

OEADF 2026 NACHLESE I REVIEW

Mogamulizumab bei kutanen T-Zell-Lymphomen: Evidenz, Komplikationen und ein diagnostisches Missverständnis

Zusammenfassung des Vortrages „Update CTCL 2026: Einsatz von Mogamulizumab bei kutanen Lymphomen“ von Johanna Latzka

Jahrestagung der OEADF in Salzburg, Salzburg Congress 30. April – 2. Mai 2026

Kutane T-Zell-Lymphome gehören zu den seltenen, aber klinisch anspruchsvollen Erkrankungen der Dermatologie. Ihre Behandlung hat in den vergangenen Jahren durch die Einführung von Mogamulizumab, einem monoklonalen Antikörper gegen den Chemokin-Rezeptor-4 (CCR4), einen wesentlichen Fortschritt erfahren. CCR4 findet sich auf neoplastischen T-Zellen bei Mycosis fungoides und Sézary-Syndrom – beides Entitäten, bei denen die therapeutischen Optionen lange begrenzt waren. Die Zulassung des Antikörpers im Jahr 2018 basierte auf der MAVORIC-Studie, die ein signifikant verlängertes progressionsfreies Überleben gegenüber dem Komparator nachwies. Eine *Post-hoc*-Analyse präziserte das Nutzenspektrum: Besonders profitieren Patienten mit ausgeprägter Blutbeteiligung, also in erster Linie solche mit Sézary-Syndrom (SS).

Aktuelle europäische Real-World-Daten bestätigen diesen Befund. In einer Kohorte von 300 SS-Patienten – 110 davon unter Mogamulizumab – konnte ein signifikant verlängertes Gesamtüberleben gezeigt werden, was die Therapieentscheidung für diese seltene Patientengruppe substanziell stützt. Darüber hinaus lieferte ein aktueller EORTC-Abstract aus Athen (Peterknecht et al., EORTC-CLTG 2025) vielversprechende Real World-Daten für das fortgeschrittene CTCL: In dieser PROCLIP-Subanalyse (Stadium IIB–IVB, $n = 320$, medianes Follow-up 59 Monate) war Mogamulizumab gegenüber Brentuximab Vedotin sowohl mit einer höheren objektiven Ansprechrates (69% vs. 48%) als auch mit einem längeren medianen Gesamtüberleben (61 vs. 36 Monate; numerischer Vorteil von 25 Monaten) assoziiert – und dies trotz späterer Therapielinie und höherem Tumorstadium in der Mogamulizumab-Gruppe. Ein Befund, der die Indikation über das Sézary-Syndrom hinaus klinisch plausibel macht.

Fallbericht: Eine 63-jährige Patientin, zugewiesen mit der Diagnose einer therapieresistenten atopischen Dermatitis unter Upadacitinib nach vorheriger Dupilumab-Therapie, illustriert sowohl die diagnostischen Fallstricke als auch den therapeutischen Verlauf unter Mogamulizumab. Klinisch präsentierte sie sich mit einer Suberythrodermie und quälendem Pruritus. Die Re-Diagnostik klärte die Situation: Histologisch zeigte sich ein lymphozytäres Infiltrat aus atypischen CD4-positiven T-Lymphozyten mit dem charakteristischen Epidermotropismus kutaner

Mogamulizumab in cutaneous T-cell lymphomas: Evidence, complications, and a diagnostic misconception

Summary of the presentation „CTCL 2026 update: clinical use of mogamulizumab in cutaneous lymphomas“ by Johanna Latzka

Annual Conference of the OEADF in Salzburg, Salzburg Congress, Apr 30 – May 2, 2026

Cutaneous T-cell lymphomas (CTCL) represent a rare yet clinically demanding group of dermatological conditions. Their management has advanced considerably in recent years with the introduction of mogamulizumab, a monoclonal antibody targeting chemokine receptor 4 (CCR4). CCR4 is expressed on neoplastic T cells in mycosis fungoides (MF) and Sézary syndrome (SS), two entities where therapeutic options had long been limited. The antibody's approval in 2018 was based on the MAVORIC trial, which significantly outperformed the standard-of-care drug regarding progression-free survival rates. A *post hoc* analysis further refined the responder profile: patients with marked blood involvement—primarily those with SS—showed the strongest response.

Current European real-world data corroborate this finding. In a cohort of 300 SS patients—110 of whom received mogamulizumab—a significantly prolonged overall survival was demonstrated, providing substantial support for treatment decisions made with this rare patient population. Furthermore, a recent EORTC abstract presented in Athens (Peterknecht et al., EORTC-CLTG 2025) provided promising real-world data for advanced CTCL. In this PROCLIP subanalysis (stage IIB–IVB, $n = 320$, median follow-up 59 months), mogamulizumab was associated with both a higher objective response rate (69% vs. 48%) and a longer median overall survival (61 vs. 36 months; a numerical advantage of 25 months) compared with brentuximab vedotin. Notably, these outcomes were observed despite the mogamulizumab cohort receiving treatment in later lines of therapy and having more advanced disease stages. These findings provide clinically plausible support for extending the indication beyond Sézary syndrome.

Case study: A 63-year-old patient, referred with a diagnosis of therapy-refractory atopic dermatitis under ongoing upadacitinib therapy following prior dupilumab treatment, illustrates both the diagnostic pitfalls and the therapeutic course under mogamulizumab. Clinically, she presented with suberythroderma and bothersome pruritus. Re-evaluation clarified the picture: histology revealed a lymphocytic infiltrate of atypical CD4-positive T cells with

T-Zell-Lymphome; Durchflusszytometrie und T-Zell-Rezeptor-Rearrangement bestätigten eine klonale Blutbeteiligung mit hoher Tumormasse. Die korrekte Diagnose war ein Sézary-Syndrom.

Unter Mogamulizumab erreichte die Patientin nach vier Gaben eine komplette Remission in Blut- und Hautkompartiment. Nach der sechsten Gabe traten neue Hautveränderungen auf, die differenzialdiagnostisch zwischen einem Rezidiv und dem sogenannten Mogamulizumab-assoziierten Rash (MAR) abzugrenzen waren. Die Biopsie sprach für letzteren Befund: Klassisch für diesen Rash ist ein CD8-dominiertes, polyklonales lymphozytäres Infiltrat. Der MAR tritt bei etwa einem Viertel aller behandelten Patienten auf, ist klinisch gut beherrschbar und korreliert positiv mit dem Therapieansprechen – eine schlechte Nachricht für das Hautbild, eine gute für die Prognose. Bei anhaltender Vollremission und ausgeprägtem Rash wurde die Therapie nach neun Gaben beendet; zwölf Monate nach Absetzen besteht die komplette Remission fort.

Ein zweites, gleichermaßen praxisrelevantes Thema betrifft die wachsende Zahl publizierter Fallberichte über kutane T-Zell-Lymphome bei Patienten unter Dupilumab-Therapie. Die naheliegende Interpretation – eine medikamentös induzierte Neoplasie – wird durch eine wegweisende US-amerikanische Studie von Neubauer und Brunner et al. aus New York substantiell in Frage gestellt. Unter der Hypothese, dass es sich bei den meisten dieser Fälle um vorbestehende CTCLs handelt, die fälschlicherweise als atopische Dermatitis klassifiziert wurden, verglichen die Autoren rund 18.000 Dupilumab-behandelte AD-Patienten ohne bekanntes CTCL mit Kohorten unter oralen Steroiden, Methotrexat oder Cyclosporin. Das Ergebnis war eindeutig: Es zeigte sich kein erhöhtes CTCL-Risiko unter Dupilumab – gegenüber Methotrexat sogar eine verminderte Inzidenz. Ein kausaler Zusammenhang zwischen Dupilumab und CTCL-Entstehung ist damit nicht belegt.

Die klinische Konsequenz ist zweifach: Dupilumab bleibt ein unverzichtbares Therapeutikum bei atopischer Dermatitis und darf nicht durch unbegründete Sicherheitsbedenken diskreditiert werden. Entscheidend ist jedoch eine geschärfte differenzialdiagnostische Vigilanz – insbesondere bei therapieresistenten Verläufen, die grundsätzlich Anlass geben sollten, die Ausgangsdiagnose kritisch zu hinterfragen und gegebenenfalls eine histologische sowie immunphänotypische Abklärung einzuleiten.

