

derma aktuell

AKNE & ROSACEA

Von Acne Tarda bis Narbenrekonstruktion:
Strategien zwischen Leitlinie und Praxisalltag

Wann wird aus „Pusteln im Haar“ eine vernarbende Alopezie?

Rosacea: Neurovaskuläre und neuroimmunologische Targets im Fokus

ALLERGIEN & AUTOIMMUNERKRANKUNGEN

Atopische Dermatitis und allergische Hauterkrankungen

Chronische Entzündungsprozesse und autoimmune
Komplikationen frühzeitig erkennen

Die Beine als Spiegel des Immunsystems

Update: Allergologie und Infektiologie

© 2026 – mgo fachverlage GmbH & Co. KG • © Copyright 2026

EDITORIAL	5
PRISMA	19
PERSONALIA	46
PHARMASERVICE	48
VORSCHAU/IMPRESSUM	50

AKNE UND ROSACEA

Rosacea im Wandel: Neurovaskuläre und neuroimmunologische Targets im Fokus <i>L. Unger-Hunt</i>	8
Akneiforme Kopfhautläsionen und Haarausfall: Wann wird aus „Pusteln im Haar“ eine vernarbende Alopezie? <i>S. Eren</i>	11
Von Acne Tarda bis Narbenrekonstruktion: Strategien zwischen Leitlinie und Praxisalltag <i>Experten-Interview mit A. P. Gerber</i>	14

ALLERGIEN UND AUTOIMMUNERKANKUNGEN

Vaskuläre Manifestationen von Autoimmunerkrankungen an Unterschenkeln und Venen: Die Beine als Spiegel des Immunsystems <i>C. Moser</i>	20
Atopische Dermatitis und allergische Hauterkrankungen: Biofaktoren im Fokus <i>D. Birkelbach, K. Kisters; H. G. Classen</i>	24
Update: Allergologie und Infektiologie <i>M.-L. Storre</i>	27
Chronische Entzündungsprozesse und autoimmune Komplikationen frühzeitig erkennen <i>S. Mack</i>	30

ÄRZTLICHE FACHKOMMUNIKATION

Statement aus der dermatologischen Praxis: Blockade der ambulanten dermatologischen Weiterbildung? <i>E. Franzen</i>	32
--	----

LEITLINIEN

Aktualisierte S2 k-Leitlinie „Berufliche Hautmittel“: Praxisnahe Empfehlungen zum Einsatz von Hautschutz-, Hautreinigungs- und Hautpflegemitteln <i>S. Mack</i>	37
S3-Leitlinie zu vaskulären Malformationen (VALM): Medizinischer Fortschritt bei seltenen Gefäßerkrankungen <i>S. Mack</i>	40

KONGRESSBERICHT

KoPra 2026: Chronisch entzündliche Systemerkrankungen im Fokus <i>S. Mack</i>	44
--	----

PHARMAFORUM

Gezielte Immunmodulation mit Dupilumab bei PN: Fortschritte in der Behandlung des chronischen Pruritus	47
---	----

Fotos ohne gesonderten Bildnachweis stammen vom Autor des jeweiligen Beitrags bzw. den abgebildeten Personen.

Sie haben **Fragen oder Anregungen** zur Fachzeitschrift *derma aktuell*?

Kontaktieren Sie gerne die Redaktion unter: s.mack@mgo-medizin.de

Gender-Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform beinhaltet keine Wertung.

Experten im Gespräch

Von Acne Tarda bis Narbenrekonstruktion: Strategien zwischen Leitlinie und Praxisalltag

Im Interview: P. A. Gerber

Die Behandlung der Acne Tarda erfordert Fingerspitzengefühl – besonders wenn sensible Haut oder Kinderwunsch die Systemtherapie limitieren. Vor diesem Hintergrund erläutert Prof. Dr. med. Peter Arne Gerber den aktuellen Konsens zur Therapie bei Acne Tarda und berichtet über die Chancen einer modularen Therapie bei Akne-Narben bei verschiedenen Patientengruppen und Problemstellungen.

Über den Experten

Prof. Dr. Peter Arne Gerber ist Facharzt für Dermatologie und Venerologie. Er leitet die Praxis „Dermatologie am Luegplatz“ in Düsseldorf. Seine wissenschaftliche Basis umfasst unter anderem über 200 Fachpublikationen sowie eine außerplanmäßige Professur an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Über die klinische Arbeit hinaus übernimmt er führende Rollen in verschiedenen Fachgesellschaften: Er ist Präsident der Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland (GÄCD e.V.), 1. Vorsitzender des Interessenverbandes Deutscher Dermatologen (IDD e.V.) und 3. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Ästhetische Dermatologie und Kosmetologie (ADK e.V.).

