

publiziert bei:  **AWMF online**
Portal der wissenschaftlichen Medizin



Leitlinienimplementierungshilfe

S3-Leitlinie Atopische Dermatitis

AWMF-Registernr. 013-027 <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-027>

Die vorliegende Leitlinie hat eine Gültigkeit bis zum 15.06.2028.

Beteiligte Experten und Fachgesellschaften

Name

Prof. Dr. med. Werfel Thomas
Prof. Dr. med. Hagen Ott
Prof. Dr. med. Werner Aberer
Prof. Dr. med. Matthias Augustin
Prof. Dr. med. Tilo Biedermann
Prof. Dr. med. Andrea Bauer
Prof. Dr. med. Regina Fölster-Holst
PD Dr. med. Annice Heratizadeh
Dipl. oec. troph. Julia Kahle
Dr. med. Katja Nemat
Dr. med. Irina Neustädter
Prof. Dr. med. Eva Peters
Dr. med. Ralph von Kiedrowski
Prof. Dr. med. Peter Schmid-Grendelmeier
Prof. Dr. med. Jochen Schmitt
Thomas Schwennesen
Prof. Dr. med. Dagmar Simon
Dr. Thomas Spindler
Prof. Dr. med. Claudia Traidl-Hoffmann
Prof. Dr. med. Dr. h. c. Andreas Wollenberg
Prof. Dr. med. Margitta Worm

Organisation

Deutsche Dermatologische Gesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie
Deutsche Dermatologische Gesellschaft
Deutsche Dermatologische Gesellschaft
Deutsche Dermatologische Gesellschaft
Deutsche Dermatologische Gesellschaft
Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung
Deutscher Allergie- und Asthmabund
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin
Berufsverband Deutscher Dermatologen
Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie
Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung
Deutscher Neurodermitis Bund
Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie
Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Rehabilitation und Prävention
Deutsche Dermatologische Gesellschaft
Deutsche Dermatologische Gesellschaft
Deutsche Dermatologische Gesellschaft

Stärke	Wording	Symbol	Implikation
Starke Empfehlung für eine Vorgehensweise	„soll“	↑↑	Wir sind der Auffassung, dass alle oder fast alle informierten Menschen diese Entscheidung treffen würden. Kliniker:innen müssen sich weniger Zeit für den Prozess der Entscheidungsfindung mit den Patient:innen nehmen. In den meisten klinischen Situationen kann die Empfehlung als allgemeine Vorgehensweise übernommen werden.
Schwache Empfehlung für eine Vorgehensweise	„sollte“	↑	Wir sind der Auffassung, dass die meisten informierten Menschen, ein substanzieller Anteil jedoch nicht, diese Entscheidung treffen würden. Kliniker:innen und andere Anbieter:innen von Gesundheitsleistungen müssen mehr Zeit aufwenden, um sicherzustellen, dass die Wahl des Verfahrens mitsamt der möglicherweise verbundenen Konsequenzen die Werte und Präferenzen der individuellen Patient*innen widerspiegelt. Entscheidungsprozesse im Gesundheitssystem erfordern eine tiefgehende Diskussion und die Einbeziehung vieler Stakeholder.
Empfehlung offen / keine Empfehlung	„kann erwogen werden“	0	Zur Zeit kann eine Empfehlung für oder gegen eine bestimmte Vorgehensweise aufgrund bestimmter Gegebenheiten nicht getroffen werden (z.B. unklares oder ausgeglichenes Nutzen-/Risiko-Verhältnis, keine verfügbare Evidenz, etc .)
Schwache Empfehlung gegen eine Vorgehensweise	„sollte nicht“	↓	Wir sind der Auffassung, dass die meisten informierten Menschen, ein substanzieller Anteil jedoch nicht, diese Entscheidung treffen würden.
Starke Empfehlung gegen eine Vorgehensweise	„soll nicht“	↓↓	Wir sind der Auffassung, dass alle oder fast alle informierten Menschen diese Entscheidung treffen würden.

AD und Impfungen

Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit AD sollen nach STIKO Empfehlungen regulär geimpft werden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Bei akuter Exazerbation der AD sollte ein Aufschieben der Impfung bis zur bestmöglichen Stabilisierung des Hautbefundes erwogen werden.	↑	Starker Konsens konsensbasiert

Erscheinungsbild

Die unterschiedlichen klinischen Manifestationen der AD mit ihren altersspezifischen Ausprägungen sowie die wichtigsten Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten sollen den Behandler:innen bekannt sein.	↑↑	Konsens konsensbasiert
--	----	------------------------

Verlauf

Die Betroffenen sollen über den alterstypischen chronischen und rezidivierenden Verlauf sowie über realistisch erreichbare Therapieziele aufgeklärt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
--	----	--------------------------------