Redaktionelle Erstellung: Unter Zuhilfenahme von KI (siehe Impressum)

Wir danken der Referentin für die Durchsicht des Beitrags. Literatur bei der Verfasserin.

Korrespondenz: editors@skinonline.at

Dieser Beitrag wurde gesponsert von Kyowa Kirin GmbH (KKI/AT/POT/0109).

Fachkurzinformation siehe Seite 143

the characteristic epidermotropism of cutaneous T-cell lymphomas; flow cytometry and T-cell receptor rearrangement confirmed clonal blood involvement and a high tumour burden. The correct diagnosis was SS.

Patient case: Under treatment with mogamulizumab, the patient achieved complete remission in both the blood and skin compartments after four doses. Following the sixth dose, new skin manifestations emerged, requiring differentiation between a relapse of the underlying SS and the so-called mogamulizumab-associated rash (MAR). Biopsy results supported the latter: a CD8-dominated, polyclonal lymphocytic infiltrate is characteristic for this rash. MAR occurs in approximately one-quarter of all treated patients, is clinically manageable, and correlates positively with treatment response; this skin rash is unpleasant but is, in fact, a favourable prognostic signal. With sustained complete remission and pronounced rash, therapy was discontinued after nine doses; twelve months after discontinuing therapy, the patient is still in complete remission.

A second issue that is equally relevant in practice concerns the growing number of published case reports of CTCLs in patients treated with dupilumab. The intuitive interpretation, namely a drug-induced neoplasm, is substantially challenged by a landmark US study by Brunner et al. from New York. Operating under the hypothesis that most of these cases represent pre-existing CTCLs misclassified as atopic dermatitis (AD), the authors compared approximately 18,000 dupilumab-treated AD patients without known CTCL to matched cohorts that received oral corticosteroids, methotrexate, or cyclosporin. The results were unambiguous: No increased CTCL risk was observed under treatment with dupilumab, and compared to methotrexate, the incidence was in fact reduced. A causal relationship between dupilumab and CTCL development is therefore not supported by the evidence.

The clinical implications of these findings are two-fold: Dupilumab remains an indispensable therapeutic agent in atopic dermatitis and should not be discredited by unsubstantiated safety concerns. What is needed, however, is a sharpened differential diagnostic awareness, and particularly in therapy-refractory cases, which should routinely prompt a critical reassessment of the initial diagnosis and, where appropriate, a histological and immunophenotypic workup.

Editorial production: With the help of AI (see legal notice, Impressum)

We would like to thank the speaker for reviewing this article. Literature available from the author upon request.

Correspondance: editors@skinonline.at

This article was sponsored by Kyowa Kirin GmbH (KKI/AT/POT/0109).

Drug prescription file see page 143

Akne und Mikrobiom

Zusammenfassung der Vorträge „Akne und Mikrobiom: neue Erkenntnisse, neue Therapieansätze“ von Gregor Holzer-Birkenbach und „Mikrobiom aus dem Gleichgewicht: Implikationen für zu Akne neigende Haut und innovative Pflegeoptionen“ von Bernhard Paetzold

*Jahrestagung der OEADF in Salzburg,
Salzburg Congress
30. April – 2. Mai 2026*

Das Beiersdorf-Mittagssymposium versammelte zwei Expertisen, die sich in ihrer Stoßrichtung ergänzen: die klinisch-dermatologische Perspektive von Dr. Gregor Holzer-Birkenbach (Klinik Donaustadt) und die molekularbiologisch-experimentelle von Dr. Bernhard Paetzold (S-Biomedic/Beiersdorf), einem Mitgründer eines auf Hautmikrobiomtherapie spezialisierten Unternehmens, das 2022 von Beiersdorf übernommen wurde. Die verbindende Forschungsfrage lautet: Kann das Hautmikrobiom nicht nur beschrieben, sondern gezielt und klinisch wirksam moduliert werden – und welche Implikationen hat dies für die Akne-Therapie?

Paradigmenwechsel: Von der Infektion zur Dysbiose

Der konzeptuelle Kern beider Vorträge ist ein Paradigmenwechsel in der Akne-Ätiologie. Die historische Sichtweise – Akne als bakterielle Infektion durch *Cutibacterium acnes* (*C. acnes*), die durch Antibiotika oder Keratolyse zu bekämpfen sei – wird durch ein ökosystemisches Modell abgelöst. Akne wird demnach nicht durch das bloße Vorhandensein eines Pathogens, sondern durch ein Ungleichgewicht im mikrobiellen Milieu der Talgdrüsenfollikel mitbedingt: eine reduzierte Diversität, eine Verschiebung zu proinflammatorischen *Cutibacterium*-Phylotypen (C1a1, C1a2) und ein Rückgang protektiver Kommensalen wie *S. epidermidis*, der antimikrobielle Substanzen produziert, das Substrat von *C. acnes* reduziert und dessen Population in Schach hält. Neue Daten zeigen zudem die Rolle von Squalenen im Sebum, die Makrophagen an den Talgdrüsenfollikeln rekrutieren, denen jedoch bei Aknepatienten freie Sauerstoffradikale fehlen, um *Cutibacterium* effektiv zu bekämpfen – ein Mechanismus, der durch Benzoylperoxid reaktivierbar ist, da es den Follikeln reaktive Sauerstoffspezies zurückgeben kann.

Klinische Evidenz: Probiotika und die Frage der Stammspezifität

Holzer-Birkenbach bewertete die verfügbare Evidenz zu mikrobiombasierten Interventionen sachlich. Für topische und orale Präbiotika sowie Postbiotika fehlen aktuell klinisch belastbare Daten; das Fazit lautet: keine evidenzbasierte Empfehlung. Für orale Probiotika hingegen zeigt eine 2026 publizierte Meta-Analyse über neun randomisierte Studien und rund 600 Patientinnen und Patienten messbare Effekte auf

Acne and the microbiome

Summary of the lectures “Acne and the microbiome: New insights, new therapeutic approaches” by Gregor Holzer-Birkenbach and “Microbiome imbalance: Implications for acne-prone skin and innovative care options” by Bernhard Paetzold

*Annual Conference of the OEADF in Salzburg,
Salzburg Congress
Apr 30 – May 2, 2026*

The Beiersdorf lunchtime symposium brought together two complementary areas of expertise: the clinical-dermatological perspective of Dr. Gregor Holzer-Birkenbach (Klinik Donaustadt) and the molecular biological and experimental perspective of Dr. Bernhard Paetzold (S-Biomedic/Beiersdorf), a co-founder of a company specializing in skin microbiome therapy that was acquired by Beiersdorf in 2022. Their common research question is whether the skin microbiome cannot only be characterized but deliberately and clinically modulated, and what this implies for acne therapy.

Paradigm shift: from infection to dysbiosis

A paradigm shift in acne aetiology forms the conceptual core of both presentations. The historical view (i.e., that acne, as a bacterial infection by *Cutibacterium acnes* (*C. acne*), should be combated with antibiotics or keratolytics) is being replaced by an ecosystemic model. Acne does not occur due to the mere presence of a pathogen but due to an imbalance in the microbial environment of the sebaceous follicles. Reduced microbial diversity, a shift toward pro-inflammatory *Cutibacterium* phylotypes (C1a1, C1a2), and a decline in populations of protective commensals such as *S. epidermidis*, which produces antimicrobial substances, depletes the substrate of *C. acnes*, and keeps its population in check. New data also underline the role of squalenes in sebum in recruiting macrophages to the sebaceous follicle; these macrophages, however, lack the free oxygen radicals needed to kill *Cutibacterium* effectively. This mechanism can be reactivated by benzoylperoxide, which is able to restore these reactive oxygen species.

