

Zusammenfassung

Klinische Leitlinien sind definiert als „systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen“. Leitlinien haben dabei die Aufgabe, das umfangreiche Wissen (wissenschaftliche Evidenz und Praxiserfahrung) zu speziellen Fragestellungen zu bewerten um Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens zu helfen, Entscheidungen über eine angemessene und effektive Patientenversorgung zu treffen. In Abhängigkeit vom Evidenzgrad können hier erfahrungs- versus evidenzbasierte Leitlinien unterschieden werden. Ziel dieses Artikels ist es einen Überblick über die Methodik der Leitlinienentwicklung, Stand von internationalen Leitlinien in der Dermatologie und das aktuelle Leitlinienprojekt zur Entwicklung einer Stufe-3-Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris zu ermöglichen.

Abstract

Clinical guidelines have been defined as “systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances”. They are designed to evaluate and implement the ever-increasing amount of evidence and opinion on best current practice and they can assist doctors and other health care professionals in making decisions about appropriate and effective care for their patients. Depending on the level of evidence expert knowledge based and evidence based guidelines can be distinguished. This article reviews the methods of guideline development, the state of international guidelines in dermatology and the recent psoriasis-guideline-project in Germany.

Hintergrund

Was sind Leitlinien?

Leitlinien sind definiert als „systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen“. Vorrangiges Ziel der Leitlinien ist die Bereitstellung von Empfehlungen zur Erreichung einer optimalen Qualität der Gesundheitsversorgung. Leitlinien haben dabei die Aufgabe, das umfangreiche Wissen (wissenschaftliche Evidenz und Praxiserfahrung) zu speziellen Fragestellungen zu bewerten, gegensätzliche Standpunkte zu

klären und unter Abwägung von Nutzen und Schaden das derzeitige Vorgehen der Wahl zu definieren, wobei als relevante Zielgrößen (Outcomes) nicht nur Morbidität und Mortalität, sondern auch Patientenzufriedenheit und Lebensqualität zu berücksichtigen sind. Leitlinien sind weder als Anleitung für eine so genannte „Kochbuchmedizin“ zu verstehen; noch stellen sie die Meinungen einzelner Fachexperten dar. Vielmehr handelt es sich bei Leitlinien um den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens multidisziplinärer Expertengruppen zu bestimmten Vorgehensweisen in der Medizin.

Institutsangaben

Division of Evidence Based Medicine (dEBM), Klinik für Dermatologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Korrespondenzadresse

Dr. med. Markus Follmann, MPH, MSc · Division of Evidence Based Medicine (dEBM) · Klinik für Dermatologie · Charité – Universitätsmedizin Berlin · Campus Charité Mitte · Schumannstraße 20/21 · 10117 Berlin · E-mail: markus.follmann@charite.de

Bibliografie

Akt Dermatol 2004; 30: 263–266 © Georg Thieme Verlag Stuttgart KG · New York · DOI 10.1055/s-2004-825680 · ISSN 0340-2541

Tab. 1 Drei-Stufen-Konzept von Leitlinien (LL)

1. Stufe: Expertengruppe	Eine repräsentativ zusammengesetzte Experten- gruppe der Wiss. Med. Fachgesellschaft erarbeitet im informellen Konsens eine Leitlinie.
2. Stufe: Formale Konsensusfindung	Vorhandene Leitlinien der Stufe S1 werden in einem der bewährten formalen Konsensusverfahren bera- ten und als LL der Stufe 2 verabschiedet. Formale Konsensusfindungsmethoden sind nominaler Grup- penprozess, Delphimethode und Konsensuskonfe- renz. Sie enthalten eine Diskussion der Evidenz für die verabschiedeten Statements. Für die Durchfüh- rung ist die Mitarbeit von Methodikern hilfreich.
3. Stufe: Leitlinien mit allen Elementen systematischer Erstellung	Der formale Konsensusprozess wird durch weitere systematische Elemente erweitert: – logische Analyse (klinischer Algorithmus), – Methoden der Evidenzbasierten Medizin, – Entscheidungsanalyse, – Ergebnis-Analyse (Outcome-Analyse)

Leitlinien unterscheiden sich von systematischen Übersichtsarbeiten und HTA-Berichten (Health Technology Assessment) durch ihre primäre Zielsetzung, klinisch tätigen Ärzten explizit ausformulierte und konkrete Entscheidungshilfen bereitzustellen.