Website: <https://dermatologie-am-luegplatz.de/>

E-Mail: prof.gerber@dermatologie-am-luegplatz.de

Prof. Dr. Gerber, worum ging es in Ihrem Vortrag zum Thema Spätakne auf der Tagung DERM?

Prof. Dr. Gerber: „Hintergrund des Vortrags war, dass es einen wichtigen Expertenkonsens zur Medikation bei Acne Tarda gibt. Mit Blick auf diese Empfehlungen und die Praxiserfahrung lässt sich klar sagen: Bei der medikamentösen Therapie der Akne spielen Retinoide eine zentrale Rolle: Das sind Trifaroten, Adapalen, Tretinoin etc. Darüber hinaus gibt es auch die klassischen Fixkombinationen, die jedoch häufig Benzoylperoxid beinhalten.“

Nun ist die Haut bei der Acne Tarda jedoch nicht mehr so fettig und robust wie Teenagerhaut. Das heißt, in der Niederlassung sehen wir hier vor allem junge Frauen jenseits des

26. Lebensjahres, die auf die Kombinationspräparate meiner Erfahrung nach durchaus etwas empfindlicher reagieren. Sprich, es kommt zu Ekzemen, Juckreiz oder Brennen. Deshalb greife ich da bevorzugt auf Monopräparate, sprich Retinoide, zurück.

Oder, wenn man es etwas sanfter angehen möchte, auch auf Azelainsäure. Bei beiden Wirkstoffen ist es vorteilhaft, dass sie via Social Media auch abseits der dermatologischen Praxis beworben werden. Azelainsäure und Vitamin-A-Säure sind dadurch durchaus dem Laien bekannt, dann eher als Retinol oder Retinal. Viele Patientinnen ist im Kontext von Anti-Aging-Behandlungen die Wirksamkeit von Vitamin-A-Säuren geläufig. In der Patientenkommunikation und für die Compliance ist das extrem vorteilhaft, da ich als Haut-

arzt dann das Argument anführen kann, dass ich ein Vitamin-A-Säure-Präparat aufschreibe, welches so stark ist, dass es nur per Rezept zu erhalten ist.

Auch hat das etwas von einer zusätzlichen bzw. inkludierten Off-Label-Behandlung: Indem wir – natürlich vorrangig – die Akne-Probleme behandeln, aber begleitend über die Vitamin-A-Säure-Formulierung auch typische Anti-Aging-Effekte erzielen. Vitamin-A-Säuren sind faktisch die effektivsten topischen Anti-Aging-Wirkstoffe.“

Wie gehen Sie vor, wenn das nicht zielführend ist?

Prof. Dr. Gerber: „In einem solchen Fall eskalieren wir stadien- und leitlinienkonform. Wenn man mit den

topischen Maßnahmen nicht auskommt, geht es im nächsten Schritt um eine Systemtherapie. Hier kann man über einen begrenzten Zeitraum durchaus mit systemischen Antibiotika arbeiten, Doxycyclin zum Beispiel, welches in letzter Zeit auch zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Off-Label ist Spiro-nolacton eine Option, welches in Studien durchaus eine vergleichbare Wirksamkeit zu den Antibiotika erreicht, wobei wir aber natürlich nicht das Problem von Resistenzen oder Sensibilisierungen haben. Auf der anderen Seite muss man berücksichtigen, dass es sich um ein kaliumsparendes Diuretikum mit antiandrogener Wirkung handelt. Aber ich muss sagen, dass ich gerade bei der Spätakne gute Erfahrungen mit den Patientinnen gemacht habe. Wenn das auch nicht ausreichend ist, hat man dann die Option, mit Isotretinoin systemisch zu arbeiten.

Darüber hinaus sind in den letzten Jahren die Optionen hinzugekommen, physikalisch zu behandeln, sprich mit 1.726-Nanometer-Akne-Lasern. Das sehe ich für mich in der Praxis aktuell in der Second-Line. Denn es gibt zwar zunehmende Evidenz, aber diese Behandlungsoption ist in der Leitlinie so noch nicht vor-

gesehen. Und man muss auch sagen, dass es natürlich im Vergleich kostenintensive Behandlungen sind. Aber ein Grund für mich, ein solches System in der Praxis anzuschaffen, waren eben gerade Patientinnen mit der Erwachsenen-Akne.