Clinical evidence: probiotics and the question of strain specificity

Holzer-Birkenbach assessed the available evidence for microbiome-based interventions carefully. Clinically robust data are currently lacking for topical and oral prebiotics as well as postbiotics, and the conclusion is clear: No evidence-based recommendation can be made. For oral probiotics, however, a 2026 meta-analysis of nine randomized studies involving approximately 600 patients demonstrates measurable effects on total lesion counts,

Gesamtläsionszahlen, Hautfeuchtigkeit und nicht-entzündliche Läsionen – jedoch ohne klinisch relevante Verbesserungen an mehreren Endpunkten gleichzeitig. Die Autoren schlussfolgerten: Probiotika als Add-on-Therapie, nicht als Ersatz. Eine zweite, ebenfalls 2026 publizierte Analyse, die *Lactobacillus* allein untersuchte, zeigte keine signifikante Reduktion der Akneläsionen [2]. Entscheidend ist dabei die Stammspezifität: Studien verwenden unterschiedliche Stämme, was direkte Vergleiche methodisch erschwert. Die am besten dokumentierten Stämme sind *Lactobacillus plantarum* und *L. rhamnosus*. Bakteriophagen – Viren, die gezielt einzelne Bakterienstämme eliminieren können – wurden als konzeptuell vielversprechend, aber in der Evidenz noch stark präklinisch vorgestellt.

Standardtherapien unter Mikrobiom-Gesichtspunkten

Ein besonders praxisrelevanter Beitrag Holzer-Birkenbachs war die Neubewertung etablierter Therapeutika im Hinblick auf das Mikrobiom. Isotretinoin wirkt auch auf das Hautmikrobiom: Es reduziert *C. acnes* und erhöht die Diversität der Hautflora. Als Nebenwirkung entsteht durch die gestörte Hautbarriere eine Austrocknung, die mehr *Staph. aureus* im Hautbereich begünstigt – insgesamt gilt es dennoch als mikrobiomfreundliches Medikament. Benzoylperoxid wirkt als breitflächiger mikrobieller Suppressor – effektiv, frei von Resistenzentwicklung, aber mit anhaltend reduzierter Biodiversität als Folge, was sich auch in Metaanalysen gezeigt hat. Doxycyclin zeigt direkte antimikrobielle Wirkung, hebt kurzfristig *S. epidermidis* an, fördert dabei jedoch auch Resistenzbildung und schädigt das Darmmikrobiom nachweislich langfristig – mit klinischen Konsequenzen, etwa beim Einsatz bei Melanom-Patienten unter Immuntherapie, wo der potentielle Einfluss des Darmmikrobioms auf die Therapiewirkung inzwischen berücksichtigt wird. Die klinische Konsequenz: Antibiotika kurz und kombiniert einsetzen; langfristig mikrobiomfreundliche Erhaltungstherapie mit Retinoiden und Barrierepflege anstreben.

Experimentelle Evidenz: Der Reset-Recolonization-Ansatz

Paetzold lieferte das experimentell stärkste Argument des Symposiums. Eine Proof-of-Concept-Studie ($n = 14$, 6 Wochen) untersuchte erstmals die Kausalitätsfrage direkt: Die Haut wurde eine Woche mit Benzoylperoxid mikrobiell zurückgesetzt, anschließend wurden definierte lebende Bakterienstämme topisch aufgetragen. Das Ergebnis war eine nachweisbare Verschiebung in der *Cutibacterium*-Stammzusammensetzung auf Ebene der 16S-Arten – Paetzold betont dabei explizit, dass Daten zur klinischen Wirksamkeit noch ausstehen. Der Befund ist dennoch bedeutsam: Die Auftragung der Stämme auf aknegefährdeter Haut führte nicht zu einer Verschlechterung, womit Kochs drittes Postulat für *Cutibacterium* als alleinigen Akne-Erreger empirisch entkräftet wird. Die Analogie zur Stammzelltransplantation – erst

skin hydration, and non-inflammatory lesions [1]. Still, no clinically relevant improvements were observed across multiple endpoints simultaneously. The authors concluded that probiotics serve as an add-on therapy, and not as a substitute. A second analysis, also published in 2026, found no significant reduction in acne lesions when examining *Lactobacillus* alone [2]. Strain specificity is crucial: Studies use different strains, making direct comparisons methodologically difficult. The best-documented strains are *Lactobacillus plantarum* and *L. rhamnosus*. Bacteriophages (i.e., viruses capable of eliminating specific bacterial strains) have been presented as conceptually promising, but the evidence is still largely preclinical.

Standard therapies reassessed through a microbiome lens

A particularly practice-relevant contribution from Holzer-Birkenbach was the reassessment of established therapeutics with respect to the microbiome. Isotretinoin also acts on the skin microbiome: It reduces *C. acnes* and increases the diversity of the skin flora. As a side effect, the disrupted skin barrier causes dryness that favors higher *S. aureus* levels in the skin; nonetheless, the drug was characterized overall in the presentation as microbiome-friendly. Benzoylperoxide functions as a broad-spectrum microbial suppressor. It is effective and does not induce resistance, but its use persistently reduces biodiversity, as confirmed by meta-analyses. Doxycycline exerts direct antimicrobial effects, transiently elevates *S. epidermidis* populations, but also promotes the formation of resistance and demonstrably causes long-term gut microbiome disruption. This has clinical consequences, for instance, in melanoma patients undergoing immunotherapy, where the potential influence of the gut microbiome on treatment efficacy is now taken into account. The clinical implication is that antibiotics should be used briefly and in combination. In the long term, a microbiome-preserving maintenance strategy with retinoids and barrier care should be pursued.

Experimental evidence: the reset-recolonization approach

Paetzold provided the symposium's experimentally strongest argument. A proof-of-concept study ($n = 14$, 6 weeks) directly addressed the question of causality for the first time: the skin was so-to-speak "reset" microbiologically over one week using benzoylperoxide, after which defined living bacterial strains were applied topically. The result was a demonstrable shift in the *Cutibacterium* strain composition at the level of 16S species, although Paetzold explicitly stresses that outcome data on clinical efficacy are still pending. The finding is nonetheless significant, because the application of the strains to acne-prone skin did not lead to deterioration, thereby empirically refuting Koch's third postulate for

Reset, dann gezielte Wiederbesiedlung – beschreibt die Grundlogik des Ansatzes.

Systemische Einordnung: Offene Fragen und therapeutische Perspektive

Beide Referenten waren sich einig, dass das Hautmikrobiom kein Allheilmittel ist, aber ein potenzielles, neues Instrument im therapeutischen Werkzeugkasten der Dermatologie darstellt. Die größten offenen Fragen betreffen die hohe interindividuelle Variabilität (Responder vs. Non-Responder), die Notwendigkeit standortspezifischer Formulierungen (z.B. Gesicht vs. Rücken, bedingt durch unterschiedliche UV-Exposition und Stammverteilung), die regulatorische Einordnung zwischen Kosmetikum und Arzneimittel sowie die wirtschaftliche Tragbarkeit diagnostischer Verfahren. Der plausibelste klinische Anwendungsfall im aktuellen Entwicklungsstand ist die Sequenz: antibakterielle Standardtherapie als Reset, gefolgt von gezielter Mikrobiom-Modulation zur Verhinderung von Rezidiven – denn nach dem Ende der antibakteriellen Therapie dominieren genau jene akneassoziierten Stämme die Rekolonisierung, die die Behandlung überlebt haben. Diesen Moment aktiv zu steuern, ist die zentrale klinische Perspektive beider Vorträge.

Redaktionelle Erstellung: Unter Zuhilfenahme von KI (siehe Impressum)

Wir danken den Referenten für die Durchsicht des Beitrages.

Korrespondenz: editors@skinonline.at

Cutibacterium as the sole causative agent of acne. The analogy to stem cell transplantation—first a “reset”, then targeted reseed—emphasizes the underlying logic of the approach.

Broader context: open questions and therapeutic outlook

Both speakers agreed that the skin microbiome is no panacea, but it does represent a potential new instrument in the dermatological therapeutic toolkit. The most pressing open questions concern the high interindividual variability (responders vs. non-responders), the need for site-specific formulations (e.g., face vs. back, driven by differences in UV exposure and strain distribution), the regulatory classification between cosmetic and medicinal products, and the economic feasibility of diagnostic procedures. The most plausible clinical application in the current stage of development is to take a sequential approach: First, by using the antibacterial standard therapy as a “reset”, and then by pursuing targeted microbiome modulation to prevent a relapse. The latter is important because, once antibacterial therapy ends, the acne-associated strains are precisely those that have survived treatment and subsequently dominate the recolonization process. Actively steering that process is the central clinical vision shared in both presentations.

Editorial production: With the help of AI (see legal notice, impressum)

We would like to thank the speaker for reviewing this article.