Im Rahmen der Entwicklung, Verbreitung und Implementierung von „Evidenzbasierter Dermatologie“ nehmen evidenzbasierte Leitlinien, deren Grundlage der Konsens auf einer systematischen Recherche und Analyse der Literatur darstellt, eine zentrale Rolle ein.

Wie werden Leitlinien klassifiziert?

Seit 1995 koordiniert die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) die Erarbeitung von Leitlinien von mehr als 120 Mitgliedsgesellschaften. Im Zentrum steht das Drei-Stufen-Konzept. Stufe 1 kann man als erfahrungsbasierte Leitlinien, Stufe 3 als evidenzbasierte Leitlinien bezeichnen. Die Stufe-2-Leitlinien können evidenzbasierte Elemente enthalten. Ihnen fehlt aber die formale Strukturierung, die eine Stufe-3-Leitlinie auszeichnet (Tab. 1).

Welche dermatologischen Leitlinien gibt es?

In Deutschland und weltweit liegen zu vielen dermatologischen Erkrankungen Leitlinien vor. Diese werden regelmäßig im AWMF online (<http://leitlinien.net>) veröffentlicht. Diese Leitlinien stellen jedoch bisher ohne Ausnahme Stufe-1- bzw. -2-Leitlinien dar (Tab. 2).

Welche Leitlinien gibt es bisher weltweit zur Psoriasis?

Eine systematische Recherche zu den bisher veröffentlichten – zum Teil evidenzbasierten – Leitlinien ermöglicht die Guidelines International Network (G.I.N.)-Datenbank, die jedoch nur einen Teil der vorhandenen Leitlinien umfasst, da nicht alle internationalen Leitlinienanbieter im G.I.N. vertreten sind. In der Datenbank finden sich (Stand April 2004) drei Leitlinien zur Psoriasis vulgaris:

Tab. 2 Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Dermatologie aus den Leitlinien von Fachgesellschaften (AWMF online, Stand 12. 3. 2004)

AWMF- Reg.-Nr.		Stand
013/001	S1 Psoriasis-Therapie	11/1999
013/012	S2 Acne inversa	02/2001
013/022	S2 Pilonidalsinus	02/2001
013/023	S1 Zoster und Zosterschmerzen	12/2000
013/013	S1 Therapie mit Ciclosporin in der Dermatologie	10/2000
013/014	S1 Perioperative Antibiotikatherapie in der Operativen Dermatologie	10/2000
003/001	S2 Stationäre und ambulante Thromboembolie-Prophylaxe in der Chirurgie und der perioperativen Medizin	04/2003
013/021	S1 Spezielle Aspekte zur Thromboembolie-Prophylaxe in der Operativen Dermatologie	08/2003
013/015	S1 Prüfung von Arzneimitteln bei chronischer Veneninsuffizienz	10/2000
013/016	S1 Erfassung von Lebensqualität in der Dermatologie	10/2002
013/018	S1 Durchführung des Epikutantests mit Kontaktallergenen	01/2001
013/029	S1 Empfehlungen zur Phototherapie und Photochemotherapie	11/2002
013/024	S2 Psychosomatische Dermatologie	01/2002
013/027	S1 Atopische Dermatitis	07/2002
013/026	S1 Dermatologische stationäre Rehabilitation bei atopischer Dermatitis Erwachsener	08/2001
013/028	S1 Diagnostik und Therapie der Urtikaria	07/2002
013/030	S1 Therapie pathologischer Narben (hypertrophe Narben und Keloide)	09/2001
013/031	S1 Aktinische Prurigo	08/2003
013/032	S1 Polymorphe Lichtdermatose	08/2003
051/024	S1 Artificielle Störungen	07/2002
013/034	S1 Topische Dermatotherapie mit Glukokortikoiden – Therapeutischer Index	12/2003
013/035	S1 Phototoxische und photoallergische Reaktionen	12/2003
013/019	S1 Diagnostik des infertilen Mannes, Leitsymptom: unerfüllter Kinderwunsch	02/2001
013/020	S1 Varikozelenbehandlung	10/2000
059/001	S1 Condylomata acuminata und andere HPV-assoziierte Krankheitsbilder des Genitale und der Harnröhre	06/2000
055/0004	S2 Postexpositionelle Prophylaxe der HIV-Infektion	05/2002
055/001	S2 Antiretrovirale Therapie der HIV-Infektion	07/2002

