

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

AWMF-Register	Nr.013-104	Klasse:	S3
----------------------	-------------------	----------------	-----------

Diagnostik und Therapie des kreisrunden Haarausfalls (Alopecia areata) bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Patientenleitlinie



ALOPECIA AREATA
DEUTSCHLAND E. V.



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

Version 1.1

24.02.2026

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF22016 (S3 LL AA) gefördert.

Diese Informationen basieren auf den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Alopecia Areata“ (AWMF-Registernummer 013-104) und wurden von derselben Leitliniengruppe erstellt und konsentiert.

Interessenerklärungen der Autoren und Interessenkonfliktmanagement befinden sich im Leitlinienreport und in der Langversion der Leitlinie

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-104>

Beteiligte Organisationen und Entwicklung

Die folgenden Fachgesellschaften und Organisationen beteiligen sich durch Mandatierung von Mitgliedern an der aktiven Entwicklung der Leitlinie:

- Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
- Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Dermatologie der DDG
- Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
- Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV)
- Alopecia areata e.V. (AAD)

Tabelle 1: Mandatstragende und beteiligte Fachgesellschaften

Mandatstragende	Fachgesellschaft/Organisation
Prof. Dr. Ulrike Blume-Peytavi	Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
Prof. Dr. Annika Vogt	DDG, AG Pädiatrische Dermatologie
Prof. Dr. Michael Sticherling	Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
Prof. Dr. Pia Freyschmitt-Paul (ausgeschieden Ende Februar 2024)	Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
Prof. Dr. Uwe Gieler	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM)
Dr. Uwe Schwichtenberg	Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD)
Prof. Dr. Adrian Tanew (Seit März 2024)	Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV)
Prof. Dr. Hermann Girschick	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

André Märtens	Friseur, externer Berater, Berlin
Kerstin Zienert	Alopecia areata e.V. (AAD) Patientenvertreterin
Claudia Stenders (Stellvertreterin)	Alopecia areata e.V. (AAD) Patientenvertreterin

Neben der Mandatstragenden der beteiligten Fachgesellschaften waren als Patientenvertreterinnen Frau Kerstin Zienert und Frau Claudia Stenders, beide vom AAD e.V. an der Erstellung der Leitlinie aktiv beteiligt.

Die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen Dr. Andria Constantinou (Ärztin in Weiterbildung Dermatologie), Dr. Tsenka Tomova-Simitchieva (Ärztin in Weiterbildung Dermatologie) und Dr. Doris Wilborn (Pflegerwissenschaftlerin), alle Charité Universitätsmedizin Berlin, waren für die Literatursuche, die kritische Bewertung, Erstellung von Evidenztabelle und die Erstellung der Hintergrundtexte sowie der Erstellung des Leitlinienreports, der Patientenleitlinie und von weiterem Material zur Leitlinie verantwortlich. Frau Naame El-Hassan, Charité Universitätsmedizin Berlin, (Ärztin in Fachausbildung Dermatologie) war Co-Autorin der Patientenleitlinie.

Die Entwicklung der S3 Leitlinie folgte dem Regelwerk der AWMF Version 2.0 von 2020 (1) und Version 2.1 von 2023 (2). Im Wesentlichen basiert die Erstellung der Leitlinie auf einer systematischen Literatursuche und -Bewertung, der Erstellung der Hintergrundtexte basierend auf der Literaturbewertung und der systematischen Entwicklung und Verabschiedung der Empfehlungen mittels strukturiertem Konsensusprozess. Die Details der Entwicklung sind im Leitlinienreport zur Leitlinie beschrieben. Die Patientenleitlinie wurde mit der Projektleitung Frau Prof. Blume-Peytavi abgestimmt und der Leitliniengruppe vor der Publikation zur Kenntnisnahme versendet.

Die Gliederung der Patientenleitlinie folgt der Empfehlung von AWMF, dem ÄZQ und dem Leitlinienprogramm Onkologie der DGK von 2016 (3).

Inhaltsverzeichnis

BETEILIGTE ORGANISATIONEN UND ENTWICKLUNG	2
Tabelle 1: Mandatstragende und beteiligte Fachgesellschaften	2
INHALTSVERZEICHNIS	4
EINFÜHRUNG	6
ZUSAMMENFASSUNG	11
Tabelle 2: Übersicht über alle Empfehlungen nach Wirkstoff – Topische Therapie	13
Tabelle 3: Übersicht über alle Empfehlungen nach Wirkstoff – Systemische Therapie Fehler! Textmarke nicht definiert.	
Allgemeine Therapiegrundsätze zu Kortikosteroiden	16
Tabelle 3 Übersicht über alle Empfehlungen nach Wirkstoff – Systemische Therapie	17
Allgemeine Therapiegrundsätze zur systemischen Therapie	19
HINTERGRUNDWISSEN	21
EPIDEMIOLOGIE	23
DIAGNOSTIK, THERAPIE UND UNTERSTÜTZENDE ANGEBOTE	24
VERSORGUNGSSTRUKTUREN	31
ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION	33
HINWEISE ZUM SELBSTMANAGEMENT	34
Tabelle 4 Haarersatz bzw. Alternative Kopfbedeckungen	35
Tabelle 5 Wimpern- und Augenbrauenersatz	37
IHR GUTES RECHT	38
UNTERSTÜTZUNG UND HILFEN	39
QUELLEN	41
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	42
Tabelle 6 Abkürzungsverzeichnis	42

EINFÜHRUNG

Was diese Patientenleitlinie bietet

Zielgruppe

Diese Patientenleitlinie richtet sich an alle Personen, bei denen ein Verdacht auf die Erkrankung des kreisrunden Haarausfalls besteht oder dieser schon diagnostiziert wurde. Mit Personen sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene gemeint. Selbstverständlich richtet sich die Leitlinie darüber hinaus auch an die Familien und/oder Bezugspersonen der erkrankten Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen, insbesondere an die Eltern der Kinder und Jugendlichen.



Diese Broschüre kann das Gespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt nicht ersetzen. Sie finden hier jedoch zusätzliche Informationen, Hinweise und Hilfsangebote, die Sie im Arztgespräch und im Alltag unterstützen können.

Liebe Leserin, lieber Leser,

vielleicht haben Sie bei sich eine Stelle auf dem Kopf oder an einer anderen Körperstelle entdeckt, wo Sie umschriebenen Haarausfall bemerken, ein Arzt hat den Verdacht auf die Erkrankung des sogenannten kreisrunden Haarausfalls geäußert oder diese Erkrankung wurde bei Ihnen nachgewiesen. Wir sprechen in dieser Patientenleitlinie vom kreisrunden Haarausfall, der medizinische Fachbegriff ist Alopecia Areata und wird mit AA abgekürzt. An etlichen Stellen in der Leitlinie finden Sie daher oftmals nur die Abkürzung AA. Der kreisrunde Haarausfall ist eine Erkrankung, die möglicherweise eine schwere Belastung für Sie ist oder werden kann. In dieser Patientenleitlinie finden Sie Informationen, die Ihnen helfen können, Ihre Situation besser zu verstehen, einzuschätzen und zu bewältigen. Sie erfahren, wie der kreisrunde Haarausfall entsteht, wie er festgestellt und behandelt wird und welche Unterstützungsangebote für Sie existieren.



Wir möchten Dich/Sie mit dieser Patientenleitlinie

- mit dem Aufbau und der Funktion des erkrankten Haarfollikels vertraut machen;
- Dich/Sie über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse informieren;
- Dich/Sie darin unterstützen, im Gespräch mit Deinem/Ihrem Arzt hilfreiche Fragen zu stellen;
- Dich/Sie auf Beratungs- und Unterstützungsangebote hinweisen.

Warum Sie sich auf die Aussagen dieser Patientenleitlinie verlassen können

Grundlage für diese Patientenleitlinie ist die S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Alopecia areata“. Diese Leitlinie enthält Handlungsempfehlungen für Dermatologinnen und Dermatologen, Kinderärztinnen und Kinderärzten, die an der medizinischen Versorgung von Menschen mit Verdacht auf oder einem bestehenden kreisrunden Haarausfall beteiligt sind. Darüber hinaus richtet sie sich an Friseure, Erzieherinnen/Erzieher und Lehrerinnen/Lehrer, weil sie unmittelbar und regelmäßig mit erkrankten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen Umgang haben.

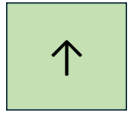
Weitere Adressaten der S3-Leitlinie sind: medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften, Berufsverbände und Selbsthilfegruppen



Eine Leitlinie ist eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe für Ärztinnen und Ärzte. Die Handlungsempfehlungen stützen sich auf das beste derzeit verfügbare medizinische Wissen. Dennoch ist eine Leitlinie keine Zwangsvorgabe. Jeder Mensch hat seine eigene Erkrankung, seine Krankengeschichte und eigene Wünsche und Empfindungen/Belastungen. In begründeten Fällen kann die Ärztin oder der Arzt von den Empfehlungen einer Leitlinie abweichen.

Mehrere medizinische Fachgesellschaften haben unter Beteiligung von Patientenvertreterinnen die S3 Leitlinie erstellt. Sie wurde finanziell durch das Förderprogramm des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss vom 01.01.2023 bis 30.06.2025 gefördert. Alle beteiligten Organisationen sind auf Seite 2 dieser Patientenleitlinie aufgeführt. Die Empfehlungen der S3 Leitlinie sind für Experten formuliert und daher nicht für jede Person verständlich. In dieser Patientenleitlinie übersetzen wir die Handlungsempfehlungen in eine allgemeinverständliche Sprache. Die wissenschaftlichen Quellen, auf denen die Aussagen dieser Patientenleitlinie beruhen, sind in der Langversion der S3-Leitlinie aufgeführt und dort nachzulesen.

Jede Empfehlung oder Aussage hat in der Langversion dabei eine eigene Nummer, wie z. B. E 17

	Empfehlung	Empfehlungsstärke
E17	Zur Diagnosestellung einer AA sollte bei jeder Patientin/jedem Patienten mit Verdacht auf eine AA eine dermatoskopische Untersuchung der alopezischen Areale durchgeführt werden.	
	Starker Konsens	Konsensbasiert

Unter der Empfehlung wird gezeigt, wie hoch die Zustimmung der Leitliniengruppe zu der Empfehlung war, daneben steht, ob die Empfehlung auf der Übereinstimmung in der Leitliniengruppe basiert oder auf Aussagen aus der Literatur (evidenzbasiert). Der Pfeil ganz rechts in dem Kasten zeigt die Empfehlungsstärke. In dem folgenden Abschnitt werden die unterschiedlichen Empfehlungsstärken weiter beschrieben.

Die Langversion der S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Alopecia areata“ finden Sie kostenlos im Internet: z.B. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-104>.

Unter derselben Internetadresse ist auch der Leitlinienreport abrufbar. Darin wird der Entstehungsprozess der Leitlinie ausführlich beschrieben.