Correspondence: editors@skinonline.at

Literatur | References

1. Warp PV, Bilik SM, Ferrari LM, Keri JE. Prebiotics, probiotics, and postbiotics for acne vulgaris: a systematic review. *Dermatol ther (Heidelb)*. 2026;16:1531-50
2. Abedin ZU, Shah A, Mazhar S, Khan SM, Aamir AB, Yousaf S et al. Lactobacillus-based microbiome therapy for acne vulgaris: A GRADE systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J cosmet dermatol*. 2026 Mar;25(3):e70792

Gesundheitsversorgung heute und morgen

Zusammenfassung der Vorträge „Aktuelles aus der Gesundheitspolitik“ von Josef Smolle und „Gegenwart und Zukunft der Gesundheitsversorgung“ von Andreas Huss

*Jahrestagung der OEADF in Salzburg,
Salzburg Congress
30. April – 2. Mai 2026*

Das österreichische Gesundheitssystem befindet sich in einem Zustand struktureller Belastung, der sich paradoxerweise gerade wegen seiner Stärken verschärft: Die universelle Versorgungsqualität unabhängig vom Einkommen, der breite Zugang zu innovativen Therapien und eine jahrzehntelang gewachsene Finanzierungsbasis haben Erwartungshaltungen erzeugt, die das System nun überlasten. Die zentrale Fragestellung des Symposiums lässt sich daher so formulieren: Wie lässt sich ein qualitativ hochwertiges, solidarisch finanziertes Gesundheitssystem angesichts gestiegener Anforderungen, veränderter Berufsbilder und struktureller Fragmentierung zukunftsfähig gestalten?

Josef Smolle entwickelt eine Kausalanalyse, die über den verbreiteten Ressourcendiskurs hinausgeht. Die eigentliche Ursache der Versorgungsprobleme liegt nicht in einem absoluten Mangel an Personal oder Geld, sondern in der Schieflage zwischen stetig wachsenden Ansprüchen und einer Kapazität, die durch systemfremde Aufgaben absorbiert wird. Im stationären Bereich ist trotz eines Anstiegs der Vollzeitäquivalente von 137.000 auf 148.000 zwischen 2014 und 2023 ein Rückgang der abgerechneten LKF-Punkte um fast 20% zu verzeichnen – ein statistischer Befund, der auf eine massive Produktivitätsverschiebung durch Dokumentations- und Organisationsaufwand hindeutet. Die Erosion der Kernarbeitszeit ist dabei kein Versagen individueller Akteure, sondern Folge einer systemischen Logik, die auf lückenlose Absicherung statt auf Vertrauen in professionelles Handeln setzt.

Strukturell besonders relevant ist die von Andreas Huss analytisch vertiefte Problematik der dualen Finanzierung. Die Trennung zwischen steuerfinanziertem Spitalswesen und beitragsfinanzierter Kassenmedizin erzeugt nicht nur Koordinationsdefizite an Versorgungsschnittstellen, sondern macht eine kohärente Bedarfsplanung faktisch unmöglich. Huss hält fest, dass eine Angleichung an das deutsche Modell reiner Beitragsfinanzierung ebenso wie eine vollständige Steuerfinanzierung nach dänischem Vorbild politisch ausgeschlossen wurde – das System verbleibt damit in einem Zwischenstadium, das funktionale Reformen strukturell erschwert. Der von Huss skizzierte Ansatz eines gemeinsamen Finanzierungstopfs für Schnittstellenleistungen – analog einem gemeinsamen Haushaltskonto – ist konzeptuell plausibel und wird durch konkrete Schritte wie die Reformpartnerschaft von Leogang sowie eine eingesetzte Expertengruppe bereits operationalisiert.

Healthcare today and tomorrow

Summary of the presentations “Current developments in health policy” by Josef Smolle and “The present and future of health care provision” by Andreas Huss

*Annual Conference of the OEADF in Salzburg,
Salzburg Congress
Apr 30 – May 2, 2026*

Austria's healthcare system finds itself in a state of structural tension that is paradoxically in part due to its unique strengths. The universal access this system provides to high-quality care regardless of patient income, the broad availability of innovative therapies, and a financial foundation built up over decades have generated expectations that are now systematically overburdening the system. The central question addressed by the symposium can thus be framed as follows: How can a high-quality, mutually financed healthcare system be made “fit for the future” in the face of rising demands, changing professional profiles, and structural fragmentation?

Josef Smolle develops a causal analysis that takes us beyond the prevailing discourse on scarcity of resources. The root cause of the supply problems is not an absolute shortage of staff or funding, but stems from an imbalance between exponentially growing demands and a capacity that is increasingly being consumed by tasks outside the core clinical work. In the inpatient sector, despite an increase in full-time equivalents from 137,000 to 148,000 between 2014 and 2023, billed LKF points declined by almost 20%. This statistical result points to a massive productivity shift driven by documentation and administrative burdens. This erosion of core working time does not indicate the failure of individual actors but is the consequence of using a system that prioritizes comprehensive indemnification over trust in professional judgement.

Andreas Huss examined the structure of this system in more detail and identified the dual financing problem as particularly significant. The separation between tax-funded hospital care and contribution-funded outpatient insurance medicine not only generates deficits in coordination at care interfaces but makes it practically impossible to plan coherently to meet patients' needs. Huss notes that the options like adopting the German model of pure contribution financing or the Danish strategy of full tax financing have been ruled out politically. This leaves the system in an intermediate state that structurally impedes functional reform. The approach suggested by Huss, namely to create a shared financing pool for interface services—similar to a joint household account—is conceptually plausible and is already being implemented by taking concrete steps, such as the creation of the Leogang reform partnership and a dedicated expert group.

Ein weiteres strukturelles Paradox liegt in der schleichen- den Privatisierung von Gesundheitskosten: Rund 24% der Gesamtausgaben – ca. 12 Milliarden Euro jährlich, entspre- chend 1500 Euro pro Kopf – werden privat finanziert. Dies ist nicht allein als individuelle Präferenz zu deuten, sondern als Symptom einer öffentlichen Unterfinanzierung, die den me- dizinischen Fortschritt zunehmend aus dem solidarischen System auslagert. Der wachsende Wahlarztsektor – in der Dermatologie mittlerweile auf rund 40-45% angewachsen – fungiert dabei als Ventil systemischer Engpässe, nicht als deren Ursache. Diese Unterscheidung ist gesundheitspolitisch bedeutsam, weil sie die Verantwortung vom individuellen Leistungserbringer auf die Systemebene verschiebt.

Die Reformvorschläge konvergieren auf drei Ebenen: ers- tens eine Ambulantisierung der Versorgungsstrukturen mit dem Aufbau interprofessioneller Zentren als Ergänzung zur Einzelpraxis; zweitens eine Rationalisierung der Inan- spruchnahme durch Patientenlenkung – insbesondere bei diagnostischer Bildgebung, wo Österreich mit 400 CT- bzw. MRT-Untersuchungen pro 1000 Einwohner im Jahr das Vierfa- che Finnlands und das Doppelte Dänemarks und der Nieder- lande aufweist, ohne dass dies mit besseren Gesundheits- ergebnissen korreliert; drittens eine Vereinheitlichung der Vertragsstrukturen durch einen nationalen Gesamtvertrag, der erstmals einen einheitlichen Versorgungsauftrag für alle Versicherten definieren würde. Allen Ansätzen gemeinsam ist die implizite Einsicht, dass Effizienzgewinne ohne eine gesellschaftliche Neujustierung von Anspruchshaltung und Inanspruchnahmeverhalten strukturell nicht nachhaltig rea- lisierbar sind.

Redaktionelle Erstellung: Unter Zuhilfenahme von KI (siehe Impressum)

Wir danken den Referenten für die Durchsicht des Beitrages.

Korrespondenz: editors@skinonline.at

A further structural paradox is the creeping privatization of healthcare costs: Approximately 24% of the total ex- penditure or around 12 billion euros annually, equiva- lent to 1,500 euros per capita, is privately financed. This should not be read solely as an individual preference but as a symptom of public underfinancing that increasingly divides medical progress from the fair system. The grow- ing private-billing sector accounts for roughly 40–45% of dermatological consultations and functions as a pressure valve for regulating systemic bottlenecks rather than their cause. This distinction carries significant health policy weight, as it shifts the responsibility from the individual provider to the system level.