Komplikationen

Patient:innen mit AD und deren Angehörige sollen über mögliche Komplikationen der AD informiert (geschult) werden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
---	----	--------------------------------

Diagnostik

Im Rahmen der allgemeinen Diagnostik soll eine gründliche Anamnese (inkl. der atopischen Eigen-, Familien- und Berufsanamnese) erhoben werden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Bei Patient:innen mit AD soll das gesamte Hautorgan untersucht werden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Bei Patient:innen mit AD sollen je nach Schweregrad, Anamnese und Verlauf mögliche psychosomatische, ernährungsbedingte, aeroallergene oder durch Umgebungsfaktoren bedingte Auslöser ermittelt werden.	↑↑	Konsens konsensbasiert
Eine Probebiopsie zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung insbesondere kutaner Lymphome sollte speziell bei Erwachsenen erwogen werden	↑	Starker Konsens konsensbasiert

Komorbidität

AD-typische somatische (z. B. Nahrungsmittelallergie, Asthma, Rhinitis allergica) und psychische (z. B. Depression, Suizidalität) Komorbiditäten sollen bei der Betreuung von Patient:innen mit AD berücksichtigt werden.	↑↑	Konsens konsensbasiert
--	----	------------------------

Differentialdiagnosen

Bei anamnestisch und klinisch nicht eindeutiger AD oder therapierefraktärem Krankheitsverlauf sollen in jedem Lebensalter sowohl häufige als auch seltene Differenzialdiagnosen berücksichtigt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Bei Hand- und Fußekzemen sollen atopische Ekzeme von anderen Ekzemerkrankungen (irritativ-toxische Ekzeme, kontaktallergische Ekzeme), der Psoriasis palmoplantaris, der Tinea manuum et pedum sowie Palmoplantarkeratosen abgegrenzt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert

Objektivierung des Schweregrades

Bei Anwendung von Systemtherapien sollen die objektive Erkrankungsschwere und die subjektiven Erkrankungssymptome inkl. der Lebensqualität zu Beginn und im Verlauf dokumentiert werden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Laborparameter (IgE, TARC, ECP, u.a.) sollten im klinischen Alltag nicht zur Erhebung des Schweregrades der AD untersucht werden.	↓	Starker Konsens konsensbasiert

Abklärung von Allergien

Eine individuelle Allergiediagnostik soll bei Patient:innen mit AD bei entsprechendem Befund und Anamnese durchgeführt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Ein ungezieltes „Allergie-Screening“ bei allen Patient:innen mit AD soll hingegen nicht erfolgen.	↓↓	
Die klinische Relevanz nachgewiesener Sensibilisierungen gegen Nahrungsmittelallergene für die AD soll im Einzelfall mittels Karenz und Provokationstestungen individuell ermittelt werden.	↑↑	
Die Durchführung von Epikutantestungen mit Proteinallergenen (sogenannter Atopie-Patch-Test) soll im Rahmen der Routinediagnostik nicht erfolgen.	↓↓	
Die Durchführung von Epikutantestungen mit niedermolekularen Substanzen zur Aufdeckung einer zusätzlichen Kontaktallergie soll bei AD bei anamnestischem oder klinischem Verdacht erfolgen.	↑↑	

Provokationsfaktoren der AD

Individuelle Triggerfaktoren der AD sollen identifiziert werden, um diese mit dem Ziel einer verlängerten Remission oder Clearance meiden oder behandeln zu können.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Der Kontakt zu Aeroallergenen soll bei sensibilisierten Patient:innen mit AD so weit wie möglich reduziert werden, wenn es in der Vorgeschichte durch diese zu Haut-Exazerbationen gekommen ist.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Die körperliche Aktivität soll bei Patient:innen mit AD nicht eingeschränkt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Patient:innen mit AD sollen hautreizende Kleidung (Textilien mit rauen, groben Fasern, z.B. Wolle) meiden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Patient:innen mit AD sollten Strategien zur Stressbewältigung erlernen.	↑	Starker Konsens konsensbasiert
Bei Bedarf soll eine psychosoziale Beratung erfolgen und bei Indikation eine Psychotherapie empfohlen werden.	↑↑	
Tabakrauch soll zur Prävention von Schüben der AD gemieden werden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert

Krankheitskosten

Behandler:innen sollen wirkstofffreie Therapeutika mit Arzneimittelstatus („Basispflege“) bei Kindern bis zum 12. Lebensjahr (bei Entwicklungsstörungen 18. Lebensjahr) zu Lasten der GKV verordnen.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
---	----	--------------------------------

