP and as Professor of Dermatology and Allergy at the Charité symbolize his commitment to both the scientific community and patients.

His national and international collaborations – whether with patients, healthcare providers, or industry – have boosted our ability to treat diseases such as urticaria and angioedema. His stimulating spirit has left not only traces but lasting structures in the form of the GA²LEN network and its specialties ACARE for angioedema, UCARE for urticaria, ADCARE for atopic dermatitis, ANACARE for anaphylaxis, and ARIACARE for allergic rhinitis.

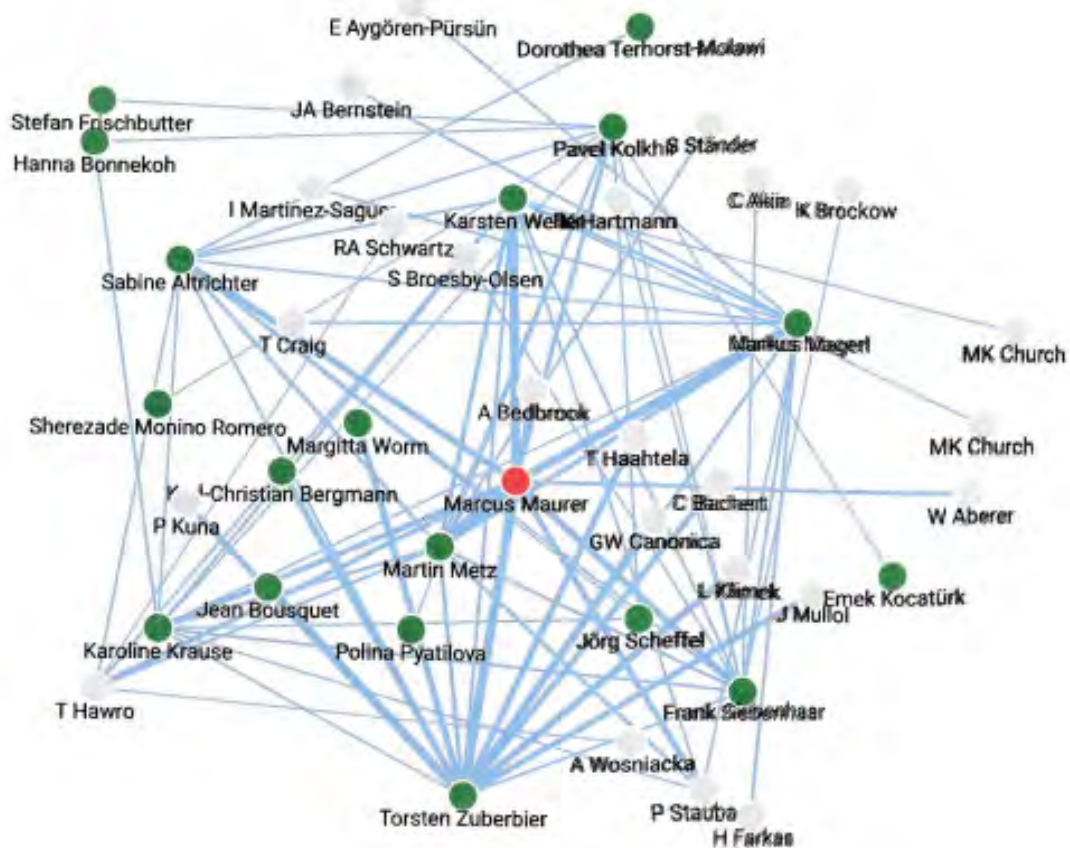


Abbildung 1: Publikationsnetzwerk.
Quelle: Homepage Charité Berlin

Figure 1: Publication network.
Source: Homepage Charité Berlin

Neben seinen professionellen Errungenschaften war Marcus ein geschätzter Kollege, Begleiter und Freund. Seine akademischen Vorträge sind legendär. Sein Wissen, sein Sinn für Humor und sein stetiger Einsatz für andere machten ihn zu einer ganz besonderen Person.

Der österreichischen Dermatologie war Marcus Maurer sehr verbunden, 2015 wurde er korrespondierendes Mitglied und 2022 Ehrenmitglied unserer ÖGDV. In seinem Team an der Charité waren österreichische Ärzte immer willkommen, wissenschaftliche Kooperationen gab es viele, zahlreiche gemeinsame Publikationen bezeugen das.