Reform proposals share three features. First, they propose ambulatorizing care structures, with the development of interprofessional centers complementing solo practices. Second, they propose rationalizing service utilization with demand management, and particularly in the area of diag- nostic imaging, where Austria records 400 CT or MRI ex- aminations per 1,000 inhabitants per year, four times the rate seen in Finland and double that seen in Denmark and the Netherlands, although this is not correlated with better health outcomes. Third, they propose unifying contractual structures by establishing a national framework contract that would, for the first time, define a uniform care man- date for all insured persons. All these approaches implic- itly recognize that efficiency gains cannot be sustainably achieved unless a broader societal recalibration of entitle- ment and healthcare utilization behaviour takes place.

Editorial production: With the help of AI (see legal no- tice, impressum)

We would like to thank the speaker for reviewing this ar- ticle.

Correspondence: editors@skinonline.at

<https://doi.org/10.61783/oegdv11015>

Arzneimittlexantheme

Zusammenfassung des Vortrages „Neues zu Arzneimittel-exanthemen“ von Wolfram Hötzenecker (Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Johannes Kepler Universität Linz)

*Jahrestagung der OEADF in Salzburg, Salzburg Congress
30. April – 2. Mai 2026 (Hinweis auf Autor und Veranstaltung)*

Kutane Arzneimittelreaktionen sind in Diagnostik und Management nicht selten herausfordernd: Das Spektrum reicht von häufigen, selbstlimitierenden makulopapulösen Exanthemen über AGEF (Akute exanthematische Pustulose) und DRESS (Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms) zur TEN (Toxische epidermale Nekrolyse), deren Hautmanifestation jener von Verbrennungspatienten in dessen Behandlungskomplexität gleicht. Die zentrale Herausforderung besteht darin, innerhalb einer scheinbar homogenen Präsentation jene zwei Prozent schwerer Verläufe zu identifizieren, bei denen rasches Handeln überlebensentscheidend ist.

Die differenzialdiagnostische Abgrenzung von AGEF und GPP hat aufgrund der klinischen Phänotypähnlichkeit jahrelang Kliniker beschäftigt. Beide Symptombilder teilen sterile Pustulose, Fieber und Neutrophilie; die GPP kann zusätzlich Psoriasis-Anamnese und nicht-medikamentöse Trigger aufweisen. Eine im JACI publizierte Studie von Peter Wolf und seiner Arbeitsgruppe analysierte Hautbiopsate von rund 125 Patienten mittels RNA-Sequenzierung und Histopathologie und fand zwischen medikamenteninduzierter AGEF und GPP kaum Unterschiede – weder im Entzündungsinfiltrat noch in der Genexpression. Die Autoren schlagen vor, AGEF als mögliche Variante der medikamenteninduzierten GPP aufzufassen. Der gemeinsame IL-36-Signalweg beider Erkrankungen eröffnet therapeutische Anknüpfungspunkte: Fallberichte über Spesolimab bei AGEF sind ein erstes Signal, das weiterer prospektiver Evaluierung bedarf.

DRESS stellt durch seine systemische Dimension und die potenzielle Mortalität von 5-10% eine eigenständige Entität dar, die eine konsequente Therapie erfordert. Kortikosteroide bleiben First-Line-Therapie, mit einem langsamen Ausschleichen über 6-8 Wochen als zentralem Prinzip – vorzeitiges Absetzen bei klinischer Besserung gilt als Fehler. Die virale Reaktivierungsdimension, insbesondere für HHV-6, EBV und CMV, ist pathophysiologisch relevant und klinisch handlungsleitend. Bei schweren DRESS-Verläufen lag in 77% eine virale Reaktivierung im Blut vor; HHV-6 konnte zudem in 15 von 20 analysierten Hautläsionen direkt nachgewiesen werden. Dass CMV-Reaktivierung bei schwerem DRESS mit Organversagen, Gastroenterokolitis und Thrombozytopenie assoziiert ist und antivirale Therapie mit Ganciclovir die Mortalität in einer Analyse aus dem französischsprachigen Raum von 50 auf 22% senkte, ist trotz kleiner Fallzahl klinisch bedeutsam und legt den Einsatz antiviraler Therapie bei entsprechendem Befund nahe.

Drug eruptions

Summary of the presentation “New Developments in Drug-Induced Rashes” by Wolfram Hötzenecker (University Clinic for Dermatology and Venereology, Johannes Kepler University Linz)

*OEADF Annual Meeting in Salzburg, Salzburg Congress
Apr 30 – May 2, 2026 (Author and Event Note)*

Cutaneous drug reactions are often challenging to diagnose and manage: These reactions range from common, self-limiting maculopapular rashes to AGEF (acute exanthematous pustulosis) and DRESS (drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms) to TEN (toxic epidermal necrolysis), whose skin manifestations resemble those of burn patients in terms of treatment complexity. The central challenge lies in identifying, within a seemingly homogeneous clinical presentation, the two percent of severe cases in which rapid action is critical to survival.

Being able to distinguish between and properly diagnose AGEF and GPP has long been a concern for clinicians due to the similarity of their clinical phenotypes. Both conditions share the features of sterile pustulosis, fever, and neutrophilia; GPP may additionally present with a history of psoriasis and non-drug triggers. A study published in JACI by Peter Wolf and his research group analyzed skin biopsies from approximately 125 patients using RNA sequencing and histopathology and found virtually no differences between drug-induced AGEF and GPP—neither in the inflammatory infiltrate nor in gene expression. The authors propose that AGEF be considered a possible variant of drug-induced GPP. The shared IL-36 signaling pathway in both conditions opens up therapeutic avenues: case reports on spesolimab in AGEF are an initial indication that warrants further prospective evaluation.

Due to its systemic nature and potential mortality rate of 5–10%, DRESS represents a distinct entity that requires strict treatment. Corticosteroids remain the first-line therapy, gradually tapering off the dosage over 6–8 weeks as a central principle—premature discontinuation upon clinical improvement is considered a mistake. The viral reactivation component, particularly for HHV-6, EBV, and CMV, is pathophysiologically relevant and guides clinical management. In severe cases of DRESS, viral reactivation was present in the blood in 77% of cases; HHV-6 was also directly detected in 15 of 20 analyzed skin lesions. The fact that CMV reactivation in severe DRESS is associated with organ failure, gastroenterocolitis, and thrombocytopenia—and that antiviral therapy with ganciclovir reduced mortality from 50% to 22% in an analysis from the French-speaking region—is clinically significant despite the small case number and suggests the use of antiviral therapy when appropriate findings are present.

Die Entwicklung bei TEN spiegelt einen typischen Prozess in der Dermatologie seltener, schwerer Erkrankungen: Evidenz entsteht schrittweise aus Einzelfällen, Fallserien und Metaanalysen, ohne dass randomisierte Studien realisierbar wären. Die 2024 in *Nature* publizierte Proteomik-Analyse aus der Gruppe von Lars French liefert erstmals eine mechanistische Grundlage für den JAK-Inhibitor-Einsatz: Einzelzellanalysen aus Paraffinbiopsaten identifizieren starke Typ-1- und Typ-2-Interferon-Signaturen sowie phosphoryliertes STAT1 als molekulare Zielstruktur. Die sieben behandelten Patienten – therapiert mit Pan-JAK-Inhibitoren, nicht selektiven JAK-1- oder JAK-2-Inhibitoren – zeigten rasche klinische Besserung. Die Präferenz für intravenöse Applikation ergibt sich aus der gastrointestinalen Beteiligung bei TEN, auch wenn Hautbiopsien eine rasche Abnahme von phosphoryliertem STAT1 und damit eine ausreichende Wirkstoffaufnahme auch bei peroraler Gabe nahelegten. Der klinische Diskurs deutet auf einen möglichen Paradigmenwechsel hin: Berichte aus den USA legen nahe, dass JAK-Inhibitoren dort zunehmend als Therapieoption etabliert werden. Methodisch bleibt die Evidenzlage für alle verfügbaren Optionen – IVIG, Etanercept und JAK-Inhibitoren gleichermaßen – schwach; kontrollierte Studien fehlen durchgängig.