Bei der Erstellung der Langversion der Leitlinie haben Expertinnen und Experten aus der Dermatologie, der Pädiatrie und der Psychosomatik und Patientenvertreterinnen mitgewirkt. Sie alle haben eine Erklärung zu ihren Interessenkonflikten abgegeben, die in der Langversion zusammengefasst wurden und deren Umgang damit erläutert wurde.

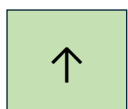
Eine Wissenschaft für sich – die Empfehlungen einer Leitlinie

Die Empfehlungen einer Leitlinie beruhen so weit wie möglich auf fundierten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Manche dieser Erkenntnisse sind eindeutig und durch aussagekräftige Studien abgesichert. Andere wurden in Studien beobachtet, die keine sehr zuverlässigen Ergebnisse liefern oder die nur auf eine ganz bestimmte Personengruppe übertragbar sind. Manchmal gibt es in unterschiedlichen Studien auch widersprüchliche Ergebnisse.

Alle Daten werden einer kritischen Bewertung durch die Expertengruppe unterzogen. Dabei geht es auch um die Frage: Wie bedeutsam ist ein Ergebnis aus Sicht der Betroffenen? Das Resultat dieser gemeinsamen Abwägung spiegelt sich in den Empfehlungen der Leitlinie wider: Je nach Datenlage und Einschätzung der Leitliniengruppe gibt es unterschiedlich starke Empfehlungen. Das drückt sich auch in der Sprache aus:

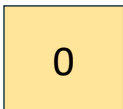


„soll“ (starke Empfehlung für eine Vorgehensweise): Wir sind der Auffassung, dass alle oder fast alle informierten Menschen diese Entscheidung treffen würden. Kliniker müssen sich weniger Zeit für den Prozess der Entscheidungsfindung mit dem Patienten nehmen. In den meisten klinischen Situationen kann die Empfehlung als allgemeine Vorgehensweise übernommen werden.



„sollte“ (Bedingte Empfehlung für eine Vorgehensweise): Wir sind der Auffassung, dass die meisten informierten

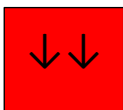
Menschen, ein substanzieller Anteil jedoch nicht, diese Entscheidung treffen würden. Kliniker und andere Anbieter von Gesundheitsleistungen müssen mehr Zeit aufwenden, um sicherzustellen, dass die Wahl des Verfahrens mitsamt der möglicherweise verbundenen Konsequenzen die Werte und Präferenzen des individuellen Patienten widerspiegelt. Entscheidungsprozesse im Gesundheitssystem erfordern eine tiefgehende Diskussion und die Einbeziehung vieler Stakeholder.



„kann“ (offene Empfehlung): Zurzeit kann eine Empfehlung für oder gegen eine bestimmte Vorgehensweise aufgrund bestimmter Gegebenheiten nicht getroffen werden (z.B. keine verfügbare Evidenz, unklares oder ungünstiges Nutzen-/Risiko-Verhältnis, etc.)



„sollte nicht“ (Bedingte Empfehlung gegen eine Vorgehensweise): Wir sind der Auffassung, dass die meisten informierten Menschen, ein substanzieller Anteil jedoch nicht, diese Entscheidung treffen würden.



„soll nicht“ (starke Empfehlung gegen eine Vorgehensweise): Wir sind der Auffassung, dass alle oder fast alle informierten Menschen diese Entscheidung treffen würden.

Manche Fragen sind für die Versorgung wichtig, wurden aber nicht in Studien untersucht. In solchen Fällen kann die Expertengruppe aufgrund ihrer eigenen Erfahrung gemeinsam ein bestimmtes Vorgehen empfehlen, das sich in der Praxis als hilfreich erwiesen hat. Das nennt man einen Expertenkonsens.

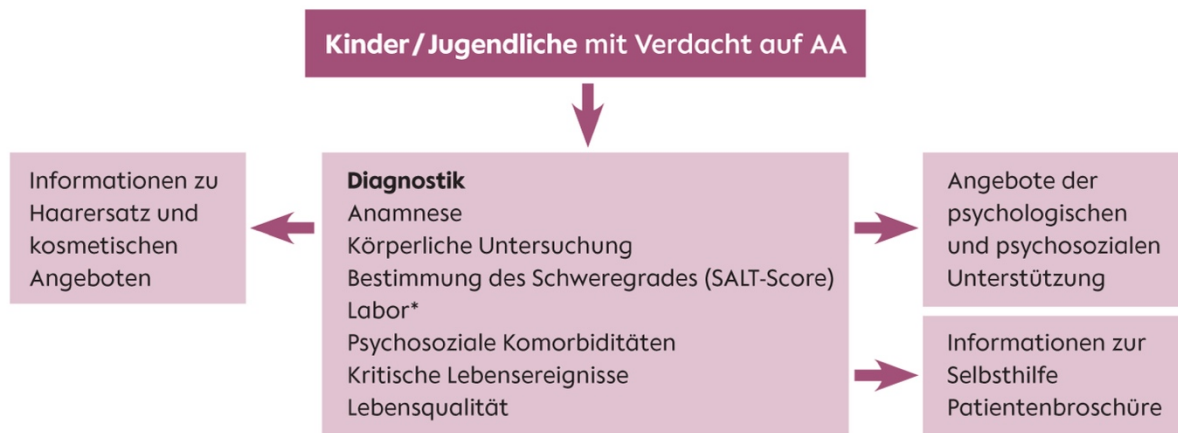
In dieser Patientenleitlinie haben wir diese Bezeichnungen beibehalten und mit den oben gezeigten Symbolen ausgewiesen. In den Tabellen 2 und 3, wo alle Behandlungsmöglichkeiten aufgelistet sind, finden Sie diese farblichen Symbole wieder. So können Sie erkennen, ob Ihre Ärztin/Ihr Arzt so oder so vorgehen *soll*, *sollte* oder *kann*. Damit geben wir genau den Empfehlungsgrad der Leitlinie wieder. In der Langversion haben wir detailliert ausgewiesen, wenn die Empfehlung auf Studiendaten basiert (evidenzbasiert). Beruht die Empfehlung nicht auf Studiendaten, sondern auf Expertenmeinung, haben wir unter der jeweiligen Empfehlung notiert, dass diese Empfehlung konsensbasiert entstanden ist.

HINWEIS

Diese Patientenleitlinie beinhaltet nur diagnostische und therapeutische Verfahren, die Gegenstand der Fachleitlinie sind. Allerdings wird letztere immer wieder aktualisiert. Die Langversion der Leitlinie hat eine Gültigkeit bis zum 17.09.2030. Fachleute prüfen, ob bestehende Aussagen noch gültig sind und ob die wissenschaftlichen Hinweise auf die Wirksamkeit neuer Verfahren oder Arzneimittel ausreichen, um sie zu empfehlen. Die Patientenleitlinie wird Änderungen nach einer Aktualisierung der Leitlinie übernehmen.

ZUSAMMENFASSUNG

Algorithmus in der Diagnostik und Therapie der Alopecia areata (AA)



Schweregrad AA	Therapie	Empfehlungsstärke: Angebot = soll / sollte Erwägung = kann
Mild/Moderat SALT-Score: 0–24 mild 25–49 moderat	Topisch	Angebot von topischen Kortikosteroiden als 1. Wahl**, bei Versagen: Erwägung von intraläsionalen Kortikosteroiden (nur bei Jugendlichen mit moderater Form)** Erwägung einer Kontakt-Immunotherapie (nur bei moderater Form)** Erwägung einer Reiztherapie** Erwägung von Minoxidil Lösung/Schaum** Erwägung von Calcineurin-Inhibitoren** Erwägung von Excimer Laser und Eximer Licht**
Schwer/Sehr Schwer SALT-Score: 50–74 schwer 75–100 sehr schwer	Topisch	Angebot von topischen Kortikosteroiden (nur bei schwerer Form) als 1. Wahl** Erwägung von topischen Kortikosteroiden (nur bei sehr schwerer Form) als 1. Wahl** Erwägung von Intraläsionalen Kortikosteroiden (nur bei Jugendlichen mit schwerer Form)** Erwägung einer Kontakt-Immunotherapie** Erwägung einer Reiztherapie** Erwägung von Calcineurin-Inhibitoren** Erwägung von Excimer Laser und Eximer Licht**
	Systemisch	Erwägung einer Therapie mit Kortikosteroiden, bevorzugt in Puls-Form** Erwägung einer Methotrexat-Therapie** Erwägung einer Cyclosporin A-Therapie (nur bei Jugendlichen)** , **** Erwägung einer systemischen Januskinase Inhibitoren-Therapie (JAK)***

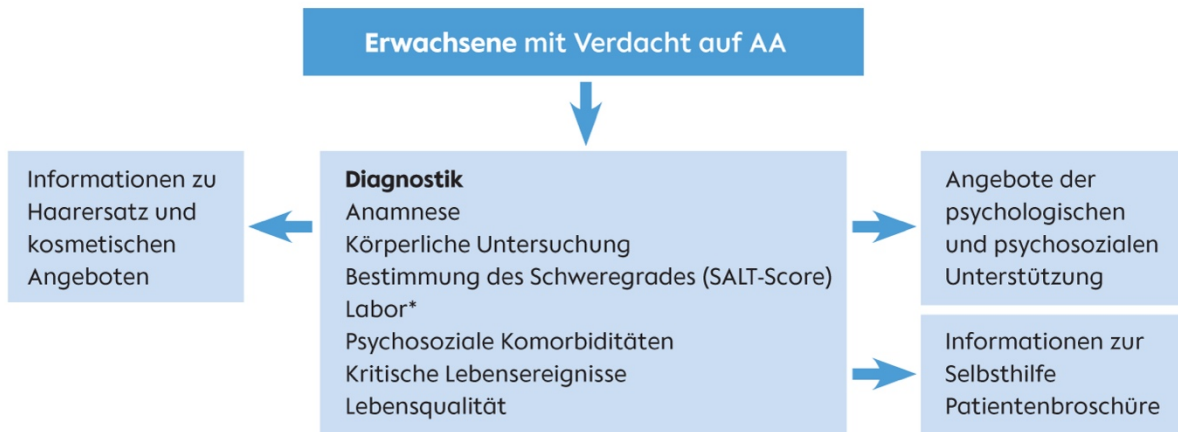
* DiffBB, Krea, ALT, TSH, fT3, fT4, TPO, ANA, 25-OH-Vit. D.

** Bis auf die JAK-Therapie erfolgen alle Therapieoptionen im Off-Label-Use.

*** Die systemische Therapie mit JAK-Inhibitoren kann Kindern und Jugendlichen mit schwerer und sehr schwerer AA bei entsprechender Zulassung in Hinblick auf die Altersgruppe angeboten werden.