Eindrucksvoller Beweis für Marcus' zentrale Rolle in der Forschungsgemeinde ist sein auf der Homepage der Charité abrufbares Publikationsnetzwerk (Abb. 1). Auch zwei Namen aus Österreich finden sich auf dem Bild.

Die Lücke, die der Tod von Marcus Maurer in der Allergieforschung, noch viel mehr aber bei seinen Freunden und Kollegen und insbesondere in seiner Familie hinterlässt, wird nicht zu schließen sein. Unser Mitgefühl gilt allen Betroffenen. Wir werden Marcus immer als brillanten Wissenschaftler, als hingebungsvollen Arzt und als lieben Freund in Erinnerung behalten. In tiefer Verbundenheit trauern wir um ihn.

Seine Parole möge uns ständiger Ansporn sein: **„Never give up!“**

Werner Aberer, Medizinische Universität Graz, Österreich
Korrespondenz: werner.aberer@medunigraz.at

In addition to his professional achievements, Marcus was a valued colleague, companion, and friend. His academic lectures are legendary. His knowledge, his sense of humor, and his constant commitment to others made him a very special person.

Marcus was firmly embedded to Austrian dermatology, becoming a corresponding member in 2015 and an honorary member of our ÖGDV in 2022. Austrian doctors were always welcome in his team at the Charité, and many scientific collaborations resulted, as evidenced by numerous joint publications.

Impressive proof of Marcus's central role in the research community is his publication network, which can be accessed via the Charité homepage (Fig.1). There are also two names from Austria in the picture.

The gap that Marcus Maurer's death has left in allergy research, but even more so among his friends and colleagues and especially his family, will be impossible to fill. Our sympathies go out to all those affected. We will always remember Marcus as a brilliant scientist, a dedicated doctor, and a dear friend. We mourn his loss with deepest sympathy.

May his motto be a constant incentive for us: **“Never give up!”**

Werner Aberer, Medical University of Graz, Austria
Correspondence: werner.aberer@medunigraz.at

Literatur:

1. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al., Maurer M. The EAACI/GA-2LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. Allergy 2018;73:1393–414
2. Maurer M, Magerl M, Betschel S, Aberer W, Ansotegui IJ, Aygören-Pürsün E, et al., Maurer M. The international WAO/EAACI guideline for the management of hereditary angioedema -The 2021 revision and update. Allergy 2022;77:1961–90
3. Reshef A, Buttgereit T, Betschel SD, Caballero T, Farkas H, Grumach AS, et al., Maurer M. Definition, acronyms, nomenclature, and classification of angioedema (DANCE): AAAAI, ACAAI, ACARE, and APAAACI DANCE consensus. J Allergy Clin Immunol 2024;154:398–411

<https://doi.org/10.61783/oegdv10419>

ORGANISATION

Präsidium

Univ.-Prof. Dr. Peter Wolf
Präsident

Klinikvorstand
Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie
Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 8
8036 Graz

Univ.-Prof. Dr. Johann Bauer, MBA, HCM
Vize-Präsident (past president)

Klinikvorstand
Univ.-Klinik für Dermatologie und Allergologie
Uniklinikum der Paracelsus Medizinischen Universität
Müllner Hauptstr. 48
5020 Salzburg

Prim. Univ.-Doz. Dr. Robert Müllegger
(President elect)

Abteilungsvorstand
Abteilung für Dermatologie und Venerologie
Landeskrankenhaus Wiener Neustadt
Corvinusring 3-5
2700 Wiener Neustadt

Prim. Univ.-Prof. Dr. Klemens Rappersberger
Past-past president

Vorstand der Abteilung für Dermatologie der
Sigmund Freud Privatuniversität
Freudplatz 1
1020 Wien

Univ.-Doz. Dr. Regina Fink-Puches
Generalsekretärin

Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie
Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 8
8036 Graz

Univ. Prof. Dr. Wolfgang Peter Weninger
Science Days kooptiert

Medizinische Universität Wien
Leiter, Universitätsklinik für Dermatologie
Währinger Gürtel 18-20
1090 Wien

a.o. Univ.-Prof. Dr. Martin Laimer, MSc
Leiter der ÖADF

Univ.-Klinik für Dermatologie und Allergologie
Uniklinikum der Paracelsus Medizinischen Universität
Müllner Hauptstraße 48
5020 Salzburg