Hötzenecker beschäftigte sich in seinem Vortrag auch mit dem Penicillin-Delabeling. Die Frage des Penicillin-Delabelings ist weniger ein rein diagnostisches als ein versorgungspolitisches Problem. Die epidemiologische Ausgangslage – rund zehn Prozent Prävalenz einer selbst berichteten Penicillinallergie bei einer tatsächlichen Bestätigungsrate von nur zehn Prozent – erzeugt erhebliche therapeutische Ineffizienz. Der PenFAST-Score operationalisiert die Risikostratifizierung anhand von Reaktionstyp, Zeitabstand und Behandlungsbedarf und identifiziert damit eine Niedrigrisikopopulation, bei der auf den Hauttest verzichtet werden kann. In einer publizierten Studie (2023) aus den USA, Kanada und Australien konnte belegt werden, dass die direkte orale Challenge in einer Niedrigrisiko-Patientenkohorte eine Negativitätsrate von 97–99% erzielt. Methodisch ist anzumerken, dass Anaphylaxien ausgeschlossen wurden und das OPT-Schema zwischen Studienzentren variierte, was die Übertragbarkeit einschränkt. Für den deutschsprachigen Raum fehlt zudem eine validierte Übersetzung des Scores. Übergeordnet stellt sich die Frage der Finanzierung: In den USA wird Delabeling mit bis zu 1000 Dollar vergütet und ist in Medicare verankert; in Österreich wird die Leistung derzeit unentgeltlich erbracht – ein Zustand, der strukturelle Anreize verzerrt und in Fachkreisen als nicht tragfähig bewertet wird.

Redaktionelle Erstellung: Unter Zuhilfenahme von KI (siehe Impressum)

Wir danken Wolfram Hötzenecker für die Durchsicht des Beitrages.

Korrespondenz: editors@skinonline.at

The evolution of our understanding of TEN reflects a typical process in dermatology regarding rare, severe diseases: evidence emerges gradually from individual cases, case series, and meta-analyses, without randomized trials being feasible. The proteomics analysis by Lars French's group, published in *Nature* in 2024, provides for the first time a mechanistic basis for the use of JAK inhibitors: Single-cell analyses of paraffin-embedded biopsy specimens identify strong type 1 and type 2 interferon signatures as well as phosphorylated STAT1 as a molecular target. The seven treated patients—treated with pan-JAK inhibitors, non-selective JAK-1, or JAK-2 inhibitors—showed rapid clinical improvement. The preference for intravenous administration stems from the gastrointestinal involvement in TEN, even though skin biopsies suggested a rapid decrease in phosphorylated STAT1 and thus sufficient drug absorption even with oral administration. The clinical discourse points to a possible paradigm shift: Reports from the U.S. suggest that JAK inhibitors are increasingly being established as a treatment option there. Methodologically, the evidence base for all available options—IVIG, etanercept, and JAK inhibitors alike—remains weak; controlled studies are consistently lacking.

Hötzenecker also addressed the issue of penicillin delabeling. The question of penicillin delabeling is less a purely diagnostic issue than a healthcare policy problem. The epidemiological baseline—a prevalence of approximately 10 percent for self-reported penicillin allergy, with an actual confirmation rate of only 10 percent—leads to significant therapeutic inefficiency. The PenFAST score operationalizes risk stratification based on reaction type, time interval, and need for treatment, thereby identifying a low-risk population for whom skin testing can be omitted. A published study (2023) from the U.S., Canada, and Australia demonstrated that direct oral challenge achieved a negativity rate of 97–99% in a low-risk patient cohort. Methodologically, it should be noted that anaphylaxis cases were excluded and the OPT protocol varied across study centers, which limits the study's generalizability. Furthermore, a validated translation of the score is lacking for German-speaking countries. On top of all this is the question of funding: In the U.S., delabeling is reimbursed at up to \$1,000 and is covered by Medicare; in Austria, the service is currently provided free of charge—a situation that distorts structural incentives and is considered unsustainable by experts.

Editorial preparation: With the assistance of AI (see Legal Notice)

We thank Wolfram Hötzenecker for reviewing this article.

Correspondence: editors@skinonline.at

Infektiöse Hauterkrankungen

Zusammenfassung des Vortrages „Aktuelles zu infektiösen Hauterkrankungen“ von Cord Sunderkötter

*Jahrestagung der OEADF in Salzburg, Salzburg Congress
30. April – 2. Mai 2026*

Cord Sunderkötters Vortrag bewegt sich an der Schnittstelle von klinischer Praxis, Leitlinienentwicklung und Antibiotika-stewardship. Anlass ist die Aktualisierung der deutschsprachigen S2K-Leitlinie zur Therapie der Haut- und Weichgewe-beinfektionen, deren Kernbotschaft er gegen eine im klinischen Alltag verbreitete Tendenz zur Breitbandtherapie verteidigt. Das übergeordnete Erkenntnisinteresse ist normativ: Wie eng darf – und muss – eine kalkulierte Antibiotikagabe sein, um wirksam zu bleiben und gleichzeitig keine Resistenzen zu selektionieren?

Die argumentative Grundstruktur folgt einem diagnostischen Imperativ: Nur wer zwischen Erysipel, unkomplizierter Phlegmone, komplizierter Phlegmone und nekrotisierender Infektion präzise unterscheidet, kann therapeutisch angemessen handeln. Das Erysipel wird dabei als rein klinische Diagnose betrachtet, die weder mikrobiologischer Bestätigung noch breiter Antibiotikagabe bedarf. Das führende klinische Symptom – systemische Prodromi wie Frösteln, Übelkeit oder Schüttelfrost zu Beginn – wird in über 90% der Fälle retrospektiv bestätigt, muss jedoch aktiv erfragt werden, da Patienten diese Symptome bei Vorstellung häufig nicht mehr präsent haben. Penicillin ist nicht nur ausreichend, sondern den Alternativen überlegen – nicht wegen eines breiteren Spektrums, sondern wegen seines günstigeren Nebenwirkungsprofils und der Vermeidung von Folgeschäden durch fehlerhafte Allergie-Etikettierung.

Letzteres bildet einen eigenständigen argumentativen Strang. Ampicillin-induzierte Exantheme führen häufig zur Dokumentation einer Penicillin-Allergie, die dem Patienten dauerhaft die gesamte Gruppe der Beta-Lactam-Antibiotika vorenthält. Sunderkötter schlägt als pragmatische Lösung Cefazolin vor, das aufgrund fehlender kreuzreaktiver Seitenkette auch bei dokumentierter Penicillin-Allergie im Akutfall vertretbar ist – vorausgesetzt, es wird unter Notfallbedingungen gegeben und vorsichtshalber ohne, dass vorher Symptome einer eindeutigen Typ-I-Allergie aufgetreten sind. Clindamycin hingegen, häufig als vermeintlich sichere Alternative gewählt, beeinträchtigt durch seine anaerobe Breitenwirkung die schützende Darmflora und begünstigt damit die Ausbreitung multiresistenter Keime. Ergänzend weist Sunderkötter auf Cefuroxim hin: Es wirkt zuverlässig nur parenteral, nicht oral – obwohl es lange zu den am häufigsten oral verabreichten Antibiotika in Deutschland gehörte.

Den empirisch stärksten Beitrag liefert eine bislang unpublizierte eigene Untersuchung: Proben aus dem infizierten Weichgewebe – räumlich getrennt vom kolonisierten Ulcus – zeigten in allen Fällen ausschließlich *Staphylococcus aureus*. Die in Abstrichen häufig nachgewiesenen gramnegativen

Infectious skin diseases

Summary of the presentation “Current updates on infectious skin diseases” by Cord Sunderkötter

Annual Conference of the OEADF in Salzburg, Salzburg Congress, Apr 30 – May 2, 2026

Cord Sunderkötter’s lecture includes elements of clinical practice, guideline development, and Antibiotika-Stewardship. The lecture draws attention to publication of the new version of the German-language S2K guideline on the treatment of skin and soft tissue infections. Sunderkötter defends the core message of this guideline, comparing it with the prevailing tendency toward broad-spectrum therapy in everyday clinical settings. The overarching question is normative: How low can—and must—the dose of antibiotics be in order to remain effective while avoiding the selection of resistant strains?

The primary argument is based on a diagnostic imperative: Clinicians can only act therapeutically if they can precisely distinguish between erysipelas, uncomplicated phlegmon, complicated phlegmon, and necrotizing infection. Erysipelas is established as a purely clinical diagnosis requiring neither microbiological confirmation nor broad-spectrum antibiotics. Its leading clinical symptom, namely systemic prodromal signs such as chills or nausea at onset, is retrospectively confirmed in over 90% of cases. These must be actively elicited, however, as patients frequently no longer recall these symptoms at presentation. Penicillin is not merely sufficient but superior to alternatives, not because of a broader spectrum, but because its side-effect profile is more favorable and the downstream harm caused by erroneous allergy documentation can be avoided.