Wir sehen das verhältnismäßig oft, wenn beispielsweise eine Patientin die Pille abgesetzt hat, weil sie diese nicht mehr nehmen möchte oder ein konkreter Kinderwunsch besteht. Kommen dann infolge Hautprobleme, haben wir eben die Problematik, dass mitunter manche Wirkstoffe zu schwach sind oder zu aggressiv. In einem solchen Fall würde man normalerweise systemisches Isotretinoin oder auch Spironolacton empfehlen. Das beißt sich aber mit der fehlenden Kontrazeption oder eben dem Kinderwunsch. Hier hatte man bisher eigentlich nicht mehr viele wirksame Optionen zur Hand.

Dementsprechend ist hier der Laser für mich eine spannende neue Möglichkeit. Seit zwei Jahren arbeiten wir in unserer Praxis jetzt mit dem System und das mit einer hohen Zufriedenheit, insbesondere bei den Acne-Tarda-Patientinnen. Dabei hat man natürlich mit im Blick, dass Laser kostenintensiv in der Anschaffung

sind und sich solche Behandlungen über den Behandlungspreis wieder amortisieren müssen. Nun wissen wir aktuell noch nicht genau, wie es mit den großen Laser-Ziffern in der neuen GOÄ aussehen wird. Die Wahrscheinlichkeit, dass diese signifikant abgewertet werden, ist aber da. Dann wird man schauen müssen, ob man mit den neuen GOÄ-Ziffern für einen solchen Laser überhaupt die notwendige Frequenz an Behandlungen und die Nachfrage generieren kann, dass man zumindest die Leasing- oder Finanzierungskosten decken kann.“

Wie ist diese Patientengruppe bei Ihnen in der Praxis ausgestaltet?

Prof. Dr. Gerber: „Die Altersklasse ergibt sich grundsätzlich per Definition, welche wir auch in diesem Expertenkonsens zugrunde gelegt haben. Die Betroffenen sind also 26 Jahre alt und älter und zeigen eine typische Akne-Problematik. In der Literatur gibt es verschiedene Angaben, aber das ist eine Schnittmenge, auf die man sich einigen kann. Bei der jugendlichen Akne, der adoleszenten Akne, belegen die Daten, dass Männer oder Jungs ein bisschen häufiger betroffen sind. Das kehrt sich dann bei der Spätakne etwas um. Da

„In der Patientenkommunikation und für die Compliance ist es extrem vorteilhaft, dass ich als Hautarzt das Argument anführen kann, dass ich ein Vitamin-A-Säure-Präparat aufschreibe, welches so stark ist, dass es nur per Rezept zu erhalten ist.“

Prof. Dr. med. Peter Arne Gerber
Foto: © Dermatologie am Luegplatz



würde man sagen, dass hier tendenziell Frauen häufiger betroffen sind. Mit Blick auf die eigene Praxis kann ich sagen, dass ich hier vermutlich zu rund 80-90 % Patientinnen sehe. Unter Umständen ist es bei den Männern unter meinen Patienten aber auch so, dass sie sich nicht ganz so daran stören und deshalb gar nicht erst zum Dermatologen gehen. Bei Frauen ist es deutlich häufiger ein Thema. Das geben die Daten auch wieder. Da die Acne Tarda letzten Endes doch hormonell assoziiert ist, läuft die Thematik dann mit fortschreitendem Alter aus. Aber ich habe durchaus Patientinnen, die lange davon betroffen sind, mit einem hohen Leidensdruck, weil natürlich ist Akne schon bei Jugendlichen un schön und belastend. Diese Patientinnen stehen häufig bereits mitten im Beruf, sie leiden verstärkt darunter.“

Wie sieht es mit einer möglichen Wechselwirkung von Stress und Erkrankung aus?

Prof. Dr. Gerber: „Wenn man viel Stress hat und sich vielleicht auch dadurch noch ein bisschen ungesünder ernährt, dann fördert das Entzündungsprozesse. Ob sich daraus ein selbstverstärkender Zyklus entwickelt – mit Akne, die einen immer wieder stresst und dadurch noch mehr Akne-Problematik verursacht – lässt sich nur spekulieren. Ich würde eher sagen, dass die Patienten latent genervt sind von ihrer sichtbaren Hautproblematik, und dass sie sagen: 'Ich will jetzt endlich mal Ruhe haben mit der Haut'. Viele Patientinnen zeigen auch einen zyklusabhängigen Verlauf.“

Wie ist das Risiko für Akne-Narben im Vergleich zur juvenilen Akne?