**** Die systemische Therapie mit Cyclosporin A kann Jugendlichen mit einer schweren oder sehr schweren Form der AA mit rasch progredientem Verlauf für eine kurzzeitige Therapieintervention angeboten werden.

Algorithmus in der Diagnostik und Therapie der Alopecia areata (AA)



Schweregrad AA	Therapie	Empfehlungsstärke: Angebot = soll / sollte Erwägung = kann
Mild/Moderat SALT-Score: 0–24 mild 25–49 moderat	Topisch	Angebot von topischen Kortikosteroiden** Angebot von intraläsionalen Kortikosteroiden** Erwägung einer Kontakt-Immunotherapie (nur bei moderater Form)** Erwägung einer Reiztherapie** Erwägung von Minoxidil Lösung / Schaum** Erwägung von Excimer Laser und Excimer Licht**
	Systemisch	Erwägung einer Therapie mit Kortikosteroiden, bevorzugt in Puls-Form (nur bei moderater Form)** Erwägung einer Methotrexat-Therapie, ggf. in Kombination mit systemischen Kortikosteroiden (nur bei moderater Form)**
Schwer/ Sehr Schwer SALT-Score: 50–74 schwer 75–100 sehr schwer	Topisch	Angebot von topischen Kortikosteroiden (nur bei schwerer Form) als 1. Wahl** Erwägung von topischen Kortikosteroiden (nur bei sehr schwerer Form)** Erwägung von Intraläsionalen Kortikosteroiden (nur bei schwerer Form)** Erwägung einer Kontakt-Immunotherapie** Erwägung einer Reiztherapie** Erwägung von Calcineurin-Inhibitoren** Erwägung von Excimer Laser und Excimer Licht**
	Systemisch	Angebot einer Therapie mit Kortikosteroiden, bevorzugt in Puls-Form** Erwägung einer Methotrexat-Therapie, ggf. in Kombination mit systemischen Kortikosteroiden** Erwägung einer Cyclosporin A-Therapie**, *** Angebot einer systemischen Januskinase Inhibitoren-Therapie (JAK)

* DiffBB, Krea, ALT, TSH, fT3, fT4, TPO, ANA, 25-OH-Vit. D), wenn eine spezifische anamnestische und/oder klinische Indikation dafür besteht.

** Bis auf die JAK-Therapie erfolgen alle Therapieoptionen im Off-Label-Use.


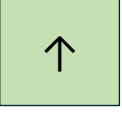
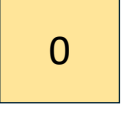
*** Die systemische Therapie mit Cyclosporin A kann Erwachsenen mit einer schweren oder sehr schweren Form der AA mit rasch progredientem Verlauf für eine kurzzeitige Therapieintervention angeboten werden.

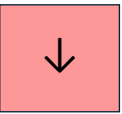
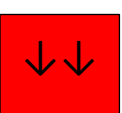
Tabelle 2: Übersicht über alle Empfehlungen nach Wirkstoff – Topische Therapie

Wirkstoff	Schweregrad SALT-Score	Kinder	Jugendliche	Erwachsene
Topische Applikation von Kortikosteroiden	Mild <25%	↑↑	↑↑	↑↑
	Moderat 25-49%	↑↑	↑↑	↑↑
	Schwer >50-75%	↑	↑↑	↑↑
	Sehr schwer 76% - 100%	0	0	0
	<i>Augenbrauen, Bart</i>	↑	↑	↑
Intraläsionale Applikation von Kortikosteroiden	Mild <25%	↓	↓	↑
	Moderat 25-49%	↓	0	↑
	Schwer >50-75%	↓	0	0
	Sehr schwer 76% - 100%	↓	↓	↓
	<i>Augenbrauen, Bart</i>	Keine Empfehlung	0*	0*
Kontakt-Immunotherapie (DCP/SADBE)	Mild <25%	↓↓	↓↓	↓↓
	Moderat 25-49%	0	0	0
	Schwer >50-75%	0	0	0
	Sehr schwer 76% - 100%	0	0	0
Reiztherapie mit Dithranol	Mild <25%	0	0	0
	Moderat 25-49%	0	0	0
	Schwer >50-75%	0	0	0
	Sehr schwer 76% - 100%	0	0	0
Minoxidil Lösung oder Schaum	Mild <25%	0	0	0
	Moderat 25-49%	0	0	0
	Schwer >50-75%	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung
	Sehr schwer 76% - 100%	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung
Calcineurin-Inhibitoren	Mild <25%	0	0	Keine Empfehlung
	Moderat 25-49%	0	0	Keine Empfehlung
	Schwer >50-75%	0	0	0

Calcineurin-Inhibitoren	Sehr schwer 76% - 100%	0	0	0
	Augenbrauen, Bart	↑	↑	↑
Prostaglandin F2α-Analoga	Mild <25%	↓↓	↓↓	Keine Empfehlung
	Moderat 25-49%	↓↓	↓↓	Keine Empfehlung
	Schwer >50-75%	↓↓	↓↓	Keine Empfehlung
	Sehr schwer 76% - 100%	↓↓	↓↓	Keine Empfehlung
	Wimpern	0	0	0
Thrombozytenreiches Plasma (PRP)	Mild <25%	↓↓	↓↓	Keine Empfehlung
	Moderat 25-49%	↓↓	↓↓	Keine Empfehlung
	Schwer >50-75%	↓↓	↓↓	Keine Empfehlung
	Sehr schwer 76% - 100%	↓↓	↓↓	Keine Empfehlung
JAK-Inhibitoren	Mild <25%	↓↓	↓↓	↓↓
	Moderat 25-49%	↓↓	↓↓	↓↓
	Schwer >50-75%	↓↓	↓↓	↓↓
	Sehr schwer 76% - 100%	↓↓	↓↓	↓↓
Excimer Laser und Excimer Licht	Mild <25%	0	0	0
	Moderat 25-49%	0	0	0
	Schwer >50-75%	0	0	0
	Sehr schwer 76% - 100%	0	0	0
UVA1 Phototherapie und Photochemotherapie (PUVA)	Mild <25%	↓	↓	↓
	Moderat 25-49%	↓	↓	↓
	Schwer >50-75%	↓	↓	↓
	Sehr schwer 76% - 100%	↓	↓	↓
*Angebot nur von in der Anwendung erfahrenen Ärztinnen und Ärzten				

Empfehlungsstärken

	Soll	starke Empfehlung für eine Vorgehensweise
	Sollte	bedingte Empfehlung für eine Vorgehensweise
	Kann	offene Empfehlung

	Sollte nicht	bedingte Empfehlung gegen eine Vorgehensweise
	Soll nicht	starke Empfehlung gegen eine Vorgehensweise

Allgemeine Therapiegrundsätze zu Kortikosteroiden




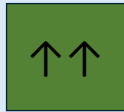



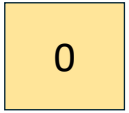
		Empfehlungsstärke
E1	Bei fehlendem Ansprechen sollte eine Behandlung mit topischen oder intraläsionalen Kortikosteroiden eine Behandlungsdauer von 3 Monaten nicht überschreiten.	
E2	Bei Therapieansprechen auf topische oder intraläsionale Kortikosteroide sollte diese Therapie individualisiert mit einer maximalen Anwendungsdauer von 12 Monaten fortgeführt werden.	
E3	Zur topischen Therapie der AA im Bereich der Kopfhaut mit Kortikosteroiden sollen bei Jugendlichen und Erwachsenen bevorzugt Substanzen der Wirkstoffklassen III-IV (nach Niedner) mit einem hohen therapeutischen Index angewandt werden.	
E4	Zur topischen Therapie der AA im Bereich der Kopfhaut mit Kortikosteroiden sollen bei Kindern bevorzugt Substanzen der Wirkstoffklassen II-III (nach Niedner) mit einem hohen therapeutischen Index angewandt werden.	
E5	Zur intraläsionalen Therapie der AA im Bereich der Kopfhaut mit Kortikosteroiden sollen 2,5 – 10mg/ml Triamcinolon Acetonid (0,1ml/cm ² , max. 100cm ² , streng intrakutan) angewandt werden.	
	Starker Konsens	Konsensbasiert


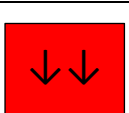
Tabelle 3 Übersicht über alle Empfehlungen nach Wirkstoff – Systemische Therapie

Wirkstoff	Schweregrad SALT-Score	Kinder	Jugendliche	Erwachsene
Puls-Therapie mit Kortikosteroiden	Mild <25%	↓	↓	↓
	Moderat 25-49%	↓	↓	0
	Schwer >50-75%	0	0	↑
	Sehr schwer 76% - 100%	0	0	↑
Methotrexat (MTX)	Mild <25%	↓	↓	↓
	Moderat 25-49%	↓	↓	0*
	Schwer >50-75%	0	0	0*
	Sehr schwer 76% - 100%	0	0	0*
Cyclosporin A	Mild <25%	↓↓	↓↓	↓↓
	Moderat 25-49%	↓↓	↓↓	↓↓
	Schwer >50-75%	↓↓	0**	0**
	Sehr schwer 76% - 100%	↓↓	0**	0**
Tumor-Nekrose-Faktor (TNF) α-Inhibitoren	Mild <25%	↓↓	↓↓	↓↓
	Moderat 25-49%	↓↓	↓↓	↓↓
	Schwer >50-75%	↓↓	↓↓	↓↓
	Sehr schwer 76% - 100%	↓↓	↓↓	↓↓
Monoklonale Antikörper, zum Beispiel Dupilumab	Mild <25%	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung
	Moderat 25-49%	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung
	Schwer >50-75%	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung
	Sehr schwer 76% - 100%	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung
Azathioprin	Mild <25%	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung
	Moderat 25-49%	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung


	Schwer >50-75%	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung
	Sehr schwer 76% - 100%	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung
Janus Kinase Inhibitoren (Baricitinib ≥18 Jahre, Ritlecitinib ≥12 Jahre, Stand 07/2025)	Mild <25%	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung
	Moderat 25-49%	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung	Keine Empfehlung
	Schwer >50-75%	0***	0***	↑
	Sehr schwer 76% - 100%	0***	0***	↑
Glycyrrhizin	Mild <25%	↓↓	↓↓	↓↓
	Moderat 25-49%	↓↓	↓↓	↓↓
	Schwer >50-75%	↓↓	↓↓	↓↓
	Sehr schwer 76% - 100%	↓↓	↓↓	↓↓
<p>*=Die systemische Therapie mit Methotrexat sollte Erwachsenen mit einer moderaten, schweren oder sehr schweren Form der AA als Kombinationstherapie mit systemischen Kortikosteroiden angeboten werde</p> <p>**= Die systemische Therapie mit Cyclosporin A kann Jugendlichen und Erwachsenen mit einer schweren oder sehr schweren Form der AA mit rasch progredientem Verlauf für eine kurzzeitige Therapieintervention angeboten werden.</p> <p>***= Die systemische Therapie mit JAK-Inhibitoren kann bei Kindern und Jugendlichen mit schwerer und sehr schwerer AA bei entsprechender Zulassung in Hinblick auf die Altersgruppe angeboten werden.</p> <p>Stand 07/2025: Für die Behandlung einer schweren Alopecia areata bei Erwachsenen (≥18. Lebensjahr) ist seit 20. Juni 2022 europaweit der JAK Inhibitor Baricitinib in einer Dosierung von 4mg/Tag zugelassen (1).</p> <p>Seit 15. September 2023 hat auch der JAK Inhibitor Ritlecitinib in einer Dosierung von 50mg/Tag eine EU-weite Zulassung für die Behandlung einer schweren Alopecia areata bei Jugendlichen und Erwachsenen (≥12. Lebensjahr) (2).</p> <p>Beide Medikamente sind laut Paragraph §34 Abs. 1 Satz 7 SBG V verordnungsfähig, aber nicht erstattungsfähig.</p>				