The latter is presented as an independent line of argument. Ampicillin-induced exanthems are frequently documented as a penicillin allergy, resulting in the entire class of beta-lactam antibiotics being permanently withheld from the patient. Sunderkötter proposes cefazolin as a pragmatic solution: This does not share a cross-reactive side chain with penicillin and is acceptable even in cases of documented penicillin allergy under emergency conditions, and can be provided even before symptoms of a type 1 allergy appear. Clindamycin is frequently chosen as a supposedly safe alternative, but its broad anaerobic activity suppresses protective intestinal flora, thereby promoting the spread of multidrug-resistant organisms. Sunderkötter additionally flags cefuroxime: It acts reliably only when administered parenterally, not orally, despite having long been among the most frequently orally prescribed antibiotics in Germany.

The strongest contribution in terms of empirical evidence is presented in the form of an as-yet unpublished study. In this study, samples taken from infected soft tissue—spatially distinct from the colonized ulcer—identified *Staphylococcus aureus* exclusively in all cases. Gram-negative organisms such as *Pseudomonas* or *Enterobacter*,

Erreger wie *Pseudomonas* oder *Enterobacter* sind demnach Kolonisationsflora ohne therapeutische Relevanz bei immun-kompetenten Patienten. Diese Erkenntnis untergräbt auch die klinische Legitimität des Konzepts „gramnegativer Fußinfekt“ grundsätzlich: Der Begriff verleite zur falschen Therapie und solle aufgegeben werden. Die zugrundeliegende Infektion ist gewöhnlich unkompliziert, sodass Gyrasehemmer oder Amoxicillin/Clavulansäure nicht indiziert sind, aber auch in eine komplizierte Phlegmone übergehen kann.

Die Differenzierung der komplizierten Phlegmone folgt einem komorbiditätsbezogenen Kriterienkatalog – darunter schwerer Diabetes, periphere arterielle Verschlusskrankheit und Fremdkörperverletzungen –, der auf Kriterien zurückgreift, die die FDA früher zur Definition komplizierter Weichgewebeeinfektionen in Studienkontexten verwendete. Diese Patientengruppe benötigt eine kalkuliert breitere Therapie, insbesondere bei Fußinfektionen: Sehnenlogen begünstigen die schnelle Ausbreitung, das Risiko einer Osteomyelitis ist hoch. Die klinische Sondierung offener Wunden – mit sofortiger Konsequenz bei Knochenkontakt – wird als unverzichtbares diagnostisches Mittel beschrieben.

Nekrotisierende Weichgewebeeinfektionen werden als eigenständige, von der Phlegmone strikt zu trennende Kategorie behandelt. Pathophysiologisch entscheidend ist die ischämische Nekrose durch vaskuläre Okklusion und nicht die Toxinwirkung alleine. Als klinisch zunehmend relevantes Beispiel dient *Vibrio vulnificus* in der Ostsee, dessen Ausbreitung mit der klimabedingten Erwärmung und dem charakteristischen niedrigen Salzgehalt des Gewässers zusammenhängt. Die therapeutische Konsequenz ist eindeutig: sofortige operative Intervention zusätzlich zu entsprechenden Antibiotika.

Abschließend wird die Permethrin-Resistenz bei Scabies als therapiepraktisches Problem eingeordnet. Neben gesicherter Resistenzinduktion durch langjährigen Einsatz spielen Anwendungsfehler eine unterschätzte Rolle als Therapieversager – auch im Rahmen kontrollierter Studien. Eine Studie von Meyersburg und Bauer belegte die überlegene Wirksamkeit von Benzylbenzoat gegenüber Permethrin in Österreich, die aber auch in Deutschland beobachtet wurde; eine französische Studie zeigte demgegenüber vergleichbare Wirksamkeit von Permethrin und oralem Ivermectin – möglicherweise erklärbar durch die spätere Zulassung von Permethrin in Frankreich und damit geringere Resistenzinduktion. Ivermectin wird bei Mehrpersonenhaushalten bevorzugt empfohlen, um Infektionsketten effizient zu unterbrechen; bei Therapieversagen unter Permethrin gelten Benzylbenzoat, Crotamiton oder Ivermectin als Alternativen.

Redaktionelle Erstellung: Unter Zuhilfenahme von KI (siehe Impressum)

Wir danken Cord Sunderkötter für die Durchsicht des Beitrages.

Korrespondenz: editors@skinonline.at

frequently detected in wound swabs, are therefore colonization flora and have no therapeutic relevance in immunocompetent patients. This finding also fundamentally undermines the clinical legitimacy of the concept „gram-negative foot infection“. The misleading nature of this term leads to inappropriate therapy and should no longer be used. The underlying infection is most often uncomplicated, and, thus, fluoroquinolones or amoxicillin/clavulanate are not indicated. This infection can however also develop into a complicated phlegmon.

The differentiation of complicated phlegmon from other infections is made using a comorbidity-based set of criteria. These include severe diabetes, peripheral arterial occlusive disease, and foreign body injury and are similar to criteria previously used by the FDA to define complicated soft tissue infections in study contexts. This patient group requires broader empirical therapy, particularly for foot infections, since tendon sheaths facilitate rapid spread and the risk of osteomyelitis is substantial. Clinical probing of open wounds, with immediate consequences upon bone contact, is described as an indispensable diagnostic tool.

Necrotizing soft tissue infections are treated as a categorically distinct entity, strictly separate from phlegmon. The pathophysiologically decisive feature is ischemic necrosis through vascular occlusion and usually not due to the effects of a toxin alone. *Vibrio vulnificus* infections in the Baltic Sea serve as a clinically increasingly relevant example, with proliferation linked to climate-driven warming and the characteristically low salinity of that body of water. The therapeutic conclusion is unambiguous: Immediate surgical intervention is required in addition to the provision of appropriate antibiotics.

Finally, permethrin resistance in scabies is framed as a practical therapeutic problem. Beyond documented resistance induction through prolonged use, application errors play an underestimated role as a cause of treatment failure, even in controlled study settings. A study by Meyersburg and Bauer demonstrates the superior efficacy of benzyl benzoate over permethrin in Austria, which has however also been observed in Germany. A French study, however, cited the comparable efficacy of permethrin and oral ivermectin, which may be explained by permethrin's later approval in France and consequently lower induction of resistance. Ivermectin is preferentially recommended for multi-person households as a means of efficiently interrupting transmission chains. In cases of permethrin treatment failure, benzyl benzoate, crotamiton, or ivermectin are recommended as alternatives.

Editorial production: With the help of AI (see legal notice, impressum)

We would like to thank Cord Sunderkötter for reviewing this article.

Correspondence: editors@skinonline.at

Pyoderma gangraenosum und relevante Differentialdiagnosen

Zusammenfassung des Vortrages von Joachim Dissemond

*Jahrestagung der OEADF in Salzburg, Salzburg Congress
30. April – 2. Mai 2026*

Das Pyoderma gangraenosum (PG) steht exemplarisch für eine Erkrankungsgruppe, deren klinisches Problem nicht primär therapeutischer, sondern diagnostischer Natur ist. Eine PubMed-Analyse, die bereits 2002 im *New England Journal of Medicine* publiziert wurde, belegte eine hohe Rate fehlerhaft klassifizierter Fälle – ein Befund, den Dissemond als Ausgangspunkt seiner Argumentation nutzt, auch wenn er die Publikation selbst als „fast schon historisch“ einordnet. Die Diagnose wurde traditionell als Ausschlussdiagnose geführt, was nach Dissemonds Einschätzung einer validen klinischen Operationalisierung im Weg steht.

Die Zielsetzung des Vortrags ist entsprechend programmatisch: PG durch ein valides Scoring-Instrument operationalisierbar zu machen und damit die diagnostische Praxis zu standardisieren. Der PARACELUS-Score leistet genau dies. Sein methodischer Kern ist die Aggregation klinisch je für sich unspezifischer Merkmale zu einem diagnostisch belastbaren Gesamtbild. Die globale Validierungsstudie, zum Zeitpunkt des Vortrags im *JAAD* zur Publikation angenommen, verfeinert den Schwellenwert von ≥ 10 auf ≥ 11 Punkte – ein scheinbar marginaler, aber konzeptuell bedeutsamer Schritt: Die Spezifität steigt bei akzeptabler Einbuße an Sensitivität. Damit verliert PG nach Dissemonds Formulierung formal seinen Status als Ausschlussdiagnose.