Prof. Dr. Gerber: „Letzten Endes muss man sagen, dass über alle Stadien der Akne durch die latente Entzündung immer ein gewisses Narbenrisiko besteht. Das ist bei der

erwachsenen Akne genauso da wie bei der jugendlichen Akne.

Unterscheiden sollte man zwischen Akne-Narben und post-inflammatorische Erytheme und Hyperpigmentierungen, die man auch als Akne-Male kennt. Das Problem dieser Akne-Male ist von der Industrie bereits als Problem erkannt und aufgegriffen worden. Das ist verständlich, da Patienten unter diesen Verfärbungen teilweise genauso leiden wie unter den Narben. Mit dem Unterschied, dass es zwar lange dauert, aber dass die Rötungen und die Hyperpigmentierung irgendwann dann doch wieder verschwinden.“

Sie erwähnten Überschneidungen zwischen Acne Tarda und Anti-Aging-Behandlungen. Welche konkreten Möglichkeiten sehen Sie hier?

Prof. Dr. Gerber: „Es gibt Wirkstoffklassen, die beide Indikationen abdecken. Da sind sicherlich in erster Linie die Retinoide zu nennen. Wenn man den Blick auf Akne-Narben richtet, gibt es auch Daten, dass damit bestimmte Retinoide – zumindest frühe Akne-Narben – verbessern werden können. Das ist der Fall bei Adapalen, auch für Trifaroten gibt es solche Daten. Für unsere Patientenkommunikation in der Praxis bedeutet das: Ich kann etwas anbieten mit dem wir Akne, Akne-Male und Akne-Narben behandeln, für das wir aber auch Anti-Aging-Effekte versprechen können – quasi alles mit einem einzigen Wirkstoff.“

Wenn wir über Hyperpigmentierungen reden, ist Azelainsäure ebenfalls interessant; auch hier können wir letzten Endes die Akne behandeln und haben gleichzeitig einen Wirkstoff, der für die Behandlung von Hyperpigmentierungen empfohlen wird. Bei Antibiotika oder Ähnlichem ist das nicht der Fall. Aber in dieser Schnittmenge mit Retinoiden

und Azelainsäure haben wir häufig Produkte, die mehrere Probleme abdecken können.“

In Ihrem zweiten DERM-Vortrag sprechen Sie über die Möglichkeiten der multimodalen Therapie von Akne-Narben. Was sind hier die zentralen Informationen für die Kolleginnen und Kollegen in der Praxis?

Prof. Dr. Gerber: „Die Behandlung von Akne-Narben – auch wenn es teilweise auf Social Media etc. anders dargestellt wird – ist relativ komplex. Es ist häufig schwierig, für die Patienten ein überzeugendes Ergebnis zu erreichen. Dementsprechend muss man das jeweilige Therapiekonzept individuell entscheiden. Da geht es zum einen darum, welche Art oder welche Tiefe von Akne-Narben vorliegt. Wir sehen bei der Akne beispielsweise selten hypertrophe Narben; in den meisten Fällen handelt es sich um atrophe Akne-Narben. Dann stellt sich die Frage: Habe ich hier Boxcar-, Rolling- oder Icepick-Narben vor mir? Infolge kommt es darauf an, wie tief diese Narben sind.“

Außerdem geht es auch darum, was die Patienten für einen Hauttyp haben. Behandle ich einen Patienten mit hellem Hauttyp, kann ich mit mehr Hitze agieren und eher auf energiebasierte Systeme setzen. Habe ich einen Patienten mit einem dunklen Hauttyp, der vielleicht ohnehin schon zu Akne-Malen und/oder Hyperrpigmentierungen neigt, dann würde ich eher auf kalte Maßnahmen setzen, sprich klassisches Needling, oder mitunter vorsichtige chemische Peelings zum Einsatz bringen.