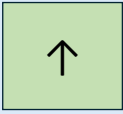
Empfehlungsstärken


	Soll	starke Empfehlung für eine Vorgehensweise
	Sollte	bedingte Empfehlung für eine Vorgehensweise
	Kann	offene Empfehlung


	Sollte nicht	bedingte Empfehlung gegen eine Vorgehensweise
	Soll nicht	starke Empfehlung gegen eine Vorgehensweise

Allgemeine Therapiegrundsätze zur systemischen Therapie

		Empfehlungsstärke
E6	Die Einleitung einer systemischen Therapie sollte bei Erwachsenen mit AA in den folgenden Situationen angeboten werden:	
	- Patientinnen und Patienten ab einer moderaten AA bei ausbleibendem Ansprechen topischer Therapieoptionen über 6 Monate	
	- Bei schwerer bis sehr schwerer AA, die länger als sechs Monate besteht	
	- Bei innerhalb von Tagen bis Wochen rasch progredienter AA	
	- Patientinnen und Patienten ab einer moderaten AA bei hohem Leidensdruck / ausgeprägter Einschränkung der Lebensqualität	
	- Bei AA mit schwerer Nagelbeteiligung	
	Starker Konsens	Konsensbasiert

	Die Einleitung einer systemischen Therapie sollte bei Jugendlichen mit AA in den folgenden Situationen angeboten werden:	
E7	- Ab einer moderaten AA mit hohem Leidensdruck / ausgeprägter Einschränkung der Lebensqualität bei ausbleibendem Ansprechen topischer Therapieoptionen über 6 Monate	
	- Bei schwerer bis sehr schwerer AA ab einem Bestehen länger als 6 Monate	
	- Bei innerhalb von Tagen bis Wochen rasch progredienter AA	
	Starker Konsens	Konsensbasiert

E8	Bei Kindern mit AA sollte eine systemische Therapie in ausgewählten Einzelfällen, nach besonderer Abwägung von Nutzen und Risiken, erfolgen.	
	Starker Konsens	Konsensbasiert

E9	Bei <u>unzureichendem</u> Ansprechen auf eine topische oder systemische Therapie über einen Zeitraum von 6 Monaten soll das therapeutische Vorgehen reevaluiert und ein Wechsel auf eine alternative Therapie angeboten werden.	
	Starker Konsens	Konsensbasiert

HINTERGRUNDWISSEN

Der kreisrunde Haarausfall ist eine chronische durch das Immunsystem vermittelte Erkrankung, die durch einen akuten oder chronischen, nicht vernarbenden Haarausfall gekennzeichnet ist. Die klinischen Erscheinungsformen sind sehr unterschiedlich und reichen von kleinen umschriebenen haarlosen Stellen bis hin zum vollständigen Verlust der Kopf- und Körperbehaarung.

Der Haarfollikel ist ein einzigartiges Mini-Organ, das einen dauerhaften, lebenslangen regelmäßig wiederkehrenden Regenerationsprozess durchläuft.

Der untere Teil des Haarfollikels genießt ein relatives Immunprivileg, das den Haarfollikel vor Entzündungsprozessen schützt und die Immuntoleranz fördert. Als Immunprivileg bezeichnet man die Tatsache, dass in bestimmten Geweben und Organen des Körpers die Immunantwort herabgesetzt ist, das Immunsystem hier also nicht so stark wirkt, wie woanders. Das ist für die Funktionen der jeweiligen Gewebe und Organe unerlässlich. Als Immuntoleranz wird die ausbleibende oder stark abgeschwächte Reaktion des Immunsystems auf ein Antigen (körperfremde Substanz) bezeichnet.

Während des normalen Haarwachstumszyklus finden sich einzelne verstreute Immunzellen um den Haarbulbus (Haarzwiebel) und sehr vereinzelt auch innerhalb eines Haarfollikels.

Das Aufflammen der Erkrankung führt zu einer Beeinflussung des Wachstumsverhalten der Haarfollikel mit deutlich verkürzten Wachstumsphasen. In Gewebeprobe von Stellen des kreisrunden Haarausfalls hat man eine typische, Bienenschwarm-ähnliche Ansammlung von Immunzellen um die Haarzwiebel nachgewiesen, was zu einer Unterbrechung des regelmäßigen Wachstums und zur Funktionseinschränkung mit Abbrechen und verfrühtem Ausfallen von Haaren führt.

Auch wenn die genaue Ursache der Entstehung des kreisrunden Haarausfalls noch nicht vollständig geklärt ist, so ist es allgemein anerkannt, dass der Zusammenbruch des Haarfollikel-Immunprivilegs eine entscheidende Rolle in der krankhaften Veränderung des Haarwachstums spielt. Was genau diesen Kollaps des Immunprivilegs verursacht, ist noch nicht abschließend geklärt; es werden sowohl innere als auch äußere Faktoren diskutiert. Wichtig ist, dass erst wenn dieses Immunprivileg wieder hergestellt ist und die attackierenden Immunzellen sich zurückgezogen haben, das normale Haarwachstum wieder stattfinden kann.

Formen der AA

Der kreisrunde Haarausfall zeigt ein sehr unterschiedliches Erscheinungsbild. Je nach den betroffenen Hautarealen, dem Muster und dem Ausmaß des Haarausfalls wird die Erkrankung klinisch in mehrere Varianten eingeteilt. Die häufigste klinische Erscheinungsform ist die umschriebene Form der AA mit Auftreten einzelner oder mehrerer umschriebener haarloser Stellen auf der Kopfhaut. Diese umschriebenen Stellen können entweder einzeln auftreten oder mit anderen Stellen zu einem größeren haarlosen Bereich zusammenwachsen. Die

Kopfhaut innerhalb dieser Stellen ist glatt, und erscheint unauffällig, manchmal ist eine leichte Schwellung tastbar, jedoch ohne Rötung. Je nach Krankheitsaktivität kann eine Stelle in ihrer Größe stabil bleiben, im Durchmesser zunehmen, oder auch eine spontane Heilung mit teilweisem oder vollständigem Nachwachsen der Haare zeigen. Die umschriebene Form des kreisrunden Haarausfalls kann in einen vollständigen Haarausfall auf dem gesamten Kopf, oder in einen vollständigen Verlust der Kopf- und Körperhaare übergehen. Der Haarausfall auf dem Kopf kann auch in anderen Mustern auftreten und lässt sich daher in weitere Formen einteilen. Der Ausfall der Haare am Hinterkopf und an der Schläfe wird als Ophiasis-Typ bezeichnet; er bildet ein bandförmiges, kahles Areal, das an eine Schlange erinnert (ophis = Schlange). Der entgegengesetzte Zustand, der inverse Ophiasis- oder Sisaipho-Typ, tritt mit Haarausfall mitten auf dem Kopf auf und ähnelt dem des anlagebedingten Haarausfalls.

Neben der Kopfhaut kann der kreisrunde Haarausfall auch an jeder anderen behaarten Körperstelle auftreten, entweder im Verlauf der Krankheit oder als isolierte Erscheinung. In diesem Zusammenhang kann sich der kreisrunde Haarausfall als teilweiser oder vollständiger Verlust von Augenbrauen, Wimpern, Bart, Scham- oder Achselhaar mit oder ohne Nagelveränderungen zeigen. Eine weitere besondere Form des kreisrunden Haarausfalls kann sich im Bartbereich zeigen und betrifft in der Regel Männer mittleren Alters. Wenn die Nägel betroffen sind, können sich sogenannte Tüpfelnägel zeigen. Eine auf die Nägel beschränkte Erkrankung ist sehr selten, wohingegen eine Nagelbeteiligung in der Regel Teil der klinischen Zeichen anderer, meist schwer verlaufender Formen des kreisrunden Haarausfalls ist. Nagelveränderungen kommen bei Kindern häufiger vor als bei Erwachsenen, man kann sie bei etwa jedem dritten erkrankten Kind finden. Nagelveränderungen können dem Haarausfall vorausgehen oder Monate oder Jahre nach dem Haarausfall auftreten und auch nach dem Nachwachsen der Haare fortbestehen.

Von einer Vielzahl von Erkrankungen weiß man aus Untersuchungen, dass bei Vorliegen dieser Erkrankungen die Wahrscheinlichkeit erhöht sein kann, an einem kreisrunden Haarausfall erkranken zu können. Dazu gehören unter anderem Hauterkrankungen wie die Weißfleckenkrankheit, die Schmetterlingsflechte, Neurodermitis und die Schuppenflechte. Schilddrüsenerkrankungen, bakterielle Infektionen wie die Helicobacter-pylori-Infektion, virale Infektionen wie die Hepatitis-C-Infektion (Leberentzündung) oder Infektion mit dem humanen Papilloma-Virus können auch die Wahrscheinlichkeit erhöhen, an kreisrundem Haarausfall zu erkranken. Auch bei Vorliegen einer Depression kann sich die Wahrscheinlichkeit erhöhen, am kreisrunden Haarausfall zu erkranken. Ein Vitamin-D-Mangel erhöht nach der derzeitigen Forschungslage nicht die Wahrscheinlichkeit, an einem kreisrunden Haarausfall zu erkranken, die Studienergebnisse sind dazu widersprüchlich.

EPIDEMIOLOGIE

Die Auswertung von Patientendaten einer deutschen Krankenkasse hat ergeben, dass 210 Personen pro 100 000 die Diagnose des kreisrunden Haarausfalls im Jahr 2020 hatten. Wenn man diese Zahl auf die deutsche Bevölkerung angewendet hochrechnet, würde diese Häufigkeitsrate bedeuten, dass 170.000 Menschen im Jahr 2020 am kreisrunden Haarausfall erkrankt waren.

Untersuchungen haben gezeigt, dass die Häufigkeit des kreisrunden Haarausfalls bei Erwachsenen höher ist als bei Kindern. In allen Untersuchungen, die Daten sowohl für Kinder als auch für Erwachsene lieferten, waren die Raten des Neuauftretens bis zum Alter von 18 Jahren niedriger als die für Erwachsene bis zum Alter von 50 Jahren.