- eine evidenzbasierte Leitlinie des holländischen CBO (Qualitätsinstitut für Gesundheit) mit dem Titel „Photo(chemo)-Therapie und systemische Therapie bei schwerer chronischer Plaque-Psoriasis“ aus dem Jahr 2003 [1],
- eine Psoriasis-Leitlinie des holländischen NHG (Verband der holländischen Allgemeinmediziner) aus dem Jahr 1996 [2],
- eine britische Leitlinie zu neuen Therapien bei mäßiger bis schwerer Psoriasis, welche voraussichtlich im Jahr 2005 veröffentlicht wird.

Eine freie Suche zu existierenden Leitlinien ist möglich über die Fachorganisationen der einzelnen Länder, welche über die Internetseite www.leitlinien.de abgerufen werden können. Bei der Suche auf 37 Seiten aus 12 Ländern fanden sich neben den o.g.

Tab. 3 Vergleich von Leitlinien unterschiedlicher Evidenzstufen zur Therapie der Psoriasis

Therapie Bsp. Phototherapie	LL Deutschland [6] Publikationsjahr 1999	LL Finnland [4] 2002	LL Niederlande [1] 2003
Text	Als Therapie erwähnt: – UVB-Phototherapie – Breitspektrum UVB – 311nm UVB – Photochemotherapie (PUVA) – Klassische (orale) PUVA-Therapie – Bade-PUVA – Creme-PUVA – Balneophototherapie	Phototherapie wird bei ausgedehnter Psoriasis angewendet (> 20% der Körperoberfläche). SUP und UVB-Phototherapie sind besonders effektiv bei oberflächlichen Typen der Psoriasis wie bei Psoriasis guttata und anderen, weniger schuppenden Formen. SUP und UVB werden häufig kombiniert mit systemischen Retinoiden und mit angemessener begleitender topischen antipsoriatischer Therapie. Photochemotherapie mit PUVA ist die effektivste Art der Phototherapie. Die Behandlung kann entweder oral (Tabletten-PUVA) oder durch Auflösen des Agens im Badewasser (Bade-PUVA) durchgeführt werden. RePUVA besteht aus PUVA kombiniert mit einem gleichzeitigen Gabe eines oralen Retinoids (Acitretin). Indikationen, verfügbare Dosierungen und die Häufigkeit der Phototherapie sowie begleitende Behandlungen erfordern die Erfahrung eines Dermatologen. PUVA- und Retinoid-Therapie können nur von einem Dermatologen durchgeführt werden.	UVB (Evidenzniveau 2) Es gibt gute Hinweise, dass eine Monotherapie mit UVB bei gut der Hälfte aller Patienten zu einer partiellen oder nahezu vollständigen Remission führt. Der Prozentsatz der Patienten mit nahezu vollständiger Remission variiert stark. PUVA (Evidenzniveau 2) Trotz bestehender Unterschiede der eingeschlossenen Studien liegt der Prozentsatz der Patienten mit ≥ 75 %iger Remission gegenüber dem Ausgangsbefund bei 55 – 88 %. Das gewichtete Mittel liegt bei 87%. Das gewichtete Mittel des Prozentsatzes der Patienten mit einer ≥ 90 %igen Verbesserung gegenüber dem Ausgangsbefund liegt bei 66 % (42 – 97 %). Die durchschnittliche Behandlungsdauer variierte zwischen 3 und 10 Wochen. Es wurde 2- bis 4-mal wöchentlich behandelt.
zitierte Quellen	keine	8	UVB: 25 PUVA: 28
ausgewertete Studien	keine	nicht bekannt	UVB: 5 PUVA: 7