Chirurgische Maßnahmen würde ich bei bestimmten hypertrophen Narben sehen. Hier kann man erwägen diese teilweise oder komplett zu exzidieren. Icepick- oder Boxcar-Narben kann man zum Beispiel entweder stanzen und zunähen oder



Daten zeigen, dass von Spätkne tendenziell mehr Frauen als Männer betroffen sind.

eine Punch-Elevation durchführen. Letzteres würde bedeuten, zu stanzen und dann die Haut etwas anzuheben – das Narbengewebe also nicht herauszunehmen – und dann mit einem Faden zu fixieren.

Ein weiteres Problem sind atrophe Narben, die in der Tiefe entzündlich verbacken und nicht mobilisierbar sind. Hier arbeiten wir dann mit einer Subzision unter Anästhesie: Wir lösen die Narbenstränge und legen mitunter einen Filler darunter, damit das gelöste Gewebe nicht direkt wieder unten festwächst, sondern angehoben bleibt. Das wäre eine frühe Maßnahme, um dann andere Maßnahmen anzuschließen, nachdem man das Gewebe aus der Tiefe geholt hat. Im nächsten Schritt gehen wir dann an die Oberfläche. Hier haben wir die ganze Palette von klassischem Needling, Radiofrequenz-Microneedling, nicht-ablativen fraktionierten Lasern und chemischen Peelings. Natürlich immer individuell auf die Patientin bzw. den Patienten angepasst.

Bezüglich Studienlage und der zu erwartenden Wirkung, gilt der frak-

tionierte CO₂-Laser als Goldstandard für atrophe Akne-Narben. In unserer Praxis behandeln wir eher aggressiv, damit man, wenn die Betroffenen schon eine gewisse Downtime haben, dadurch auch einen entsprechenden Effekt erzielen kann. In einem solchen Fall muss man den Patienten aber natürlich über Schmerzen, Schwellung, Krusten, Rötung, langanhaltende Rötung, potenzielle Pigmentverschiebung usw. realistisch aufklären.

Was wir auch bei tieferen Icepick-Narben gerne durchführen, ist mit hochkonzentrierter Trichloressigsäure, TCA, zu arbeiten. Wir setzen dann 30- oder 50-prozentige TCA-Lösung ein, die mit dem Zahnstocher in die Icepick-Narben eingebracht wird, um die Narben nach oben zu holen. Dieses Verfahren ist auch als TCA-CROSS, TCA Chemical Reconstitution Of Scarred Skin, bekannt. Häufig erfolgt dies in Form sogenannter Mosaik-Peels: höher konzentriert für die Icepicks und dann in der Fläche mit geringeren Konzentrationen. Gerade bei tiefen Narben kann man auch mit tiefen Phenol-Peels arbeiten. Diese kombinieren wir dann mitunter

mit einem fraktionierten CO₂-Laser. Die tiefen Narben werden dann beispielsweise mit Phenol bearbeitet und in der Fläche kommt der CO₂-Laser zum Einsatz.“

Wie gehen Sie vor, wenn die Narben nicht ganz so stark ausfallen?

Prof. Dr. Gerber: „Wenn Narben nicht ganz so ausgeprägt ist, dann arbeiten wir gerne mit nicht-ablativen fraktionierten Lasern. Wir verwenden einen fraktionierten Erbium-Glass-Laser, bei dem die Downtime deutlich geringer ausfällt. Hier braucht es aber natürlich dann mehr Sitzungen für den gleichen Effekt. Radiofrequenz-Microneedling kann ebenfalls hilfreich sein. Das würde ich vom Nebenwirkungsprofil her zwischen den nicht-ablativen fraktionierten Lasern und dem CO₂-Laser ansiedeln. Man kann Radiofrequenz-Microneedling auch gut mit einem nicht-ablativen fraktionierten Laser kombinieren. Das RF-Microneedling geht noch mal ein bisschen tiefer und die anderen Maßnahmen wirken eher an der Oberfläche. Gerade bei dunkleren Hauttypen arbeiten wir gerne mit dem klassischen Mic-

roneedling, weil wir hier möglichst keine Hitze erzeugen wollen; auch Chemical Peeling kann man vorsichtig zur Anwendung bringen.“

Welche weiteren Kombinationsmöglichkeiten sehen Sie?