Differentialdiagnostisch sind mehrere Entitäten auszuschließen. Vaskulitiden – allen voran die kutane leukozytoklastische Angiitis – überlappen morphologisch erheblich mit PG; entscheidend ist, dass sekundäre Vaskulitiszeichen im Randbereich chronischer Ulzera histologisch falsch positiv interpretierbar sind. Die Livedo-Vaskulopathie erfordert einen Paradigmenwechsel in der Therapie: Statt Immunsuppression ist eine rheologische Behandlung indiziert – niedermolekulares Heparin oder, gemäß einer kleinen unkontrollierten Studie, Rivaroxaban – eine Verwechslung hat also unmittelbar therapeutische Konsequenzen. Die Kalziphylaxie ist primär durch ihre systemische Einbettung zu identifizieren: Weit über 90% der Betroffenen weisen eine fortgeschrittene Niereninsuffizienz auf, die Einjahresmortalität liegt bei 50%. Die Necrobiosis lipoidica – historisch fälschlich als rein mit Diabetes-assoziierte Erkrankung klassifiziert, tatsächlich aber nur bei etwa der Hälfte der Betroffenen mit Diabetes mellitus assoziiert – ulzeriert selten, ist dann aber therapierefraktär und erfordert eine eigenständige Leitlinientherapie.

Pyoderma gangrenosum and relevant differential diagnoses

Summary of the presentation by Joachim Dissemond

Annual Conference of the OEADF in Salzburg, Salzburg Congress, 30. Apr – 2. May 2026

Pyoderma gangrenosum (PG) exemplifies a disease entity presenting a central clinical problem that is not primarily diagnostic rather than therapeutic. A PubMed analysis published in the *New England Journal of Medicine* as early as 2002 documented a high rate of misclassified cases—a finding Dissemond invokes as the starting point of his argument, even as he characterises the publication itself as “almost historical”. The diagnosis has traditionally been managed as an exclusion diagnosis, a practice that, in Dissemond’s view, obstructs valid clinical operationalization.

The lecture’s objective is accordingly programmatic: to make PG operationalizable through the use of a validated scoring instrument and thereby standardise diagnostic practice. The PARACELUS-Score achieves precisely this. Its methodology revolves around the aggregation of individually non-specific clinical features to create a diagnostically robust composite picture. The global validation study, accepted for publication in *JAAD* at the time of the lecture, refines the threshold from ≥ 10 to ≥ 11 points. This is seemingly marginal but conceptually significant step: specificity increases, incurring an acceptable loss of sensitivity. In Dissemond’s own words, PG thereby formally loses its status as a diagnosis of exclusion.

Several conditions must be ruled out as part of the differential diagnosis. Vasculitides, and most notably cutaneous leukocytoclastic angiitis, overlap substantially with PG in morphological terms; critically, secondary vasculitic changes in the border zone of chronic ulcers are histologically prone to false-positive interpretation. Livedoid vasculopathy requires a paradigm shift in management: Rather than immunosuppression, rheological treatment is indicated (i.e., with low-molecular-weight heparin or, according to one small uncontrolled study, rivaroxaban), meaning that misdiagnosis has immediate therapeutic consequences. Calciphylaxis is primarily identifiable through its systemic context: More than 90% of affected patients have renal insufficiency, and the one-year mortality rate stands at 50%. Necrobiosis lipoidica has been historically misclassified as a condition associated purely with diabetes, but in reality is associated with diabetes mellitus in only approximately half of those affected. This condition rarely ulcerates, yet when it does, it is highly treatment-resistant and requires its own dedicated guideline-based therapy.

Als klinisch zunehmend bedeutsame, aber selten explizit thematisierte Differentialdiagnose benennt Dissemond selbstschädigendes Verhalten. Im Kontext tertiärer Versorgungszentren – also der negativen Selektion nicht diagnostizierter oder therapieresistenter Fälle – weisen mindestens 50, teils 70% der Zuweisungen mit PG-Verdacht keine PG auf. Charakteristisch sind diskordante Anamnesen, auffällige Affektlosigkeit gegenüber dem klinischen Befund und sekundäre Krankheitsgewinne. Die therapeutische Konsequenz – Einbezug von Psychosomatik oder Psychiatrie – scheitert häufig an fehlender Krankheitseinsicht der Betroffenen.

Therapeutisch argumentiert der Vortrag für eine klare Hierarchie: Prednisolon als zugelassene, kosteneffiziente Basistherapie mit 1 mg/kg KG als Startdosis, maximal steigerbar auf 2 mg/kg KG; Cyclosporin (2-5 mg/kg KG, verteilt auf zwei Einzeldosen) als Kombinationspartner mit der stärksten verfügbaren Evidenz, wenngleich in Deutschland als Erstlinientherapie unüblich. Unter den Biologika ist Infliximab das einzige Präparat mit RCT-Daten, was dessen Empfehlungsgrad in der Leitlinie erklärt. Spezolimab (Anti-IL-36), bekannt aus der Therapie der pustulösen Psoriasis, befindet sich derzeit in klinischer Prüfung und wird als realistisch bevorstehende Zulassungsoption für diese Orphan Disease bewertet.

Eine konzeptuell wichtige Schlussfolgerung betrifft das Komorbiditätsmanagement: PG ist eine potenziell paraneoplastische Erkrankung, deren Assoziation mit hämatologischen Neoplasien – insbesondere akuter myeloischer Leukämie und myelodysplastischem Syndrom – systematisch unterschätzt wird. Das Differentialblutbild als niedrigschwellige Basisdiagnostik kann hier kausal relevant sein, da PG mitunter der diagnostische Ausgangspunkt für die Entdeckung einer zugrundeliegenden hämatologischen Erkrankung ist. Gleichzeitig fordert Dissemond ein interprofessionelles Behandlungskonzept, das Wundpflege, atraumatisches Verbandmanagement und – bei Lokalisation an den unteren Extremitäten – Kompressionstherapie zur Ödemreduktion integriert.

Redaktionelle Erstellung: Unter Zuhilfenahme von KI (siehe Impressum)

Wir danken Joachim Dissemond für die Durchsicht des Beitrages.

Korrespondenz: editors@skinonline.at

Dissemond identifies self-inflicted injury as a clinically increasingly significant differential diagnosis that is rarely addressed explicitly. In the context of tertiary care—representing a negative selection of undiagnosed or therapy-refractory cases—at least 50%, and, in some instances, 70%, of referrals with suspected PG patients do not in fact have the condition. Characteristic features include discordant medical histories, a striking emotional detachment from the clinical findings, and secondary gain from illness. The appropriate therapeutic response, namely the involvement of psychosomatic medicine or psychiatry, frequently fails due to a lack of insight regarding those affected.

The lecture argues therapeutically for a clear hierarchy: Prednisolone should be chosen as the approved, cost-effective first-line treatment, beginning at 1 mg/kg body weight and continuing up to 2 mg/kg; the strongest evidence argues for its combination with cyclosporine (2–5 mg/kg body weight, divided into two doses), although its use as a first-line agent remains uncommon in Germany. Among biologics, infliximab is the only agent with RCT data, which accounts for its guideline recommendation. Spesolimab (anti-IL-36), already known due to its use in the treatment of pustular psoriasis, is currently in clinical trials and is considered for approval as a realistic candidate for treating this orphan disease.

A conceptually important conclusion concerns comorbidity management. As a potentially paraneoplastic condition, the association between PG and haematological malignancies—particularly acute myeloid leukaemia and myelodysplastic syndrome—has been systematically underestimated. A differential blood count as a low-threshold diagnostic measure may be causally relevant here, as PG sometimes serves as the diagnostic starting point for identifying an underlying haematological disease. In addition, Dissemond calls for an interprofessional treatment concept integrating wound care, atraumatic dressing management, and—where lower extremities are involved—compression therapy for edema reduction.

Editorial production: With the help of AI (see legal notice, impressum)

We would like to thank Joachim Dissemond for reviewing this article.

Correspondence: editors@skinonline.at