Daten aus Deutschland zeigen, dass im Jahr 2020 bei 72 Personen pro 100 000 der kreisrunde Haarausfall neu diagnostiziert wurde. Hochgerechnet auf die deutsche Bevölkerung bedeutet dies, dass etwa 70.000 Menschen im Jahr 2020 neu am kreisrunden Haarausfall erkrankt waren.

DIAGNOSTIK, THERAPIE UND UNTERSTÜTZENDE ANGEBOTE

Diagnostik

Anamnese

Zu Beginn der Diagnostik eines kreisrunden Haarausfalles steht ein ausführliches Gespräch der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes mit der Patientin oder dem Patienten, die sogenannte **Anamnese oder auch Krankengeschichte** genannt. Hierbei geht es darum, wichtige Informationen zu sammeln und ein möglichst umfassendes Bild der individuellen Situation der erkrankten Person zu erlangen. Wichtige Punkte sind das Alter der Patientin, des Patienten bei erstmaligem Auftreten des kreisrunden Haarausfalles, der bisherige Verlauf der Erkrankung, also beispielsweise ein stetig bestehender kreisrunder Haarausfall, oder zwischenzeitliche Phasen, wo die Haare auch teilweise wieder nachwachsen sowie die Dauer der vergangenen und des aktuellen Schubes. Weitere Gesprächspunkte sind neben dem Haarausfall bestehende Beschwerden, wie Missempfindungen oder Juckreiz, als auch Begleiterkrankungen. Hierbei spielen die Neurodermitis auch atopische Dermatitis genannt und Erkrankungen der Schilddrüse eine wichtige Rolle. Auch fragt die Ärztin / der Arzt nach wiederkehrenden Infektionen und familiärer Vorbelastung im Hinblick auf kreisrunden Haarausfall. Frühere Behandlungen des kreisrunden Haarausfalles und das Ansprechen auf diese Behandlungen werden ebenfalls thematisiert. Sogenannte kritische Lebensereignisse innerhalb der letzten drei Monate können ein weiterer, wichtiger Anhaltspunkt sein. Nach aktuellen Studien stehen bei etwa einem Viertel der Erkrankten kritische Lebensereignisse mit dem Auftreten eines kreisrunden Haarausfalles in Verbindung. Damit sind einschneidende Lebensereignisse wie Trauerfälle oder ein Jobwechsel, aber auch eine Heirat oder die Geburt eines Kindes gemeint.

Körperliche Untersuchung

Bei der körperlichen Untersuchung beurteilt die Ärztin / der Arzt die gesamte Kopfhaut, als auch die restliche Haut und die Nägel der Patientin bzw. des Patienten. Hierbei können das Ausmaß der betroffenen Stellen sowie bestimmte Haarausfallmuster festgestellt werden. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der vom Haarausfall betroffenen Haut. Gibt es etwa Narbenbildungen, Schuppungen, Pusteln oder Krusten? Diese Informationen helfen der Ärztin / dem Arzt, andere Ursachen für den Haarausfall in Betracht zu ziehen oder auszuschließen.

Diagnostische Methoden

Neben dem bloßen Auge stehen Ärztinnen und Ärzten noch weitere Mittel zur Beurteilung der vom Haarausfall betroffenen Stellen zur Verfügung. Ein **Auflichtmikroskop** ermöglicht eine schmerzfreie Untersuchung der Hautstellen, bei der Veränderungen, die mit bloßem Auge schwierig zu erkennen, aber typisch für den kreisrunden Haarausfall sind, sicher festgestellt werden können. Beim **Haarzupftest** wird ein Haarbüschel von etwa 50-60 Haaren am Rand der vom Haarausfall betroffenen Stellen nahe der Kopfhaut gegriffen und mit mäßiger Kraft in Haarwuchsrichtung gezogen, hierbei gehen nur die lockeren Haare aus (positiver Zupftest), alle festsitzenden Haare verbleiben. Zum Vergleich wird dieses Vorgehen auf der

gegenüberliegenden, gesunden Seite wiederholt. Ein Haarzupftest gilt ab einem Ausfall von $\geq 10\%$ der Haare eines Haarbüschels als auffällig und weist auf einen aktuellen Schub des kreisrunden Haarausfalls hin. Ein sogenanntes **Trichogramm**, also eine mikroskopische Analyse von etwa 60-80 vorab entnommenen Haarwurzeln mittels Ausreißen, kann in Einzelfällen weiter Aufschluss über das Vorliegen von Sonderformen des kreisrunden Haarausfalls liefern, oder helfen andere Ursachen des Haarausfalls abzugrenzen, ist aber nicht standardmäßig vorgesehen. Bei nicht eindeutigen Fällen kann eine sogenannte **Biopsie** (Hautprobe) vom Rand der betroffenen Hautstellen sinnvoll sein. Hierfür wird nach vorheriger lokaler Betäubung ein Stück Haut entnommen und mikroskopisch untersucht.

Klassifizierungsinstrumente

Zur Beurteilung des Schweregrades des kreisrunden Haarausfalles wurden mehrere Skalen entwickelt. Eine davon ist der **SALT-Score** (Severity of Alopecia Tool-Score), der Auskunft über das Ausmaß des Haarausfalles der behaarten Kopfhaut gibt. Die sogenannten **PRO Skalen** (Patient reported outcomes-Skalen, das sind Skalen, die aus Patientensicht einen Zustand erfassen) berücksichtigen den Haarausfall an Wimpern und Augenbrauen. Idealerweise wird die Erhebung solcher Skalen durch eine Fotodokumentation der betroffenen Körperregionen ergänzt.

Laborwerte

Bei allen Patientinnen und Patienten mit einem kreisrunden Haarausfall erfolgt eine orientierende Blutuntersuchung von Schilddrüsenwerten, da der kreisrunde Haarausfall häufiger gemeinsam mit Erkrankungen der Schilddrüse auftritt. Bei Erwachsenen mit kreisrundem Haarausfall erfolgen weitere Blutuntersuchungen nur, wenn ein Verdacht auf zusätzliche Erkrankungen oder Mangelzustände besteht. Anders verhält es sich bei Kindern mit einem kreisrunden Haarausfall. Hier werden in größerem Umfang Blutwerte untersucht, um weitere Erkrankungen, die womöglich noch keine Symptome verursacht haben, festzustellen oder auszuschließen. Dazu gehören ein großes Blutbild, Nieren- und Leberwerte sowie Vitamin D und ein Marker für Autoimmunerkrankungen.

Begleit- und Autoimmunerkrankungen

Im Rahmen der Diagnostik eines kreisrunden Haarausfalls ist es wichtig, auch auf gehäuft auftretende Begleiterkrankungen zu achten. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf sogenannten psychosozialen Begleiterkrankungen, das heißt, psychische Erkrankungen, die im Rahmen bestimmter sozialer Gegebenheiten entstehen können. Besonders soziale Angst und Depressionen können bei Patientinnen und Patienten mit einem kreisrunden Haarausfall eine Rolle spielen. Weitere häufige Begleiterkrankungen sind - unter anderem - Mangelzustände wie Vitamin D - Mangel), Infektionen mit dem Helicobacter Pylori-Bakterium, Neurodermitis, Heuschnupfen, Schilddrüsenerkrankungen und Nesselsucht.

Therapie

Einführung

Die Auswahl einer Therapie, ob der kreisrunde Haarausfall mit einer Lokaltherapie oder mit einer systemischen Therapie behandelt wird, erfolgt nach sorgfältiger Abwägung von zahlreichen Aspekten: So spielt die individuelle Krankheitsgeschichte, der Verlauf und der aktuelle Schweregrad der Erkrankung, eventuell vorliegende Begleiterkrankungen, die persönlichen Wünsche, die jeweilige Nutzen-Risiko-Abwägung und die Wirksamkeit der zur Verfügung stehenden Wirkstoffe eine große Rolle in der Entscheidung für oder gegen einen Wirkstoff. Die Gespräche umfassen immer auch eine Beratung zu psychosozialen Angeboten, wenn das erforderlich erscheint und gewünscht wird.

Watch and Wait

Das sogenannte **“Watch and Wait”** Verfahren beschreibt ein abwartendes Vorgehen, bei dem Behandelnde und Patientinnen und Patienten gemeinsam entscheiden, die Krankheit vorerst lediglich zu beobachten, statt direkt zu behandeln. Im Fall des kreisrunden Haarausfalles beruht dieses Vorgehen auf der Tatsache, dass es innerhalb der ersten sechs Monate auch ohne Therapie zu einem spontanen Nachwachsen der Haare kommen kann. Bei bis zur Hälfte aller Erkrankten mit einem umschriebenen kreisrunden Haarausfall, wächst das Haar innerhalb des ersten Jahres nach. Dieses Vorgehen wird häufig bei Kindern unter zehn Jahren, oder bei Patientinnen und Patienten, die gegenüber anderen Therapieverfahren zurückhaltend eingestellt sind, gewählt. Patientinnen und Patienten, bei denen der kreisrunde Haarausfall rasch voranschreitet, oder die von einer ausgeprägten Form betroffen sind, wünschen sich in der Regel ein aktives Handeln. Auch beim erstmaligen Auftreten eines kreisrunden Haarausfalles wünschen sich die meisten Erkrankten eine aktive Behandlung.

Lokaltherapie

Bei einer Lokaltherapie werden Medikamente an dem Ort auf- oder eingebracht, wo sie auch wirken sollen. Hierbei ist von Vorteil, dass diese Medikamente vor allem lokal, also an Ort und Stelle wirken, und nur selten Auswirkungen auf den restlichen Körper haben. Eine Lokaltherapie kann durch Auftragen von Salben und Cremes, Lösungen oder Schaum geschehen. Bei kreisrundem Haarausfall gibt es zahlreiche Medikamente aus unterschiedlichen Medikamentenklassen, die lokal zum Einsatz kommen können.

Kortison haltige Cremes, Salben, Lösungen oder Schaum können kreisrundem Haarausfall über verschiedene Wege entgegenwirken und sind sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen Mittel der ersten Wahl, wenn es um die lokale Therapie der Kopfhaut geht. Kortison haltige Cremes und Salben sind in verschiedenen Wirkstärken erhältlich, wobei das passende Mittel je nach Alter der Patientinnen und Patienten ausgewählt wird. Eine lokale Therapie mit Kortison haltigen Mitteln ist angesichts der langen Dauer, die es braucht, bis neue Haare nachwachsen, immer auf mehrere Wochen bis Monate ausgelegt, kann aber auch bis

zu einem Jahr andauern. Sie erfordert dementsprechend sowohl eine regelmäßige Anwendung seitens der Patientinnen und Patienten als auch regelmäßige ärztliche Kontrollen, um Behandlungserfolge zu überprüfen und etwaige Nebenwirkungen auszuschließen.