Prof. Dr. Gerber: „Vor apparativen Eingriffen kann man die Haut zum Beispiel mit Polynukleotiden konditionieren oder nach Laser oder Needling PRP einsetzen, um die Downtime zu reduzieren. Gerade bei atrophe Narben kann ich mit Polymilchsäure oder Calciumhydroxylapatit vorbehandeln. Ich bringe also die Fibroblasten in einen aktivierten Zustand und appliziere dann über ein Energy-Based Device ein Trauma als Stimulus, um den Effekt weiter zu maximieren.“

Außerdem bereiten wir die Haut vor solchen Behandlungen natürlich entsprechend vor. Wir arbeiten auch hier mit Retinoiden. Ich persönlich verwende gerne Trifaroten, weil es – meiner Einschätzung nach – die Pigmentierung kontrolliert und bereits den Claim hat, Akne-Narben zu reduzieren. Wenn wir wiederum ein gewisses Risiko für Pigmentverschiebung oder Hyperpigmentierung sehen, dann arbeiten wir vorher auch mit dem Kligman-Triple aus Hydrochinon, Vitamin-A-Säure und Hydrocortison in Kombination. Hier ist das Ziel, die Melanozyten-Aktivität vor dem Eingriff, soweit es geht, herunterzufahren. Hautaggressive Maßnahmen setzen wir dabei vor allem in der Wintersaison ein, um so

die Risiken für Pigmentverschiebungen zu minimieren.“

Wie wichtig ist die „Mitarbeit“ der Patientinnen und Patienten?

Prof. Dr. Gerber: „Man weiß nie, wie die individuelle Compliance ist. So gibt es Patienten, die dann im Winter doch noch 'ganz spontan' in die Sonne fliegen wollen, die aber dazu nichts gesagt haben. Oder die dann doch fotosensibilisierende Medikamente genommen haben etc. Man muss eigentlich mit fast allem rechnen. Auch kann man beobachten, dass Patienten häufig mit einer hohen Erwartungshaltung in die Praxis kommen. Aus meiner Erfahrung kann man bei der Behandlung von Akne-Narben nie vorhersagen, wie gut die Therapie anspricht. Deshalb bin ich mit großen Versprechungen zurückhaltend. Mir ist es lieber, wenn der Patient positiv überrascht ist, als dass ich das Blaue vom Himmel verspreche und der Patient am Ende enttäuscht wird.“

Auf der anderen Seite ist es auch so, dass Patienten manchmal vergessen, wie ihr Ausgangsbefund tatsächlich war. Deshalb ist eine ausführliche Fotodokumentation vorher, gerade bei Akne-Narben, essenziell, auch um Diskussionen im Nachgang abzukürzen. Hier arbeiten wir mit standardisierten Fotosystemen. Was wir zusätzlich machen, ist – gerade bei den Akne-Narben – eine Shadow-Fotografie. Im abgedunkelten Zimmer – das Licht kommt von oben – positionieren wir den Patienten so,

dass man einen Schattenwurf erzielt, um die Akne-Narben besser sichtbar zu machen. Quasi das Gegenteil von dem, was man so in Social-Media-Kanälen sieht. Dort ist es oft so: Vorher kommt das Licht von oben auf dem Nachher-Bild kommt das Licht dann frontal – und im Ergebnis sind alle Akne-Narben weg. Dann legt man noch einen Filter darüber und alle sind happy. Das Problem ist: Die Patienten sehen das, kommen mit dieser Erwartungshaltung, und dann muss man erst mal vermitteln, dass man das in der realen Welt nicht erfüllen kann. Hier sollte man mit guter Dokumentation und ehrlicher Erwartungshaltung vorbauen.“

Was ist Ihr persönliches „Learning“?

Prof. Dr. Gerber: „Ich war lange Zeit, muss ich zugeben, gegenüber dem Radiofrequenz-Microneedling eher kritisch eingenommen – im Vergleich zu den Laserverfahren und den anderen Optionen, hatte dann aber tatsächlich ein, zwei Patienten, wo das Ergebnis mit dem RF-Microneedling überzeugend gut war. Dies hat mich letzten Endes veranlasst hat, ein solches Gerät für die Praxis anzuschaffen. Heute ist das RF-Needling ein wichtiger Baustein in unserem Therapiekonzept.“

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Gerber, herzlichen Dank für das Gespräch und die praxisnahen Eindrücke!

Das Interview führte Sabine Mack.



Kongressverweis

Auf der diesjährigen Tagung DERM in Frankenthal war Prof. Dr. Gerber mit zwei Fachvorträgen vertreten: „Spätakne verstehen und behandeln: Ein Update für die Praxis, Galderma-Firmensymposium“ sowie „Multimodale Therapie von Akne-Narben – von Laser und Chirurgie bis zum Chemical Peeling, ADK-Symposium“.