Priv.-Doz. Mag. Dr. Stefan Wöhrl
Kassier

Facharzt für Dermatologie und Venerologie
Floridsdorfer Allergiezentrum
Pius-Parsch-Platz 1/3
1210 Wien

a.o. Univ.-Prof. Dr. Christoph Höller
Stv. Kassier, AG Melanom und
Dermatologische Onkologie

Univ.-Klinik für Dermatologie Wien
Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18-20
1090 Wien

Dr. Manfred Fiebiger
Fachgruppenobmann

Fiebiger & Eiler Hautärzte
Linzer Gasse 4
5020 Salzburg

Prim. Priv.-Doz. Dr. Christian Posch, PhD
Archivar / Content Manager
kooptiert

Vorstand Dermatologische Abteilungen Klinik Hietzing
und Landstrasse, Wiener Gesundheitsverbund,
Wien & Fakultät für Medizin, Sigmund Freud Universität Wien
Wolkersbergenstraße 1
1130 Wien

Weitere Vorstandsmitglieder

Ehrenpräsident

Univ.-Prof. Dr. Peter Fritsch

Vorstände aller bettenführenden öffentlichen dermatologischen Abteilungen und Kliniken

Univ.-Prof. Dr. Johann Bauer

Prim. Prof. Priv.-Doz. Mag. DDr. Klaus Eisendle, MBA

OA Dr. Gregor Holzer-Birkenbach

Prim. Univ.-Prof. DDr. Wolfram Hötzenecker, MBA

Prim. Univ.-Prof. Dr. Bernhard Lange-Asschenfeldt

Prim. Univ.-Doz. Dr. Robert Müllegger

Prim. Priv.-Doz. Dr. Christian Posch, PhD

Prim. Dr. Werner Saxinger, MSc

Prim. Univ.-Prof. Dr. Matthias Schmuth

Prim. Univ.-Prof. Dr. Norbert Sepp

Univ.-Prof. Dr. Robert Strohal

Univ.-Prof. Dr. Franz Trautinger

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Weninger

Univ.-Prof. Dr. Peter Wolf

Arbeitsgemeinschaft Allergologie

OÄ Dr. Christine Bangert

Arbeitsgruppe Ästhetische Dermatologie und Kosmetologie

a.o. Univ.-Prof. Dr. Daisy Kopera

Arbeitsgruppe für Biologika und Immuntherapie bei chronisch entzündlichen Hauterkrankungen

Assoc. Prof. Priv. Doz. Dr. Constanze Jonak

Arbeitsgemeinschaft Dermatohistopathologie

Priv.-Doz. Dr. Babak Itzlinger-Monshi

Arbeitsgruppe für Genetik und regenerative Medizin

Univ.-Prof. Dr. Johann W. Bauer

Arbeitsgruppe Melanom und dermatologische Onkologie

a.o. Univ.-Prof. Dr. Christoph Höller

Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Dermatologie

Priv.-Doz. Dr. med. univ. Robert W. Gruber

Arbeitsgruppe Photomedizin

a.o. Univ.-Prof. Dr. Angelika Hofer

Arbeitsgruppe Psychodermatologie

Univ.-Doz. Dr. Georg Klein

Arbeitsgruppe Telemedizin

ao. Univ.-Prof. Dr. Rainer Hofmann-Wellenhof

Österreichische Gesellschaft für Dermatochirurgie (ÖGDC)

Univ.-Prof. Dr. Florian Roka

Österreichische Gesellschaft für Phlebologie und dermatologische Angiologie

Univ.-Prof. Dr. Kornelia Böhler

Österreichische Gesellschaft für STD und dermatologische Mikrobiologie (ÖGSTD)

Univ.-Prof. Dr. Georg Stary

Vertreter:innen der Fachgruppe

Dr. Krista Ainedter-Samide

MR Dr. Sylvia Perl-Convaletius

Dr. Alex Jakob Kilbertus

Vertretung der AusbildungsassistentInnen

Dr. Clemens Reifeltshammer

Dr. Lejla Ramic

Archivar / Content Manager

Priv.-Doz. Dr. Christian Posch, PhD

Delegierter der DDG

Univ.-Prof. Dr. med. Rudolf Stadler

Delegierter der SGDV

Dr. Michael Geiges

UEMS-Delegierter

Univ.-Prof. Dr. Werner Aberer

Vorsitzende des Prüfungsausschusses

ao. Univ.-Prof. Dr. Angelika Hofer

Kooptiert als UEMS-Delegierter

MR Dr. Johannes Neuhofer

EADV-Delegierte (2019–2024)