Ein weiterer Weg, den kreisrunden Haarausfall zu behandeln, ist das **Einspritzen von Kortison** in die Haut der haarlosen Stellen. Im Gegensatz zum Auftragen von Kortison auf die Haut kann beim Einspritzen die Hautschutzbarriere umgangen werden, sodass das Kortison im Vergleich besser seine volle Wirkung entfalten kann. Besonders Erwachsene mit einer milden bis mittelschweren Form von kreisrundem Haarausfall können vom Einspritzen profitieren. Für die Behandlung von Kindern mit kreisrundem Haarausfall eignet sich das Einspritzen aufgrund der Schmerzhaftigkeit allerdings nicht.

Ein weiterer Ansatz in der Lokalthherapie des kreisrunden Haarausfalls ist die sogenannte **Immuntherapie**. Hierbei wird mithilfe bestimmter Substanzen, die auf die haarlosen Stellen der Kopfhaut aufgetragen werden, eine Kontaktallergie ausgelöst. Diese allergische Reaktion kann bei Kindern und Erwachsenen mit einer mittelschweren, schweren oder sehr schweren Form des kreisrunden Haarausfalls zu einem Nachwachsen der Haare führen. Aufgrund des hohen Rückfallrisikos des kreisrunden Haarausfalls kann eine Erhaltungstherapie, bei der die Substanzen längerfristig in zwei- bis vierwöchigen Abständen aufgetragen werden, sinnvoll sein. Allerdings wird die Immuntherapie häufig nur in spezialisierten Zentren angeboten.

Eine andere Herangehensweise stellt die **Reiztherapie** dar. Auch hier werden bestimmte Substanzen, die die Haut lokal reizen sollen, auf das haarlose Areal aufgetragen. Eine Reiztherapie kann sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern erfolgen.

Auch die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer leichten bis mittelschweren Form des kreisrunden Haarausfalls mit **Minoxidil** konnte in der Vergangenheit Erfolge erzielen, obwohl Minoxidil haltige Lösungen und Schäume ursprünglich zur Behandlung des erblich bedingten Haarausfalls entwickelt wurden. Minoxidil-haltige Präparate sind frei verkäuflich, ab dem 18. Lebensjahr empfohlen und werden insgesamt gut vertragen. Allerdings kann wenige Wochen nach Beginn der Therapie ein vorübergehend vermehrtes Ausstoßen von Haaren in der Ruhephase (Telogen) auftreten, das sogenannte Telogene Shedding .

Calcineurinhemmer wie Tacrolimus oder Pimecrolimus sind Wirkstoffe, die in Cremes und Salben eigentlich zur Therapie der Neurodermitis eingesetzt werden. Sie können auf molekularer Ebene ansetzen und die Entzündungsreaktion der Haut hemmen. In Studien konnte die Wirkung von Calcineurinhemmern auch bei kreisrundem Haarausfall gezeigt werden, obwohl sie der von Kortison haltigen Cremes unterlegen waren.

Therapien mit dem **Excimer Laser** oder auch sogenanntem **Excimer Licht** stellen ebenfalls einen möglichen Behandlungsansatz des kreisrunden Haarausfalls dar. Grundsätzlich handelt es sich hierbei um Verfahren, bei denen Laserstrahlen bzw. Licht auf die Kopfhaut auftreffen und dort das Haarwachstum anregen können. Bei der Therapie mit Excimer Licht besteht allerdings eine UV-Strahlenbelastung, sodass gerade im Hinblick auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen Vorsicht geboten ist. In Studien konnte gezeigt werden, dass die

Wirksamkeit anderer Laser-Verfahren nur in Kombination mit einer medikamentösen Lokalthherapie zu erzielen ist.

Systemtherapie

Bei einer Systemtherapie wird ein Medikament im Gegensatz zur Lokalthherapie so angewendet, dass es den ganzen Körper von innen beeinflussen kann. Es wird unter anderem in Form von Tabletten, aber auch in Spritzenform verabreicht. Eine Systemtherapie ist bei Jugendlichen und Erwachsenen mit einem mittelschweren bis sehr schweren kreisrunden Haarausfall angezeigt, gerade auch, wenn nach sechs Monaten Lokalthherapie keine ausreichende Besserung sichtbar ist oder ein hoher Leidensdruck besteht. Auch bei einem raschen Voranschreiten des kreisrunden Haarausfalls innerhalb weniger Tage bis Wochen kann eine Systemtherapie erwogen werden. Eine Behandlung von Kindern mit einer Systemtherapie ist stets eine Einzelfallentscheidung nach sorgfältiger Abwägung von Nutzen und Risiken. Eine Entscheidung für eine Systemtherapie bei Kindern wird grundsätzlich eher zurückhaltend bewertet. Die Begründung für eine Systemtherapie erfolgt primär nach dem Schweregrad der Erkrankung und nach vorhandenen Forschungsergebnissen. Eine Vorstellung in einem Fachzentrum (z.B. Hochschulambulanz) kann hilfreich sein, um eine präzise Indikationsstellung zu erhalten. Einschränkend ist hier jedoch zu nennen, dass es sowohl in der Niederlassung als auch an den Universitätskliniken nur sehr wenige Zentren für Haarerkrankungen in Deutschland gibt.

Kortison kann neben der Anwendung als Hautcremes oder Salben auch in Form von Tabletten verabreicht oder in den Muskel gespritzt werden. Dann handelt es sich um eine systemische innerliche Kortisontherapie. Kortison Präparate wirken entzündungshemmend und können auf diese Weise das Haarwachstum anregen. Kortison wird dann in aller Regel nicht kontinuierlich, sondern "gepulst" - also stoßweise - verabreicht. Gerade erwachsene Patientinnen und Patienten mit schwerem oder sehr schwerem kreisrundem Haarausfall können von einer systemischen Kortisontherapie profitieren. Bei bestimmten Vorerkrankungen wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder Diabetes ist allerdings Vorsicht geboten. Diese Erkrankungen können sich durch eine systemische Kortisontherapie verschlechtern.

Einen anderen Ansatz stellt **Methotrexat** dar. Hierbei handelt es sich um ein Medikament, welches die Bildung von entzündungsfördernden Botenstoffen im Körper hemmt und damit Entzündungen entgegenwirkt. Es wird bereits sehr lange bei anderen Erkrankungen, wie dem Gelenkrheuma, eingesetzt und gilt als insgesamt sicher und gut verträglich. Vor allem Erwachsene mit einem mittelschweren, schweren oder sehr schweren kreisrunden Haarausfall können von einer kombinierten Systemtherapie aus Methotrexat und Kortison profitieren. Dennoch müssen einige wichtige Punkte bei einer Therapie mit Methotrexat beachtet werden. Anfangs ist eine engmaschige Kontrolle der Blutwerte geboten, um etwaige Nebenwirkungen des Medikaments frühzeitig zu entdecken oder auszuschließen. Außerdem ist eine effektive Verhütung während der Therapie mit Methotrexat unerlässlich, da es sonst zu Schäden beim

ungeborenen Kind kommen kann. Auch dürfen Patientinnen und Patienten nicht an bestimmten Erkrankungen leiden, die sich durch Methotrexat verschlechtern könnten. Dazu zählen unter anderem Magen- und Darmgeschwüre, Nierenfunktionsstörungen oder Leberschäden.

Cyclosporin A ist ein weiterer Wirkstoff, der bei der Therapie des kreisrunden Haarausfalls in Betracht gezogen werden kann. Er gehört zur Gruppe der Calcineurinhemmer, und wird in Tablettenform oder als Saft eingenommen. Cyclosporin A kommt häufig in der Therapie der Schuppenflechte zum Einsatz, kann aber auch bei Jugendlichen und Erwachsenen mit schwerem oder sehr schwerem kreisrundem Haarausfall, der rasch voranschreitet, kurzzeitig angewendet werden. Auch hier sind engmaschige Blutwertkontrollen, sowie die regelmäßige Kontrolle des Blutdrucks, angezeigt.

Januskinase Hemmer sind Medikamente, die an bestimmten Stellen der Körperzellen andocken und dort verhindern, dass entzündliche Botenstoffe ihre Wirkung entfalten können. Januskinase Hemmer wirken dementsprechend antientzündlich und "immunmodulierend", beeinflussen also das körpereigene Immunsystem. Sie stellen somit ein wertvolles Werkzeug bei der Bekämpfung von schwerem oder sehr schwerem kreisrundem Haarausfall bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen dar und konnten in Studien wiederholt überzeugende Wirksamkeit zeigen. Vor und während der Therapie mit Januskinase Hemmern müssen einige Punkte beachtet werden. Patientinnen und Patienten werden vorab auf bestimmte Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C sowie HIV und Tuberkulose getestet. Auch der Impfstatus wird vor einer Therapie überprüft: Jugendliche ohne eine Windpocken Infektion in der Vorgeschichte werden gegen Windpocken, Erwachsene gegen Gürtelrose geimpft. Während der Therapie mit Januskinase Hemmern sind regelmäßige Blutwertkontrollen unerlässlich. Außerdem sprechen bestimmte Risikofaktoren gegen eine Therapie mit Januskinase Hemmern. Dazu zählen unter anderem ein Alter von über 65 Jahren und schwere Herz-Kreislaufkrankungen. Schlaganfälle, Herzinfarkte, Lungenembolien und Thrombosen in der Vergangenheit, aber auch Rauchen, sprechen ebenfalls gegen eine Therapie. Vor einer Entscheidung für oder gegen einen Januskinase Hemmer sollte die persönliche Bewertung von möglichen Nebenwirkungen wie Infektionen, neurologische Symptome, gastrointestinale Reaktionen und Hautsymptome in die Entscheidung einfließen. Darüber hinaus soll im Entscheidungsprozess deutlich auf die Eingrenzung auf Patientinnen und Patienten mit einer schweren oder sehr schweren Form der AA hingewiesen werden, für die die Januskinase Hemmer zugelassen sind. Die individuelle Krankheitsvorgeschichte gehört in der Nutzen-Risiko-Abwägung selbstverständlich mit dazu.

Seit 2022 ist ein zur Wirkstoffklasse der Januskinase Hemmer gehörendes Medikament namens **Baricitinib** europaweit offiziell zur Behandlung des schweren kreisrunden Haarausfalls bei Erwachsenen zugelassen. Seit 15. September 2023 hat auch der JAK Inhibitor **Ritlecitinib** in einer Dosierung von 50mg/Tag eine EU-weite Zulassung für die Behandlung einer schweren Alopecia areata bei Jugendlichen und Erwachsenen (≥ 12 . Lebensjahr). Dennoch werden die Kosten nicht durch die gesetzlichen Krankenkassen getragen. Im Falle einer Therapie bedeutet dies eine hohe finanzielle Belastung für die Erkrankten und ihre Familien.