Therapiemanagement

Ein individuelles Behandlungskonzept soll unter Berücksichtigung des Lebensalters, des Schweregrades, der psychosozialen Situation, der Triggerfaktoren und der Lokalisation der AD ausgearbeitet werden. Hier bietet sich ein strukturierter, gut verständlicher, schriftlicher Therapieplan an.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
--	----	--------------------------------

Versorgungsstruktur: Verzahnung der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung

Bei hohem Schweregrad soll eine stationäre oder teilstationäre Behandlung erwogen werden	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sollen je nach Behandlungsbedarf für Patient:innen und deren Sorgeberechtigte angeboten werden.		Starker Konsens konsensbasiert
Eine Teilnahme an einer evidenzbasierten, strukturierten, interdisziplinären AD-Schulung wie nach dem deutschen AGNES-Curriculum (Kinder und Jugendliche) oder ARNE (Erwachsene) soll empfohlen werden.		Starker Konsens konsensbasiert

Stufenplan

Eine der klinischen Ausprägung angepasste Stufentherapie **soll** bei AD durchgeführt werden.



Starker Konsens
konsensbasiert

Stufe 3: Moderate – schwere Ekzeme	Erforderliche Maßnahmen der vorherigen Stufen + Systemtherapie *
--	---



Stufe 2: Leichte – moderate Ekzeme	Erforderliche Maßnahmen der vorherigen Stufe + Topische Therapie mit TCS/TCI** ***
--	---



Stufe 1: Trockene Haut	Topische Basistherapie Vermeidung von Triggerfaktoren
--------------------------------------	--

*Eine UV-Therapie kann ab Stufe 3, insbesondere im Erwachsenenalter, indiziert sein. Cave: keine Kombination von UV-Therapie mit Ciclosporin oder topischen Calcineurininhibitoren

**First-line Therapie: In der Regel topische Glukokortikosteroide, bei Unverträglichkeit/Nichtwirksamkeit und an besonderen Lokalisationen (z.B. Gesicht, intertriginöse Hautareale, Anogenitalbereich) topische Calcineurininhibitoren

***Die zusätzliche Anwendung von antipruriginösen und antiseptischen Wirkstoffen kann erwogen werden.

Basistherapie mit Emollientien und Moisturizer

Bei Patient:innen mit AD sollen schonende Reinigungs- und Badeverfahren zur Anwendung kommen, insbesondere bei akut entzündeter oder superinfizierter Haut.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Dusch- oder Vollbäder bei Patient:innen mit AD sollten möglichst kurzandauernd und mit mäßig warmem Wasser durchgeführt werden.	↑	Starker Konsens konsensbasiert
Patient:innen mit AD sollten keine alkalischen Seifen verwenden.	↓	Starker Konsens konsensbasiert
Patient:innen mit AD sollten regelmäßig Körperpflegeprodukte verwenden, die keine relevanten Reizstoffe oder Kontaktallergene enthalten.	↑	Starker Konsens konsensbasiert
Patient:innen mit AD sollen bedarfsgerecht und regelmäßig Emollientien als Basistherapie der gestörten Hautbarriere anwenden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Für die Basistherapie sollten Patient:innen mit AD individuell angepasste Externa, z.B. im Sommer hydrophilere Cremes und im Winter Externa mit höherem Fettgehalt verwenden.	↑	Starker Konsens konsensbasiert
Patient:innen mit AD sollen Emollientien unmittelbar nach dem Baden oder Duschen und nach Trockentupfen der Haut auftragen.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Bei AD sollen Emollientien bedarfsgerecht als Basistherapie zur Verhinderung von Schüben und zur Linderung der Symptome auch im schubfreien Intervall eingesetzt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert

Antientzündliche Therapie

Topische Glukokortikosteroide (TCS) sollen als antiinflammatorische Wirkstoffe bei der Behandlung der AD eingesetzt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Topische Calcineurin-Inhibitoren (TCI) sollen als antiinflammatorische Wirkstoffe bei der Behandlung der AD eingesetzt werden.	↑↑	
Die „Fingertip-Unit-Regel“ sollte beim Einsatz antiinflammatorischer Topika verwendet und den Patient:innen erklärt werden.	↑	Starker Konsens konsensbasiert
TCS sollen bei AD zur Behandlung von akuten Schüben eingesetzt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Auf Bedenken oder Ängste der Patient:innen oder ihrer Sorgeberechtigten gegenüber Glukokortikosteroiden soll angemessen eingegangen werden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Aufgrund des Profils unerwünschter Arzneimittelwirkungen von TCS sollen TCI in Problemarealen (Gesicht, intertriginöse Bereiche, Anogenitalbereich), als bevorzugte Langzeittherapie eingesetzt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
TCI sollen bei Nichtansprechen oder Kontraindikationen der TCS eingesetzt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Eine proaktive Therapie (i.d.R. zweimal wöchentlich) mit einem geeigneten TCS oder einem geeigneten TCI (siehe Hintergrundtext) soll bedarfsgerecht durchgeführt werden, um das Rezidivrisiko zu verringern.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert

Antimikrobielle Therapie

Die zusätzliche Behandlung mit topischen Antiseptika sollte bei Patient:innen mit AD mit evidenter Superinfektion erfolgen.	↑	Starker Konsens konsensbasiert
Bei Patient:innen mit AD mit großflächigen superinfizierten Läsionen soll eine systemische Antibiotikatherapie erfolgen.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Die Anwendung von topischen Antibiotika soll bei AD nicht erfolgen, da die Gefahr einer Resistenzentwicklung und einer Sensibilisierung besteht.	↓↓	Starker Konsens konsensbasiert
Das Eczema herpeticatum soll umgehend mit einer systemischen antiviralen Therapie behandelt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Eine topische oder systemische antimykotische Therapie sollte bei Patient:innen mit AD insbesondere bei der „Head and Neck“-Variante der AD durchgeführt werden.	↑	Starker Konsens konsensbasiert

Zur antipruriginösen Behandlung sollen antiinflammatorische topische und systemtherapeutische Behandlungen bedarfsgerecht eingesetzt werden.	↑↑	Konsens konsensbasiert
Die zusätzliche Verwendung von Polidocanol kann zur Juckreizbehandlung bei AD erwogen werden .	0	Starker Konsens konsensbasiert
Topische Antihistaminika sollen nicht zur Juckreizbehandlung bei AD eingesetzt werden.	↓↓	Starker Konsens konsensbasiert
Eine UV-Therapie (sowohl Schmalband-UVB als auch UVA1) sollte insbesondere bei Erwachsenen zur Juckreizbehandlung bei AD zeitlich befristet eingesetzt werden und auch erwogen werden, wenn wenig entzündliche Manifestationen vorliegen.	↑	Konsens konsensbasiert
Systemische Antihistaminika der ersten oder zweiten Generation sollen nicht als Langzeitbehandlung gegen Juckreiz bei AD verwendet werden.	↓↓	Starker Konsens konsensbasiert
Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer sollten nicht zur Behandlung von Juckreiz bei AD verwendet werden.	↓	Starker Konsens konsensbasiert
Bei erwachsenen Patient:innen mit AD mit Depression oder Angsterkrankungen kann der Einsatz von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern als Zweit- oder Drittlinientherapie bei chronischem Juckreiz erwogen werden .	0	

Einleitung Systemtherapie

Bei manifesten entzündlichen Läsionen **soll** die Systemtherapie mit einer topischen antientzündlichen Behandlung kombiniert werden

↑↑

Starker Konsens
konsensbasiert

Kurzzeittherapie mit systemischen Kortikosteroiden

Systemische Glukokortikosteroide **sollten** bei Patient:innen mit AD ausschließlich als Kurzzeittherapie („Rescue-Therapie“) bei akuten Schüben bis maximal 3 Wochen eingesetzt werden.

↑

Starker Konsens
konsensbasiert

Eine Langzeitbehandlung mit systemischen Glukokortikosteroiden **soll** bei Patient:innen mit AD **nicht** erfolgen.

↓↓

Starker Konsens
konsensbasiert

Intervalltherapie mit Ciclosporin

Ciclosporin kann bei erwachsenen Patient:innen mit AD, für die eine systemische Behandlung in Frage kommt, als Intervalltherapie zur Krankheitskontrolle erwogen werden .	0	Starker Konsens evidenz- und konsensusbasiert
Bei Einsatz von Ciclosporin bei der Indikation AD soll das Verhältnis von zu erwartetem Nutzen zu Risiken vor dem Hintergrund therapeutischer Alternativen individuell geprüft werden.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Ciclosporin soll nicht in Kombination mit UV-Therapien eingesetzt werden.	↓↓	Starker Konsens konsensbasiert
Zu Beginn sollen höhere Ciclosporin-Dosierungen (bis zu 5mg/kg KG) eingesetzt werden, um ein schnelleres Ansprechen zu erreichen.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Bei gutem Ansprechen soll eine Therapieunterbrechung nach 4-6 Monaten erfolgen.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert
Eine Therapie bei schwer verlaufender AD kann (bei guter Verträglichkeit) über einen längeren Zeitraum als 6 Monate erwogen werden .	0	
Eine engmaschige Verlaufskontrolle des Blutdrucks sowie der Nierenfunktionsparameter soll bei Patient:innen mit AD, die mit Ciclosporin behandelt werden, erfolgen.	↑↑	Starker Konsens konsensbasiert