noch eine Leitlinie der British Association of Dermatologist mit dem Titel „Recommendations for the initial management of psoriasis“ [3] und eine finnische Leitlinie zur Diagnostik und Therapie aus dem Jahr 2002 [4]. Die angegebenen Leitlinien unterscheiden sich zum Teil außerordentlich in Bezug auf Adressaten (Dermatologen, Hausärzte, Internisten), Methodik (Ein- und Ausschlusskriterien der beurteilten Studien, Methode der Evidenzbewertung und andere) und untersuchter Therapeutika (nur systemische Therapie oder auch topische Therapie).

Exemplarisch werden in Tab. 3 Auszüge aus drei verschiedenen Leitlinien zum Thema Phototherapie der Psoriasis vulgaris gegenübergestellt.

Aktuelles Leitlinienprojekt von DDG und BVDD

Im Februar 2004 wurde an der dEBM das Projekt zur Entwicklung einer evidenzbasierten Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris initiiert. Dieses Projekt, das zu der ersten deutschen Leitlinie führen soll, wird von der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) und des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen (BVDD) unterstützt.

Ziel der geplanten Leitlinie ist es, für Arzt und Patient Therapieempfehlungen für die Psoriasis vulgaris aufbauend auf einer wissenschaftlich fundierten, evidenzbasierten Grundlage unter Berücksichtigung der Lebensqualität des Patienten zu schaffen,

mit Hilfe derer ein für den einzelnen Patienten zugeschnittenes Therapieschema gewählt werden kann.

Die Erstellung dieser Leitlinie ist auf den Leitlinien-erstellung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und des Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) aufgebaut [5]. Sie wird sich auf die Ergebnisse der holländischen Richtlinie „Richtlijn Foto(Chemo-) Therapie en systemische Therapie bij ernstige chronische Plaque Psoriasis“, die im letzten Jahr publiziert wurde [1] stützen. Zusätzlich werden im Rahmen der deutschen Leitlinie topische Therapien, Kombinationstherapien, neuere Therapieansätze mit Biologicals u. a. beurteilt und einbezogen werden. Nach Formulierung der klinisch relevanten Fragen durch die Leitliniengruppe in Zusammenarbeit mit Patienten und Patientenvertretern wird in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Cochrane Zentrum in Freiburg eine umfangreiche und komplette Literatursuche zu allen publizierten Therapiestudien zur Psoriasis vulgaris durchgeführt. Hierzu werden die Datenbanken der Cochrane Collaboration, MedLine und EmBase eingeschlossen. Nach definierten Ein- und Ausschlusskriterien sortiert, wird die Literatur anschließend kritisch anhand von vorgegebenen Evidenztabelle und Bewertungskriterien beurteilt werden.

Aktuell findet die Bildung der Leitliniengruppe statt. Hierfür werden von der DDG und dem BVDD 5 niedergelassene Dermatologen vom BVDD und 5 Dermatologen aus der Klinik von der DDG nominiert. Diese Kerngruppe wird die Literatur zu verschie-

Tab. 4 Beteiligte Institutionen, Gesellschaften und Kooperationspartner der deutschen Psoriasis-Leitlinie (Stand April 2004)

Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD)
Deutsches Cochrane Zentrum Freiburg
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
Deutscher Psoriasis Bund e. V.
Werkgroep Psoriasis en Commissie Richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO)

denen Therapieoptionen kritisch sichten und erste Formulierungen zur Leitlinie aufsetzen. Eine erweiterte Gruppe neben den Dermatologen bestehend aus einem multidisziplinären Team von Psoriasis-Patienten, Pflegekräften, Rheumatologen, Psychosomatikern, Vertretern der Gesetzlichen Krankenkassen und der Ärztekammer u. a. wird zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb so genannter Konsensuskonferenzen die erarbeiteten Vorschläge gemeinsam beurteilen und die endgültigen Leitlinien verabschieden (Tab. 4)

Danksagung

Für die Unterstützung des Leitlinienprojektes bedanken wir uns bei der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) und dem Berufsverband Deutscher Dermatologen e. V. (BVDD).