Univ.-Prof. Dr. Gudrun Ratzinger

Univ.-Prof. Dr. Johann Bauer

Rechnungsprüferinnen

Dr. Marianne Wruhs

Mag. Dr. Barbara Böckle

DIE ÖGDV GRATULIERT ZUR FACHARZTPRÜFUNG

Mit dieser Ausgabe von SKIN der Ausgabe für Österreich gratuliert die ÖGDV auch den nachfolgenden Ärzt:innen zur bestandenen Facharztprüfung. Die Biographien dieser jungen Mitglieder der Gesellschaft deuten darauf hin, dass die nächste Generation die Erfolgstory der Dermatologie in Österreich fortschreiben wird. Wir freuen uns von Ihnen mehr zu hören, sehen und lesen ...

With this issue of SKIN for Austria, the ÖGDV also congratulates the following residents on passing their board examinations. The biographies of these young members of the society underline the fact that the next generation will continue the success story of dermatology in Austria. We look forward to hearing, seeing, and reading more from you ...



Dr. Carina Borst

Dr. Carina Borst ist Ärztin in Ausbildung an der Universitätsklinik für Dermatologie der Medizinischen Universität Wien. Ihre fachlichen Interessen liegen in der Immundermatologie, insbesondere im Bereich der Psoriasis, Hidradenitis suppurativa und seltenen autoinflammatorischen Syndrome, sowie in der Dermatochirurgie. Schon während des Medizinstudiums fand sie die Welt der Autoantikörper und Autoinflammation faszinierend. Die Kombination ihres Interesses an immunologischen Krankheiten und dem Wunsch, manuelle

Tätigkeiten wie chirurgische Eingriffe durchzuführen, machte die Dermatologie zur perfekten Wahl der Fachrichtung. Neben ihrer klinischen Ausbildung absolviert sie ein Doktoratsstudium an der Klinischen Abteilung für Rheumatologie der Medizinischen Universität Wien, in dessen Rahmen sie Risikofaktoren der Psoriasisarthritis erforscht. Derzeit befindet sich Dr. Carina Borst auf Forschungsaufenthalt am Beth Israel Deaconess Medical Center der Harvard Medical School mit dem Schwerpunkt Hidradenitis suppurativa.



Dr. Christine Brunner

Dr. Christine Brunner arbeitet an der Universitätsklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie in Innsbruck. Schon während des Studiums wurde ihr Interesse an der Dermatologie durch Wahlfächer und Praktika geweckt. Bevor sie ihre dermatologische Karriere starten konnte, begann sie die Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin und nahm, als sich die Gelegenheit bot, eine Ausbildungsstelle an der Abteilung für

Dermatologie an. An der Dermatologie überzeugen sie vor allem die Breite des Fachs und die Einzigartigkeit von „Blickdiagnosen“, welche viel Wissen und Erfahrung erfordern. Dr. Brunner versucht, möglichst viel aus allen Bereichen für den klinischen Alltag mitzunehmen. Für den Beitritt in die ÖGDV hat sie sich entschieden, weil sie die Möglichkeit der Weiterbildung und des kollegialen Austausches nutzen möchte.



DDr. Paul Gressenberger

DDr. Paul Gressenberger arbeitet derzeit als Assistenzarzt an der Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie des LKH Graz. Die Dermatologie hat ihn schon im Studium fasziniert, weshalb er seine Diplomarbeit und in weiterer Folge auch eine Dissertation dem Fachgebiet gewidmet hat. An der Dermatologie in Graz hat er eine umfassende Ausbildung erhalten, in deren Rahmen er wertvolle Erfahrungen im OP-Team sammeln konnte. Vor seinem Wechsel in die Dermatologie

war er über drei Jahre als Assistenzarzt an der klinischen Abteilung für Angiologie der Universitätsklinik für Innere Medizin am LKH Graz tätig. An der Angiologie hat er sich schwerpunktmäßig mit der Diagnostik und Therapie von Venenerkrankungen, im speziellen mit der endovenösen Laserablation von Varizen, sowie der Therapie von Thrombosen und Lungenembolien beschäftigt. Neben seiner klinischen Arbeit wirkt er auch an unterschiedlichen Forschungsprojekten mit.