Intervall- oder Langzeittherapie mit Biologika - Dupilumab

Dupilumab soll bei Kindern und Erwachsenen mit moderater bis schwerer AD, für die eine systemische Therapie in Frage kommt, eingesetzt werden.	↑↑	Starker Konsens evidenz- und konsensusbasiert
Dupilumab soll bei AD als Langzeittherapie eingesetzt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert
Dupilumab soll insbesondere bei Patient:innen mit AD, für die eine systemische Therapie in Frage kommt, und gleichzeitig bestehendem Asthma bronchiale, gleichzeitig bestehender chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen, gleichzeitig bestehender Prurigo nodularis oder gleichzeitig bestehender eosinophiler Ösophagitis eingesetzt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert

Intervall- oder Langzeittherapie mit Biologika - Tralokinumab

Tralokinumab soll bei Kindern ab einem Lebensalter von 12 Jahren und bei erwachsenen Patient:innen mit moderater bis schwerer AD, für die eine systemische Therapie in Frage kommt, eingesetzt werden.	↑↑	Starker Konsens evidenz- und konsensusbasiert
Die Dosierungsfrequenz von Tralokinumab soll bei Ansprechen auf die Therapie nach 16 Wochen von 14-täglich auf 28-täglich reduziert werden. Im weiteren Verlauf soll die Dosierungsfrequenz (14- oder 28-täglich) der klinischen Ausprägung angepasst werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert
Tralokinumab soll bei AD als Langzeittherapie eingesetzt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert

Intervall- oder Langzeittherapie mit JAK-Inhibitoren

Die Behandlung der AD mit JAK-Inhibitoren ist für die Langzeittherapie zugelassen, sollte aber bei besonderen Verlaufsformen (z.B. bei vornehmlich saisonalen Verschlechterungen) auch als Intervalltherapie eingesetzt werden.	↑	Starker Konsens konsensusbasiert
Vor dem Einsatz von JAK-Inhibitoren soll ein Screening und im Verlauf ein Monitoring durchgeführt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert
Vor Einsatz von JAK-Inhibitoren soll das individuelle Risiko schwerer Infektionen sorgfältig ermittelt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert
JAK-Inhibitoren sollen nicht bei vorbekannten thromboembolischen Ereignissen oder genetisch bedingten erhöhten Thromboserisiken eingesetzt werden.	↓↓	Starker Konsens konsensusbasiert

Intervall- oder Langzeittherapie mit JAK-Inhibitoren - Abrocitinib

Abrocitinib soll bei erwachsenen Patient:innen mit moderat bis schwerer AD, für die eine systemische Therapie in Frage kommt, eingesetzt werden.	↑↑	
Die Behandlung mit Abrocitinib soll bei schwerer AD nach Ausschluss von Kontraindikationen bei Patient:innen im Alter bis einschließlich 64 Jahren in der höheren für diese Indikation zugelassenen Dosierung begonnen werden. Nach Ansprechen auf die Therapie soll die Dosierung dem klinischen Verlauf angepasst werden.	↑↑	Starker Konsens Evidenz- und konsensusbasiert

Intervall- oder Langzeittherapie mit JAK-Inhibitoren - Baricitinib

Baricitinib soll bei erwachsenen Patient:innen mit moderater bis schwerer AD, für die eine systemische Therapie in Frage kommt, eingesetzt werden.	↑↑	Starker Konsens evidenz- und konsensusbasiert
Die Behandlung mit Baricitinib soll bei schwerer AD nach Ausschluss von Kontraindikationen bei Patient:innen im Alter bis einschließlich 64 Jahren in der höheren für diese Indikation zugelassenen Dosierung begonnen werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert
Nach Ansprechen auf die Therapie kann eine Dosisreduktion entsprechend der individuellen Nutzen-/Risikoabwägung und dem klinischen Verlauf erwogen werden .	0	
Baricitinib soll insbesondere bei Patient:innen mit AD, für die eine systemische Therapie in Frage kommt, und bei gleichzeitig bestehender Alopezia areata oder bei gleichzeitig bestehender rheumatoider Arthritis eingesetzt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert

Intervall- oder Langzeittherapie mit JAK-Inhibitoren - Upadacitinib

Upadacitinib soll bei Kindern ab einem Lebensalter von 12 Jahren und Erwachsenen mit moderater bis schwerer AD, für die eine systemische Therapie in Frage kommt, eingesetzt werden.	↑↑	Starker Konsens evidenz- und konsensusbasiert
Die Behandlung mit Upadacitinib soll in der Altersgruppe 18 bis einschließlich 64 Jahre bei schwerer AD nach Ausschluss von Kontraindikationen in der höheren für diese Indikation zugelassenen Dosierung begonnen werden. Nach Ansprechen auf die Therapie soll die Dosierung dem klinischen Verlauf angepasst werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert
Upadacitinib soll insbesondere bei Patient:innen mit AD, für die eine systemische Therapie in Frage kommt, und bei gleichzeitig bestehender rheumatoider Arthritis, Psoriasis-Arthritis, Colitis ulcerosa oder ankylosierender Spondylitis eingesetzt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert

Off-label Therapie - Azathioprin

Azathioprin kann zur Therapie der chronischen, schweren AD im Erwachsenenalter erwogen werden , wenn für die AD zugelassene Medikamente nicht wirksam oder kontraindiziert sind (off-label).	0	Starker Konsens evidenz- und konsensusbasiert
Azathioprin soll nicht in Kombination mit UV-Therapien eingesetzt werden.	↓↓	Mehrheitliche Zustimmung konsensusbasiert

Off-label Therapie - Mycophenolat-Mofetil

Mycophenolat-Mofetil/Mycophenolsäure kann bei Patient:innen mit AD, für die eine systemische Behandlung in Frage kommt, erwogen werden , wenn für die AD zugelassene Substanzen nicht wirksam oder kontraindiziert sind (off-label).	0	Starker Konsens konsensusbasiert
--	---	-------------------------------------

Off-label Therapie - Methotrexat

Methotrexat sollte bei Patient:innen mit AD, für die eine systemische Behandlung in Frage kommt, eingesetzt werden, wenn für die AD zugelassene Substanzen nicht wirksam oder kontraindiziert sind (off-label).	↑	Mehrheitliche Zustimmung evidenz- und konsensusbasiert
--	---	--

Off-label Therapie - Alitretinoin

Die Behandlung mit Alitretinoin sollte bei erwachsenen Patient:innen mit AD mit schwerem <i>chronischem Handekzem</i> , für die eine systemische Behandlung in Frage kommt, unter Berücksichtigung der Teratogenität, erfolgen.	↑	Starker Konsens konsensusbasiert
--	---	----------------------------------

Omalizumab

Omalizumab soll nicht zur Behandlung der AD eingesetzt werden.	↓↓	Starker Konsens konsensusbasiert
---	----	----------------------------------

Schmalspektrum-UVB und mittlere Dosen von UVA1 sollten bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer AD mit max. 2 Therapiezyklen pro Jahr eingesetzt werden.	↑	Konsens konsensusbasiert
Die Anwendung von Schmalspektrum-UVB oder UVA1 kann bei Kindern und Jugendlichen nach Beurteilung des Hauttyps (siehe Hintergrundtext) erwogen werden . Häufige oder langwierige Behandlungszyklen sollten vermieden werden.	0	Konsens konsensusbasiert
Andere Phototherapiemodalitäten (UVAB, BB-UVB, UVA) sollten nur als zweite Wahl betrachtet werden.	↑	Konsens konsensusbasiert
Eine Balneophototherapie kann bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer AD erwogen werden .	0	Konsens konsensusbasiert
PUVA-Therapie kann erwogen werden , wenn frühere Behandlungszyklen mit anderen Phototherapien unwirksam waren und zugleich zugelassene medikamentöse Behandlungen kontraindiziert oder unwirksam sind oder Nebenwirkungen verursacht haben.	0	Starker Konsens konsensusbasiert

<p>Während der Phototherapie sollte eine Begleitbehandlung mit topischen Emollienzien erfolgen.</p>	↑	<p>Starker Konsens konsensusbasiert</p>
<p>Bei Patient:innen mit AD mit Hautkrebs in der Vorgeschichte oder mit erhöhtem Hautkrebsrisiko (einschließlich lichtgeschädigter Haut) sowie bei Patient:innen, die systemische Immunsuppressiva erhalten, soll in der Regel keine Phototherapie erfolgen.</p>	↓↓	<p>Konsens konsensusbasiert</p>

Psychoedukative Programme mit nachgewiesener Wirksamkeit sollen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit AD bedarfsgerecht eingesetzt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert
Die Teilnahme an einer strukturierten interdisziplinären Schulung für Sorgeberechtigte mit Kindern in der Altersgruppe bis 7 Jahre sowie für Kinder (8-12 Jahre) mit AD und deren Sorgeberechtigte und für Patient:innen ≥13 Jahre nach dem Curriculum der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung (AGNES) e.V. und für Erwachsene nach dem Curriculum der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung für Erwachsene (ARNE) mit chronischer bzw. chronisch rezidivierender AD soll empfohlen werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert
Über psychotherapeutische Maßnahmen zur Krankheitsbewältigung sollte informiert werden.	↑	Starker Konsens konsensusbasiert
Bei Verdacht auf oder Vorliegen einer psychischen Komorbidität soll eine Leitlinien-gerechte Diagnostik und gegebenenfalls Behandlung entsprechend der psychopathologischen Diagnose veranlasst werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert

<p>Individuelle diätetische Triggerfaktoren sollen bei mittelschwerer und schwerer AD identifiziert werden, um diese mit dem Ziel einer verlängerten Remission oder Clearance meiden zu können.</p>	<p>↑↑</p>	<p>Konsens konsensusbasiert</p>
<p><u>IgE-vermittelte Nahrungsmittelallergie (Sofortreaktion):</u></p> <p>Bei Patient:innen mit AD mit einer Vorgeschichte mit nahrungsmittelinduzierten Sofortsymptomen sollen diagnostische Verfahren zur Abklärung einer IgE-vermittelten Nahrungsmittelallergie (nahrungsmittelspezifisches IgE und/oder SPT, diagnostische Eliminationsdiäten und Provokationstests) durchgeführt werden.</p>	<p>↑↑</p>	
<p><u>IgE-vermittelte Nahrungsmittelallergie (Sofortreaktion) plus nahrungsmittelinduzierte AD, verzögerte Überempfindlichkeit (delayed hypersensitivity):</u></p> <p>Bei Patient:innen mit AD mit einer Vorgeschichte mit nahrungsmittelbedingten Symptomen, einschließlich einer Verschlimmerung der AD sollen diagnostische Verfahren zur Abklärung kombinierter Reaktionen auf Nahrungsmittel (Sofortreaktionen plus nahrungsmittelbedingtes Ekzem (nahrungsmittelspezifische IgE und/oder SPT, diagnostische Eliminationsdiäten und Provokationstests) eingesetzt werden.</p>	<p>↑↑</p>	<p>Konsens konsensusbasiert</p>
<p><u>Vorgeschichte oder Verdacht auf nahrungsmittelinduzierte AD, verzögerte Überempfindlichkeit (delayed hypersensitivity):</u></p> <p>Bei Patient:innen mit mittelschwerer bis schwerer AD und mit einer Vorgeschichte oder einem Verdacht auf nahrungsmittelgetriggerte AD sollten diagnostische Verfahren zur Abklärung von Nahrungsmitteln als Triggerfaktoren der AD (nahrungsmittelspezifische IgE und/oder SPT, Eliminationsdiäten und Provokationstests) durchgeführt werden.</p>	<p>↑</p>	

Bei klinisch relevanter und diagnostisch gesicherter Nahrungsmittelallergie soll bei Patient:innen mit AD eine therapeutische Eliminationsdiät durchgeführt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert
Eine erneute Beurteilung der IgE-vermittelten Nahrungsmittelallergie soll bei Kindern in Abhängigkeit von Anamnese, Diagnostik und des auslösenden Nahrungsmittels erfolgen.	↑↑	Konsens konsensusbasiert
Zur Behandlung der AD sollen allgemeine diätetische Maßnahmen (z. B. Nahrungsergänzungsmittel, genereller Verzicht auf bestimmte Nahrungsmittel wie Kuhmilch, Gluten) nicht eingesetzt werden.	↓↓	Starker Konsens konsensusbasiert
Im Falle einer Nahrungsmittelallergie soll eine Beratung durch eine allergologisch geschulte Ernährungsfachkraft erfolgen, um eine ausgewogene Ernährung bei therapeutischer Eliminationsdiät zu gewährleisten und Diätfehler zu vermeiden.	↑↑	Konsens konsensusbasiert
Vitamine sollen für das Management der AD nicht eingesetzt werden.	↓↓	Konsens konsensusbasiert

Bei Indikation für eine AIT aufgrund einer Inhalationsallergie **soll** die AIT auch bei gleichzeitig bestehender AD erfolgen.



Starker Konsens
konsensusbasiert

Akupunktur soll nicht zur Therapie bei AD eingesetzt werden.	↓↓	Konsens konsensusbasiert
Phytotherapie soll nicht zur Therapie bei AD eingesetzt werden.	↓↓	Konsens konsensusbasiert
Autologes Serum soll nicht zur Therapie bei AD eingesetzt werden.	↓↓	Starker Konsens konsensusbasiert
Chinesische Kräutermedizin soll nicht zur Therapie bei AD eingesetzt werden.	↓↓	Konsens konsensusbasiert