Literatur

- 1 Richtlijn foto(chemo)therapie en systemische therapie bij ernstige chronische plaque psoriasis. Van Zuiden Communications; ISBN 90-7690-88-2, 2003
- 2 Lantinga H, Ek JW, Nijman FC, Antonietti-Barels IH, Nijssen JP, Bos D et al. NHG-Standaard Psoriasis. In: Thomas S, Geijer RMM, van der Laan JR, Wiersma Tj (Hrsg). NHG Standaarden voor de huisarts II. Utrecht: 1996: 237
- 3 British Associations of Dermatologists. Recommendations for the initial management of psoriasis. www.bad.org.uk/doctors/guidelines/psoriasis.asp
- 4 Finnish Society Duodecim. Psoriasis. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd, 2002
- 5 Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich (ZaeFQ), 2001; 95 Suppl. I
- 6 Psoriasis. In: Korting HC, Callies R, Reusch M, Schlaeger M, Sterry W (Hrsg). Dermatologische Qualitätssicherung: Leitlinien und Empfehlungen. W. Zuckschwerdt Verlag, 2003: 60–65

Buchbesprechung

Die Dermatologie der schwarzen Haut in Paris

Dermatologie sur peau noire en france métropolitaine. Paris: Flammarion, 2003. 128 S. ISBN 2-257-10322-X

Ein dringliches Anliegen wird hier angesprochen und vorbildlich gelöst, die Dermatologie auf der dunklen Haut der Menschen aus Schwarzafrika, welche permanent oder vorübergehend in der Agglomeration Paris sich aufhalten. Es sind dies von den ca. 3 Millionen Schwarzafrikanern in Frankreich allein 2 Millionen. Den beiden Pariser Dermatologen Camille Fitoussi und Luc Sulimovic ist in einem handlichen Bändchen von 128 Seiten eine sympathische Vorstellung der Probleme dieser Leute gelungen. Schwarzafrikaner in Paris erfahren einen Sonnenmangel, herabgesetzte Luftfeuchtigkeit und geringere Temperaturen als in ihren Herkunftsländern. In 2–4 Wochen erleiden sie dadurch eine Aufhellung der Pigmentierung, teil generalisiert, teils aber auch fleckig. Letzteres wird besonders im Gesicht als auffällig und störend empfunden. Dazu kommt eine vermehrte Hauttrockenheit mit Xerose und oft folliculärer Betonung. Am behaarten Kopf kommt es bei den verwobenen Afro-Frisuren zudem zur starken Verfilzung und Impetiginisierung. Zu all diesen Problemen werden spezielle Empfehlungen zu Reinigung und Pflege geboten. Die bekannten Hauterkrankungen zeigen sich auf schwarzer Haut oft ganz anders als gewohnt. Hyperpigmentierungen aller Schattierungen und folliculäre Keratosen treten in allen möglichen Ausformungen auf und wirken für das ungeübte Auge sehr verwirrend. Aber auch ungewohnte Depigmentierungen sind häufig und besonders auffällig. Neben der üblichen Dermatotherapie sind die Behandlungsintensitionen der Pigmentstörungen von besonderer Vordringlichkeit. Anleitung und Grenzen der Möglichkeiten werden geboten. Reichhaltiges Bildmaterial unterstützt die Diagnostik und zeigt auch, dass nicht nur das dermatologische Auge besonders gefordert ist, sondern auch der Fotograf. Hinweise für die Rückkehr nach Afrika und ein Sachregister runden das gelungene Werk ab.

E. G. Jung, Heidelberg