Dr. Viktoria Gruber

Dr. Viktoria Gruber ist Ärztin in Facharztausbildung an der Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie Graz. Ihre Leidenschaft für die Dermatologie entwickelte sie bereits während ihres Medizinstudiums als OP-Assistentin in einer dermatologischen Facharztpraxis. Nach ihrer Basisausbildung entschied sie sich, ihre berufliche Laufbahn in der Dermatologie fortzusetzen und hat seitdem wertvolle Erfahrungen im In- und Ausland gesammelt. Ihre Spezialgebiete sind die pädiatrische Dermatologie, atopische Dermatitis sowie Phlebologie und Wundheilung.

Sie hat umfassende Erfahrung in der Mitwirkung an klinischen Studien für atopische Dermatitis und Pruritus. Besonders liegt ihr die Versorgung von Kindern mit Hauterkrankungen am Herzen. Dr. Viktoria Gruber plant, sich insbesondere in der pädiatrischen Dermatologie weiterzubilden, um ihr Behandlungsspektrum zu erweitern und Patienten noch umfassender betreuen zu können. Als aktives Mitglied der ÖGDV nutzt Dr. Viktoria Gruber die vielfältigen Möglichkeiten zur fachlichen Weiterbildung und zum Austausch mit Kolleg:innen.



Dr. Magdalena Höllwerth

Dr. Magdalena Höllwerth ist Assistenzärztin an der Abteilung für Dermatologie und Allergologie in Salzburg. Nach dem Medizinstudium in Innsbruck ist die gebürtige Salzburgerin wieder in die Heimat zurückgekehrt. Schon früh war ihr Ziel die Dermatologie. „So ein faszinierendes Fachgebiet: von der Onkologie, pädiatrischen Dermatologie bis hin zur Allergologie und Dermatochirurgie – die Arbeit ist sehr vielfältig“, so Höllwerth. Bereits in ihrer Ausbildung sammelte sie internationale Erfahrung an verschiedenen Hautkliniken, unter anderem am Peter Mac-

Callum Cancer Centre in Melbourne. Weitere Auslandsaufenthalte führten sie nach Kingston (Kanada), Birmingham (UK) und Chicago (USA). Ihr besonderes Interesse gilt der Dermatookologie. Ein Schwerpunkt, mit dem sie sich auch im Rahmen des PhD-Studiums beschäftigt. An der Tätigkeit am Universitätsklinikum schätzt Dr. Höllwerth vor allem die Arbeit im Team sowie besondere Patientenfälle, die für Abwechslung und Herausforderung sorgen und Arbeitstage spannend machen.



Dr. Eva Schadelbauer

Schon immer begeistert von der breiten Vielfalt der Haut- und Geschlechtskrankheiten begann Dr. Eva Schadelbauer nach vollendetem Spitalsturnus im Dezember 2020 mit ihrer Ausbildung zur Fachärztin für Dermatologie und Venerologie am Universitätsklinikum Graz. Inzwischen zählt sie neben ihren Mentoren Professor Cerroni und Dozentin Fried zum Team der Dermatopathologie in Graz und ist gemeinsam mit Professor Salmhofer für die Befundung der Immunfluoreszenzpräparate zuständig. Neben der Betreuung von Patient:innen in der Psoriasis- und Autoimmun-Ambulanz kümmert sie sich als Teil des Studententeams von Professor Legat um Patient:innen

mit atopischer Dermatitis und Pruritus. Hingewiesen vom breiten Spektrum der Dermatologie hegt sie neben den bereits genannten Interessensgebieten auch eine große Leidenschaft für die Allergologie. Sie schätzt die Begegnung mit Patient:innen und findet gleichzeitig große Freude an ihrer Arbeit am Mikroskop. Ihre histologische Lieblingsstruktur sind Henderson-Patterson-Körperchen.

Schadelbauer legt großen Wert darauf, sich regelmäßig fortzubilden und schätzt den Austausch mit Kolleg:innen sehr, weshalb sie sich u.a. für den Beitritt in die ÖGDV entschieden hat.