Psychologische Unterstützung

Beim Umgang mit Patientinnen und Patienten, die an kreisrundem Haarausfall erkrankt sind, ist es wichtig, das psychologische Wohlergehen im Blick zu behalten. Studien konnten zeigen, dass Erkrankte mit kreisrundem Haarausfall häufiger psychische Symptome und Erkrankungen wie Angstzustände, eine niedergeschlagene oder depressive Stimmungslage, sowie eine geringere Lebensqualität aufweisen als Nicht Erkrankte. Auch sind sie häufiger mit Arbeitslosigkeit oder Arbeitsausfällen konfrontiert. Kinder, die an kreisrundem Haarausfall erkranken, zeigen häufiger Symptome psychischer Belastung als gesunde Kinder. Im Schulkontext können sie Mobbing, Stigmatisierung und sozialer Isolation ausgesetzt sein, sodass ihre Teilnahme an Schul- und Freizeitaktivitäten eingeschränkt sein kann. In der Schule stehen Vertrauenslehrer oder Sozialarbeiter in solchen Fällen als Ansprechpartner zur Verfügung. Es ist besonders wichtig, allen Erkrankten mit kreisrundem Haarausfall psychologische Unterstützung anzubieten und die verschiedenen Optionen zu erläutern. Wichtige Werkzeuge in der Verbesserung der individuellen Lebensqualität können psychotherapeutische Verfahren wie die kognitive Verhaltenstherapie und die Hypnotherapie sein, als auch achtsamkeitsbasierte Methoden wie Meditation, die zur Stressreduktion dienen. Auch der Kontakt und die Unterstützung durch Selbsthilfegruppen kann hilfreich beim Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen sein.

Kosmetische Angebote

Kreisrunder Haarausfall kann die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten erheblich einschränken. Die Möglichkeit, diesen mit einem Haarersatz zu kaschieren, kann gerade Patientinnen und Patienten, die an einer ausgeprägten Form erkranken, schnell Linderung ihres Leidensdrucks verschaffen. Ein Haarersatz kann auch ermöglichen, weiterhin am sozialen Leben teilzunehmen, ohne dass sie auf ihre Erkrankung angesprochen werden, oder Stigmatisierung erfahren. Auch Kindern kann ein Haarersatz ermöglichen, sich offen mit dem Verlust ihrer Haare auseinanderzusetzen. Dementsprechend ist es wichtig, Patientinnen und Patienten über die Möglichkeiten von verschiedenen Arten des Haarersatzes aufzuklären. Darunter fallen beispielsweise Perücken, Toupets oder Toppets.

VERSORGUNGSSTRUKTUREN

Off-Label-Use und Kostenerstattung

Die verschiedenen Wirkstoffe, die in den oberflächlichen Behandlung in der Therapie der AA zum Einsatz kommen, sind in der Regel zur Behandlung der AA in Deutschland nicht zugelassen, können jedoch im Off-Label-use verwendet werden. Off-Label-use heißt, dass der Wirkstoff zur Behandlung für andere Erkrankungen zugelassen ist, jedoch nicht für die Behandlung des kreisrunden Haarausfalls. Wenn eine Ärztin oder ein Arzt einen derartigen Einsatz empfiehlt, bestehen in der Regel bereits Erfahrungen beim Einsatz für die AA oder es gibt internationale Berichte oder Studien, die die Wirkung bei einem Teil der Betroffenen aufzeigen.

Für die systemischen Therapien gilt das genauso, jedoch eine Ausnahme gilt für die Janus-Kinase-Hemmer:

Stand 07/2025: Für die Behandlung einer schweren Alopecia areata bei Erwachsenen (≥ 18 . Lebensjahr) ist seit 20. Juni 2022 europaweit der JAK Inhibitor Baricitinib in einer Dosierung von 4mg/Tag zugelassen.

Seit 15. September 2023 hat auch der JAK Inhibitor Ritlecitinib in einer Dosierung von 50mg/Tag eine EU-weite Zulassung für die Behandlung einer schweren Alopecia areata bei Jugendlichen und Erwachsenen (≥ 12 . Lebensjahr) (2).

Beide Medikamente sind laut Paragraph §34 Abs. 1 Satz 7 SGB V verordnungsfähig, aber nicht erstattungsfähig.

Diese Einschränkung der Erstattungsfähigkeit wird durch die folgenden Aussagen aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) begründet:

Laut Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), § 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sind alle Medikamente, die „zur Verbesserung des Haarwuchses dienen“, von dieser Regelung betroffen, das heißt, dass keine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) für diese Medikamente in der Therapie der AA erfolgt.

Für eine Übernahme der Kosten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen kann versucht werden, individuelle Anträge auf Kostenerstattung bei den Krankenversicherungen zu stellen. Aufgrund der oben genannten Gesetzeslage wird die überwiegende Mehrheit der individuellen Anträge auf Kostenerstattung von den Krankenversicherungen jedoch abgelehnt.

Versorgungswege

Eine Untersuchung zur Verdachtsdiagnostik kann beim Hausarzt erfolgen, der häufig zuerst aufgesucht wird. Eine Feststellung der Erkrankung Alopecia areata erfolgt in der Regel jedoch

fachärztlich durch einen niedergelassenen Dermatologen. Die Diagnostik und Therapie der Patienten mit kreisrundem Haarausfall erfolgen üblicherweise in der Niederlassung.

Dermatologische Praxen stellen in der Regel die Anlaufstellen für Patienten mit Verdacht auf die Erkrankung des kreisrunden Haarausfalls dar bzw. für Patienten mit der bestehenden Diagnose. Hochschulambulanzen übernehmen in der Regel keine Basisdiagnostik und Verlaufsbetreuung, sondern werden zur Beratung, differenzialdiagnostischen Abgrenzung und dem Aufzeigen aller therapeutischen Optionen nachgefragt. Insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer schweren oder sehr schweren Form des kreisrunden Haarausfalls ist die Überweisung an eine Hochschulambulanz eine Möglichkeit zur erweiterten Beratung. Das erfordert eine Überweisung von der/dem derzeit behandelnden niedergelassenen und im Anschluss weiter betreuenden Dermatologin / Dermatologen. Zusätzlich können Hochschulambulanzen Erkrankten mit schweren Verläufen den Zugang zur Teilnahme an klinischen Studien ermöglichen, in denen neue Therapieoptionen untersucht werden.

Oftmals zeigen Menschen mit kreisrundem Haarausfall depressive Störungen oder auch Angststörungen, sodass ihre Lebensqualität erheblich eingeschränkt wird. Zur begleitenden psychosozialen Unterstützung stehen Patientinnen und Patienten professionelle psychologische Möglichkeiten zur Verfügung, aber auch informelle Beratungs- und Begleitungsangebote z.B. aus Selbsthilfegruppen bilden ein Netzwerk der Unterstützung.

Das derzeit größte Angebot zur informellen Unterstützung bietet zur Zeit der Verein „Alopecia Areata e.V. (AAD)“ mit seiner ausführlichen Webseite und den telefonischen Beratungsangeboten.

Webseite: <https://kreisrunderhaarausfall.de/>

Weitere Unterstützungsmöglichkeiten finden Sie auf Seite 39 im [Kapitel Unterstützung und Hilfen](#).

ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION

Vor dem Gespräch zwischen Patientinnen und Patienten und behandelnden Ärztinnen und Ärzten macht es Sinn, sich möglichst gut vorzubereiten. Dazu kann es hilfreich sein, wenn Patientinnen und Patienten schon im Voraus Notizen zu ihren Beschwerden, Fragen und Sorgen machen. Auch bereits vorhandene Unterlagen wie frühere Befunde oder aktuelle Medikationspläne sind relevant und helfen dabei, die individuelle Situation besser einzuordnen. Auch kann es von Vorteil sein, wenn Patientinnen und Patienten vorab für sich skizzieren, welche Ziele sie mit einer Behandlung erreichen wollen und welche Punkte für sie persönlich besonders bedeutsam sind. Im Gespräch selbst ist es wichtig, dass Patientinnen und Patienten den Raum erhalten, ihre Beschwerden möglichst genau zu schildern und bei Unklarheiten nachzufragen. Nicht selten kommt mehr als eine Therapieoption in Frage. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte erläutern Vor- und Nachteile der jeweiligen Optionen und finden, gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten, die für sie individuell passendste. Eine gute Strategie kann auch sein, am Ende des Gesprächs die wichtigsten Punkte zu wiederholen und in eigenen Worten zusammen zu fassen. So können etwaige Missverständnisse frühzeitig ausgeräumt werden. Wichtig ist es auch zu wissen, dass für alle bei der AA eingesetzten lokalen (topischen) oder innerlichen (systemischen) Therapien, diese nur bei einem Teil der Betroffenen erfolgreich sind. Es kann bisher nicht vorhergesagt werden, welche Therapie am wirkungsvollsten ist. Dies zu wissen, ist für die Erwartungshaltung und das Vermeiden von Enttäuschungen sehr wichtig.

HINWEISE ZUM SELBSTMANAGEMENT

Angesichts der Möglichkeit einer spontanen Remission, insbesondere im Frühstadium der Erkrankung, können eine Nichtbehandlung oder – je nach individueller Präferenz – das Tragen einer Perücke Möglichkeiten zum Umgang mit der Erkrankung sein. Perücken und Haarteile sind für die Patientinnen und Patienten eine mögliche Lösung, um mit ihrem veränderten Körperbild umzugehen.

Die Möglichkeit durch eine Perücke, das Gefühl von Haaren auf dem Kopf zu haben, ist für viele Betroffene als Sofortmaßnahme unerlässlich. So können sie am sozialen Leben teilnehmen ohne direkt angesprochen oder stigmatisiert zu werden.

Befragungen von Patientinnen und Patienten, die Perücken tragen, haben gezeigt, dass das Tragen von Perücken und Haarteilen ihre Lebensqualität verbessert, da sie das Selbstvertrauen und die wahrgenommene Kompetenz steigert.

Erfahrungsberichte von Kindern und ihrer Familien im Rahmen von Beratungen des AAD e.V. verdeutlichen, dass die Möglichkeit, auf eine Perücke zurückgreifen zu können, den Kindern helfen kann, sich mit dem Verlust der Haare auseinanderzusetzen und einen offenen Umgang mit der Erkrankung zuzulassen.

Gesetzlich Versicherte finden in Deutschland zugelassene Perückenstudios auf der Homepage ihrer Krankenkasse oder über die wohnortnahen Hilfsmittelzentren der Krankenkasse.

Der Alopecia Areata Deutschland e.V. (AAD) hat ebenfalls eine deutschlandweite Übersicht von Fachgeschäften zum Haarersatz auf seiner Homepage.