Patient:innen mit AD sollen ganzheitlich behandelt werden; neben der erkrankten Haut selbst sollen die Belastungen durch die Hautkrankheit berücksichtigt werden.	↑↑	Konsens konsensusbasiert
Beim Management der AD sollen der Lebensstil, die Präferenzen und die Überzeugungen der Patient:innen bezogen auf deren Erkrankung berücksichtigt werden.	↑↑	Konsens konsensusbasiert
Patient:innen mit AD mit nicht-dermatologischer Komorbidität sollen interdisziplinär behandelt werden.	↑↑	Konsens konsensusbasiert
Behandler:innen sollen mit ausreichendem Zeitumfang Patient:innen oder deren Pflegepersonen in laienverständlicher Sprache in der Behandlung und im Management der AD schulen.	↑↑	Konsens konsensusbasiert
Patient:innen mit AD beziehungsweise Pflegepersonen sollen Kenntnisse, Fertigkeiten, Ressourcen und Unterstützung erhalten, um die Erkrankung eigenständig zu Hause behandeln zu können und deren Auswirkungen auf ihr Leben bewältigen zu können.	↑↑	Konsens konsensusbasiert

Bei Frauen mit AD sollen in der Schwangerschaft TCS Klasse II oder III eingesetzt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert
Bei Frauen mit AD sollen in der Schwangerschaft in sensitiven Arealen vorzugsweise TCI eingesetzt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert
Bei schwangeren Frauen mit AD, bei denen topische Therapien unzureichend sind, soll eine UV-Therapie mit Schmalspektrum-UVB (311 nm) oder UVA1, oder sofern diese nicht verfügbar sind, Breitspektrum-UVB eingesetzt werden.	↑↑	Konsens konsensusbasiert
Bei schwangeren Frauen mit AD, für die eine systemische Behandlung in Frage kommt, sollte die Verwendung von Ciclosporin erwogen werden (off-label).	↑	Starker Konsens konsensusbasiert
Bei schwangeren Frauen mit AD soll keine Langzeittherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden erfolgen - dies gilt gleichermaßen für alle Patient:innen mit AD.	↓↓	Starker Konsens konsensusbasiert
JAK Inhibitoren, Methotrexat und Mycophenolat-Mofetil sollen nicht während der Schwangerschaft angewendet werden.	↓↓	Starker Konsens konsensusbasiert
Dupilumab und Tralokinumab sollen aufgrund mangelnder Erfahrung nicht während der Schwangerschaft angewendet werden.	↓↓	Starker Konsens konsensusbasiert

Bei stillenden Frauen mit AD sollen TCS Klasse II oder III eingesetzt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert
Bei stillenden Frauen mit AD sollen in sensitiven Arealen vorzugsweise TCI eingesetzt werden.	↑↑	
Bei stillenden Frauen mit AD sollte Prednisolon nur als kurzzeitige Rescue-Therapie bei akuten Schüben erwogen werden.	↑	Starker Konsens konsensusbasiert
Bei stillenden Frauen mit AD sollten Methotrexat, JAK Inhibitoren, Mycophenolat-Mofetil oder Azathioprin nicht eingesetzt werden.	↓	Starker Konsens konsensusbasiert
Bei stillenden Frauen mit AD sollten Dupilumab oder Tralokinumab nicht eingesetzt werden, da aktuell keine klinischen Daten vorliegen.	↓	Starker Konsens konsensusbasiert

Jugendliche und Erwachsene mit AD sollen über das erhöhte Risiko zur Entwicklung von beruflich bedingten (Hand)-Ekzemen, zum prophylaktischen Hautschutz und zur Meidung von Irritantien/Kontaktallergenen aufgeklärt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert
Falls im Rahmen einer AD im Jugendalter bereits ein Handekzem aufgetreten ist, sollte die Aufnahme von Feuchtberufen nicht empfohlen werden.	↓	Konsens konsensusbasiert
Im Vorfeld einer Beschäftigung soll eine individuelle Beratung zur Berufswahl, einschließlich Risikobewertung, Vermeidungsstrategien und Schutzmaßnahmen, durchgeführt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert
Potentielle berufliche Auslösefaktoren der AD sollen reduziert werden. Im Rahmen der Prävention sollen Hautschutzmaßnahmen durchgeführt werden.	↑↑	Starker Konsens konsensusbasiert
Bei Verdacht auf ein beruflich bedingtes Handekzem mit arbeitskongruentem Verlauf soll Patient:innen mit AD empfohlen werden, ein Hautarztverfahren nach §3BeKV einzuleiten, um die sekundär- und tertiärpräventiven Angebote der DGUV in Anspruch nehmen zu können.	↑↑	Konsens konsensusbasiert

Versionsnummer: 4.1

Erstveröffentlichung: 07/2002

Überarbeitung von: 06/2023

Nächste Überprüfung geplant: 06/2028

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online