Dr. Clemens Schöffl

Dr. Schöffl ist bereits seit Beginn seines Medizinstudiums als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universitätsklinik für Dermatologie in Graz tätig, wobei er sich auf den Bereich Allergologie spezialisiert hat. Zuvor absolvierte er in Salzburg erfolgreich den Bachelorstudiengang Genetik. Besonders intensiv widmet er sich den Themen

hereditäres Angioödem und Urtikaria, in denen er durch einen Auslandsaufenthalt am renommierten HAE Center in San Diego, Kalifornien, seine Expertise weiter vertiefen konnte. Im Rahmen seiner Facharztschwerpunktausbildung erweitert er sein Wissen zudem in den Bereichen Allergologie, Phlebologie und Dermatochirurgie.



Dr. Johanna Strobl, PhD

Dr. Johanna Strobl, PhD, ist Assistenzärztin an der Universitätsklinik für Dermatologie der Medizinischen Universität Wien. Vor Beginn ihrer Facharztausbildung absolvierte sie ein Doktoratsstudium im PhD Programm Immunologie in der Arbeitsgruppe von Univ. Prof. Dr. Georg Stary, gefolgt von einem Auslandsaufenthalt am Wellcome Sanger Institut (Cambridge, UK), unterstützt durch das Clinician Scientist Fellowship

der ÖGDV. Ihr klinischer und wissenschaftlicher Schwerpunkt liegt im Bereich T-Zell medierter entzündlicher Hauterkrankungen sowie durch Zecken übertragbarer Krankheiten. Dr. Strobl ist Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Immunologie und Gründerin der Jungen Immunologen Österreich (Next Generation Immunologists), sowie Junior Deputy Editor von SKIN.

KONGRESSE & FORTBILDUNGEN 2025

JANUAR 2025

23.01 – 25.01.2025
ÖGDV Science Days 2025
Werfenweng, AT

22.05 – 24.05.2025
EADV Spring Symposium 2025
Prag, CZ

29.05 – 31.05.2025
OEADF Jahrestagung 2025
Wien, AT

FEBRUAR 2025

14.02 – 16.02.2025
Schulung Neurodermitis-Trainer:in
Salzburg, AT

28.02 – 01.03.2025
**Dermatoonkologie in der klinischen Praxis:
nicht nur melanozytärer Hautkrebs**
Anif bei Salzburg

JUNI 2025

23.06 – 24.06.2025
4. Wund D.A.CH
Freiburg, D

27.06 – 28.06.2025
Jahrestagung der WVSD
Graz, AT

MÄRZ 2025

07.03 – 11.03.2025
AAD
Orlando, US

08.03.2025
3. Berufsdermatologischer Kongress
Linz, AT

SEPTEMBER 2025

10.09 – 13.09.2025
54th Annual ESDR Meeting
Antwerp, BEL

17.09 – 20.09.2025
EADV Congress
Paris, FR

APRIL 2025

02.04 – 05.04.2025
11th World Congress of Melanoma / 21st EADO Congress
Athen, GR

OKTOBER 2025

16.10 – 18.10.2025
44th Annual Meeting of the ISDS
Abu Dhabi, VAE

MAI 2025

30.04 – 03.05.2025
53. DDG Tagung 2025
Berlin, D

07.05 – 10.05.2025
SID
San Diego, US

NOVEMBER 2025

27.11 – 30.11.2025
ÖGDV 2025
Wien, AT

ERRATUM

This erratum corrects the article: Therapeutic management of vitiligo: guideline summary and recommendations (Therapeutisches Management bei Vitiligo: Leitlinienzusammenfassung und Empfehlungen) by A. Hofer, S. Radakovic, G. Ratzinger, S. Selhofer, G. Holzer, and A. Tanew. SKIN (Austrian Edition) 2024;3;8-17.

The original version of this article contained the following errors of translation from German to English language and one typographical error:

1.

Die Neueinführung von Ruxolitinib, als erste explizit für Vitiligo zugelassene Lokalthherapie, erfordert eine Aktualisierung der Leitlinien, die vielerorts schon im Gange ist.

~~The new introduction of ruxolitinib for the treatment of vitiligo requires the guidelines to be updated which is already underway in many places.)~~

Corrected to:

The new introduction of ruxolitinib, as the first local therapy explicitly approved for vitiligo, requires an update of the guidelines, which is already underway in many places.

2.