Webseite: <https://kreisrunderhaarausfall.de/>

Im Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) nach § 139 SGB V vom 31.05.2022 sind unter der Produktgruppe 34 folgende Produkte des Haarersatzes zugelassen (4) :

- Kunsthaar oder Echthaar
- Vollperücke
- Teilbereichsperücke
- Individuell gefertigter Haarersatz

Laut Hilfsmittelverzeichnis haben Kinder und Jugendliche bei Vorliegen der Indikation bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Haarersatz.

Das Hilfsmittelverzeichnis unterscheidet im Versorgunganspruch auf einen Haarersatz zwischen Männern und Frauen, wobei die Kosten für einen Haarersatz für Frauen eher übernommen werden als bei Männern.

Im Folgenden werden unterschiedliche Arten von Möglichkeiten des Haarersatzes und von kosmetischen Angeboten aufgelistet.

Tabelle 4 Haarersatz bzw. Alternative Kopfbedeckungen

Formen	wichtig zu wissen
<p>Perücken</p> <p>Haarverdichtung</p> <p>Haarverlängerung</p> <p>Toupets</p> <p>Toppets</p>	<p>Perücken</p> <p>Perücken unterscheiden sich sowohl in ihrer Haarqualität als auch in den verwendeten Materialien für die Montur, was zu unterschiedlich hohem Tragekomfort führt. Bei empfindlicher Haut können durch einige Materialien Irritationen auftreten. Dennoch ist eine Perücke einfach und sicher zu handhaben.</p> <p>Haarverdichtung / Haarverlängerung</p> <p>Haarverdichtungen bzw. -verlängerungen sind nur geeignet, wenn der Haarboden dies zulässt. Das bedeutet, das Eigenhaar muss fest verankert sein. Für ein homogenes Einfügen der Haare sollte die Mindestlänge des Eigenhaars 8 bis 10 cm betragen. Wichtig ist auch, dass die Haarqualität der Extensions zur Qualität des Eigenhaars passt. Sehr feines Haar eignet sich nicht für eine Haarverdichtung oder -verlängerung.</p> <p>Es gibt unterschiedliche Befestigungsmethoden, die das Haar unterschiedlich beanspruchen. Ein nicht fach- und sachgerechter Umgang beim Befestigen der Extensions kann das Haar zusätzlich belasten. Wer sich dennoch für Extensions entscheidet, muss sich darüber im Klaren sein, dass ein erhöhter Aufwand bezüglich der Haarpflege und des Stylings auf den Träger bzw. die Trägerin zukommt. Zu empfehlen ist daher immer, einige Probesträhnen zu tragen, um zu sehen, wie das Haar darauf reagiert. Das hinzugefügte Haar muss immer im Verhältnis zum vorhandenen Haar stehen, um das Eigenhaar nicht zu sehr zu belasten.</p> <p>Haarverdichtungen oder -verlängerungen können sich negativ auf das Haarwachstum auswirken.</p> <p>Toupets</p>

	<p>Toupets werden in der Regel direkt auf der Kopfhaut befestigt. Dadurch ist es an dieser Stelle nicht möglich, die Kopfhaut zu reinigen. Zudem verträgt nicht jeder den verwendeten Klebstoff.</p> <p>Toppets</p> <p>Toppets können entweder mit Clips oder durch ein Weaving-Verfahren in das Eigenhaar integriert werden. Das Haar ist dabei entweder auf einer Montur oder auf einem Netz befestigt. Wer flexibel bleiben möchte, kann das Haarteil eigenständig mit Clips anbringen. Für einen längeren Halt kann jedoch auch eine dauerhafte Befestigungsmethode gewählt werden.</p>
<p>Farbspray/Haarverdichtungsspray</p> <p>Farbiges Ansatz-Puder</p>	<p>Farbsprays / Haarverdichtungssprays</p> <p>Diese Produkte können oft einen zu kompakten, fleckigen oder Helm-ähnlichen Effekt erzeugen, was die Unsicherheit der Anwender zusätzlich verstärken kann. Darüber hinaus können sie Hautirritationen verursachen.</p> <p>Farbiges Ansatz-Puder:</p> <p>Dieses Mittel funktioniert hauptsächlich bei sehr kurzem Haar. Bei längeren Haaren kann die Kopfhaut ungepflegt wirken. Auch hier besteht die Gefahr von Hautirritationen.</p>
<p>Tücher</p> <p>Schals</p> <p>Buff/Multifunktionsstuch</p> <p>Hüte</p> <p>Basecap</p>	<p>Tücher, Schals, Buffs, Hüte, Basecaps:</p> <p>Diese Lösungen sind nur temporär und nicht für jede Jahreszeit geeignet.</p> <p>Sie schützen jedoch die helle Kopfhaut vor Sonnenbrand.</p>

Alternative Kopfbedeckungen sind meist keine Krankenkassenleistungen!

Tabelle 5 Wimpern- und Augenbrauenersatz

Formen	wichtig zu wissen
Permanent Make-up Augenbrauen-Tattoo Microblading Nanoblading	Ersatz für Wimpern und Augenbrauen: Ein Auge ohne Wimpern wird oftmals als problematischer als ein kahler Kopf empfunden. Das Microblading-Verfahren ermöglicht natürliche Augenbrauen, wobei eine zertifizierte Ausführung wichtig ist. Diese kosmetischen Angebote sind keine Hilfsmittel und werden von den Krankenkassen nicht übernommen.
Wimpernbänder Teilwimpern Unterwimpern	Wimpernbänder funktionieren sehr gut, jedoch kann es bei Unverträglichkeit des Klebers zu Problemen kommen.

IHR GUTES RECHT

Als Patientin oder Patient haben Sie bestimmte Rechte. Es ist ratsam, dass Sie diese kennen. Die wichtigsten Rechte sind hier im Überblick zusammengefasst (Stand: 06/2022).

Sie haben das Recht:

- Ihre Ärztin oder Ihren Arzt grundsätzlich frei zu wählen;
- auf umfassende Aufklärung und verständliche Information über alles, was für die Untersuchungen und Behandlungen wichtig ist, zum Beispiel über Risiken, Nutzen, Alternativen, mögliche Kosten und Befunde;
- auf eine Behandlung nach den allgemein anerkannten fachlichen Standards, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist;
- mitzuentcheiden, zum Beispiel können Sie im ärztlichen Gespräch gemeinsam die für Sie passende Behandlung wählen;
- auf Schutz Ihrer Daten: Alle Berufsgruppen Ihres Behandlungsteams unterliegen der Schweigepflicht. Zudem handelt es sich bei den im Rahmen Ihrer Behandlung anfallenden Daten zumeist um Gesundheitsdaten. Diese unterliegen einem besonderen Schutz (Artikel 9 in der Datenschutz-Grundverordnung, kurz: DSGVO).
- in Ihre vollständige Original-Patientenakte einzusehen. Sie können sich Kopien von Ihren Unterlagen von der Praxis anfertigen lassen. Es kann jedoch sein, dass Sie die Kosten dafür selbst tragen müssen. In Ausnahmefällen kann die Einsicht jedoch eingeschränkt sein, nämlich, wenn erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen.
- auf eine elektronische Patientenakte; die gesetzlichen Krankenkassen sind verpflichtet, jedem Versicherten auf Antrag und mit Einwilligung eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen (§ 342 im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, kurz: SGB V).

Wenn Sie Zweifel an einem ärztlichen Befund oder der vorgeschlagenen Therapie haben, können Sie grundsätzlich eine sogenannte ärztliche Zweitmeinung einholen.

Den ausführlichen **Ratgeber für Patientenrechte** finden Sie online auf der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/BMJ_Patientenrechte_Broschuer_bf.pdf

oder auf der Webseite des Bundesministeriums der Justiz:

https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Ratgeber_Patientenrechte.html

Bei Verdacht auf einen ärztlichen Behandlungsfehler können Sie sich an die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Landesärztekammern wenden:

<https://www.aerztekammern-schlichten.de/>

UNTERSTÜTZUNG UND HILFEN

Selbsthilfeorganisation:

Alopecia Areata Deutschland e.V. (AAD e.V.)
Postfach 10 01 45
47701 Krefeld
Tel: 02151-786006
Email: info@kreisrunderhaarausfall.de
Webseite: <https://kreisrunderhaarausfall.de/>

Fachgesellschaften

Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V. (DDG)
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin
Tel.: +49 (0)30 246253-0
E-Mail: ddg@derma.de
Webseite: <https://derma.de/>

Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V. (DDG)
Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Dermatologie
1. Vorsitzende: Prof. Dr. med. Annika Vogt, Charité Universitätsmedizin Berlin
E-Mail: annika.vogt@charite.de
Webseite: <https://www.paediatrische-dermatologie.de/>

Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD)
Schumannstr. 18
10117 Berlin
Tel.: +49 30 585840513
E-Mail: kontakt.projekte@bvdd.de
Webseite: <https://www.bvdd.de/>

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin
Tel. +49 30 3087779-0
E-Mail: info@dgkj.de
Webseite: <https://www.dgkj.de/>

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.
(DGPM)
Robert-Koch-Platz 4
10115 Berlin
Tel.: [+49 30 206 48243](tel:+493020648243)
E-Mail: info@dgpm.de

Webseite: <https://www.dgpm.de/>

Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV)

c/o WMA GmbH

Alser Straße 4

1090 Wien

Tel. +43 1 4051383-42

E-Mail: office@oegdv.at

Webseite: <https://www.oegdv.at/>

Webseiten mit allgemeinen Gesundheitsinformationen

<https://www.gesundheitsinformation.de/>

Quellen

- (1) AWMF. AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. 2. Auflage Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-Ständige Kommission Leitlinien. 2020 [Available from: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html> Zugriff 04.12.2024.
- (2) AWMF. AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. Auflage 2.1 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-Ständige Kommission Leitlinien. 2023 [Available from: <https://www.awmf.org/regelwerk/> Zugriff 04.12.2024.
- (3) Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); Office des Leitlinienprogramms Onkologie (OL); AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement (AWMF-IMWi). Erstellung von Patientenleitlinien zu S3-Leitlinien/NVL im Rahmen der Leitlinienprogramme. Beta-Version 2. 2016. Available from: www.patienteninformation.de/patientenleitlinien; [cited: 03.03.2025] ; DOI: 10.6101/AZQ/000274
- (4) Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) nach § 139 SGB V vom 31.05.2022, Produktgruppe 34 mit Produkten des Haarersatzes, Webseite: <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home>

Abkürzungsverzeichnis

Tabelle 6 Abkürzungsverzeichnis

AA	Alopecia areata=kreisrunder Haarausfall
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
SALT-Score	Severity of Alopecia Tool-Score=Einschätzungsinstrument zur Bestimmung der Schwere des kreisrunden Haarausfalls
SGB V	5. Buch Sozialgesetzbuch, es enthält alle Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland

Weitere Begriffe und Abkürzungen werden im laufenden Text bei der ersten Nennung gleich erklärt.

Versionsnummer: 1.1

Erstveröffentlichung: 18.09.2025

Nächste Überprüfung geplant: 17.09.2030

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