Eine topische immunmodulierende Therapie muss über mindestens 3-6 Monate angewendet werden, um das Therapieansprechen ausreichend abschätzen zu können.

~~Topical immunomodulating therapy must be applied for at least 6 months to adequately assess the response to therapy.~~

Corrected to:

Topical immunomodulating therapy must be applied for at least 3–6 months to adequately assess the response to therapy.

3.

Im April 2023 wurde topisches Ruxolitinib, ein JAK1/2-Inhibitor, von der Europäischen Kommission explizit zur Therapie der nicht-segmentalen Vitiligo mit Gesichtsbefall ab dem 12. Lebensjahr zugelassen.

~~In April 2023, topical ruxolitinib, a JAK1/2 inhibitor, was approved by the European Commission for the treatment of non-segmental vitiligo in patients with facial lesions aged 12 and up.~~

Corrected to:

In April 2023, topical ruxolitinib, a JAK1/2 inhibitor, was approved by the European Commission explicitly for the therapy of non-segmental vitiligo with facial lesions aged 12 years and up.

4.

Tippfehler:

reichhaltig

reichhaltig

The errors have been corrected in the PDF version of the article that is available online at www.skinonline.at



FACHKURZINFORMATIONEN



NOTIZEN

IMPRESSUM

Skin – Austrian edition

Herausgeber und Verleger:
SKINnovations-ÖGDV GmbH
Auner-Straße 2
8074 Raaba-Grambach | Austria
GF: Johann Bauer, Klaus Mickus, Peter Wolf
ATU81043149 | Steuernummer 69228/1181
www.skinnovations.at
eine Tochtergesellschaft der
Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV)
c/o WMA GmbH, Alser Straße 4, 1090 Wien | Tel. +43 1 4051383-42 |
Editor-in-chief: Univ.-Prof. Dr. Peter Wolf, Univ.-Prof. Dr. Johann Bauer
E-Mail: editors@skinonline.at
Eigentümer & Copyright: © ÖGDV 2024
Wissenschaftlich-inhaltliche Konzeption: ÖGDV

Verlegerisches Konzept & Leitung Projektmanagement: Klaus Mickus, Berkeley & Berlin, info@mickus.de
Editorial Office: Cica Kulic, Evelyn Reiterer
Cover Gestaltung: Salić GmbH, Salzburg
Produktion: Tim Mergemeier, Reemers Publishing Services GmbH, Luisenstr. 62, D-47799 Krefeld
Druck: WKS Solutions GmbH, Westendstraße 1, 45143 Essen, Printed in Germany

Papierausgabe: ISSN 2960-5288
Online Ausgabe: ISSN 2960-5296

gedruckt auf säurefreiem Papier.

Die elektronische Version finden Sie unter www.skinonline.at

Alle namentlich gekennzeichneten Beiträge spiegeln nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wider. Diese Beiträge fallen in den persönlichen Verantwortungsbereich der jeweiligen Autorin oder des Autors.

Die Übersetzungen vom Deutschen ins Englische und umgekehrt erfolgen mit Unterstützung der Software für maschinelle Übersetzungen, DeepL. Redaktionelle Bearbeitung der Übersetzungen durch Dr. Sara Crockett und Dr. Wolfgang Schühly.

Allgemeiner Teil/Rechtliche Hinweise für Autoren: Die Autorin, der Autor erklärt, dass das eingereichte Manuskript in dieser Form bislang nicht anderweitig veröffentlicht oder zur Veröffentlichung eingereicht wurde. Die Autorin/der Autor überträgt mit der Übergabe des fertigen Manuskripts und der Veröffentlichung in der Fachzeitschrift die notwendigen Nutzungsrechte zur Vervielfältigung und Verbreitung an die ÖGDV, insbesondere das Recht der Nutzung zu gewerblichen Zwecken durch Druck, Nachdruck, Verbreitung in elektronischer Form oder andere Verfahren und Medien. Die Autorin, der Autor holt die Nutzungsrechte an Texten und Bildern Dritter vor Übergabe des fertigen Manuskripts ein, sofern dies notwendig ist. Damit sind eventuelle Ansprüche Dritter ausgeschlossen.

Die Bildrechte liegen, soweit nicht anders angegeben, bei den jeweiligen Autoren der Beiträge, resp. bei den jeweiligen Einrichtungen oder Kliniken.

www.oegdv-jahrestagung.at