

Der Hautarzt

Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie und verwandte Gebiete

Elektronischer Sonderdruck für

D. Matusiewicz

Ein Service von Springer Medizin

Hautarzt 2012 · 63:801–807 · DOI 10.1007/s00105-012-2431-y

© Springer-Verlag 2012

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

D. Matusiewicz · A. Körber · D. Schadendorf · J. Wasem · A. Neumann

Psoriasis im Kindes- und Jugendalter

Eine bundesweite Ärztebefragung zur Versorgungssituation in Deutschland

Psoriasis im Kindes- und Jugendalter

Eine bundesweite Ärztebefragung zur Versorgungssituation in Deutschland

Zur Versorgungssituation der Psoriasis (Schuppenflechte) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland liegen bis heute insgesamt nur vereinzelte empirische Daten vor. Es wird ein genereller Mangel an Forschungsprojekten beklagt und ein umfassender Nachholbedarf seitens der Wissenschaft und Gesundheitspolitik reklamiert. Die Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen mit Psoriasis wird auf Basis weniger bevölkerungsbezogener Daten auf 0,7% geschätzt [2, 11]. Um die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen abbilden zu können, sind weitere Informationen über die Versorgungsrealität notwendig: Bei welcher Arztgruppe werden die Kinder und Jugendlichen mit Psoriasis behandelt? Wie sieht das Krankheitsbild der juvenilen Psoriasis aus? Mit welchen Wirkstoffen werden diese Patienten behandelt? Wie zufriedenstellend sind die Therapiemöglichkeiten? In der vorliegenden Studie findet eine Deskription der Versorgungssituation der juvenilen Psoriasis mit besonderem Augenmerk auf die eingesetzte Diagnostik und Therapie der betroffenen Kinder und Jugendlichen statt. Ziel der vorliegenden Studie ist es, auf Basis einer Primärdatenerhebung bei behandelnden Ärzten weitere Informationen über die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Psoriasis in Deutschland abzubilden.

Material und Methoden

Aufbau des Fragebogens

Das genutzte Fragebogenset bestand aus 2 Bestandteilen:

- Der erste Bestandteil war ein allgemeiner Fragebogen (Fragebogen A) mit Fragen zu dem teilnehmenden Arzt und zum derzeitigen Patientenkollektiv an Kindern und Jugendlichen mit Psoriasis.
- Der zweite Bestandteil war ein Fragebogen (Fragebogen B) mit Fragen zum individuellen Patienten.

Der Fragebogen zielte auf Patienten mit juveniler Psoriasis ab, die in dem betrachteten Jahr das 18. Lebensjahr nicht überschritten hatten. Auf Basis der ärztlichen Dokumentation sollten die Ärzte die Patienten aus ihrem Kollektiv selbst in die Studie einschließen. Im Fragebogen B wurden zunächst soziodemografische und anamnestiche Angaben erfragt. Wesentliche Bestandteile des Fragebogens waren das Krankheitsbild und die angewandte Therapie der juvenilen Psoriasis. Der Fragebogen endete mit der Abfrage der Zufriedenheit der Ärzte mit der aktuellen Behandlung der eingeschlossenen Patienten. Ein detaillierter Aufbau des Fragebogens mit den einzelnen Kapiteln und den wesentlichen Frageitems ist in **Tab. 1** abgebildet.

Fragebogen B war in 3-facher Form beigefügt, sodass der Arzt 1 bis 3 Patien-

ten in die Studie einschließen konnte. Die Anzahl der einzuschließenden Patienten wurde im Studiendesign auf maximal 3 Patienten mit juveniler Psoriasis limitiert, um Verzerrungen durch einzelne Ärzte, die eine hohe Anzahl von Patienten mit juveniler Psoriasis betreuen, zu vermeiden. Die im Freitext angegebenen Begründungen der Ärzte für die Angabe zur Zufriedenheit wurden in Antwortkategorien (Therapieresistenz, fehlende Compliance, psychische Probleme, Verschlechterung, Stabilität, Verbesserung, Erscheinungsfreiheit, Zufriedenheit seitens der Patienten bzw. Eltern) zusammengefasst.

Stichprobenziehung

Auf Grundlage einer durchgeführten Analyse von Sekundärdaten (0,8 Mio. Versicherte aus dem Jahr 2006) wurde identifiziert, bei welchen Fachärzten Kinder mit Psoriasis am häufigsten betreut werden. Auf Basis der Erkenntnisse der Sekundärdatenanalyse wurde die Primärdatenerhebung auf Dermatologen und Pädiater beschränkt. Als Grundlage zur Stichprobenziehung wurden Adressen aller niedergelassenen und stationär tätigen Dermatologen und Pädiater in Deutschland berücksichtigt. Die Zufallsstichprobe wurde mit der Software SPSS in der Version 18 gezogen. Die Stichprobengröße orientierte sich an dem Verhältnis der Pädiater und Dermatologen in der Grundgesamtheit [3]. Es wurden insgesamt 2317 Ärzte (1533 Pädiater und 784 Derma-

Tab. 1 Aufbau des Fragebogens. (Quelle: eigene Darstellung)

Fragebogen	Items
A A1 Angaben zur Person und Praxis	Dokumentierender Arzt, Fachgebiet, Angaben zur Praxis/Klinikambulanz
A2 Angaben zum Patientenkollektiv	Anzahl der Patienten mit juveniler Psoriasis, Einschätzung zur Behandlungsart (topisch, systemisch, physikalisch), Bestimmung des Schweregrades (Methoden), Einschätzung des Schweregrades (leicht, mittel, schwer), Einschätzung der Patientensituation (Informationsstand, Therapiemöglichkeiten, Stigmatisierung etc.)
B B1 Zur Person	Soziodemografische Angaben (z. B. Alter, Geschlecht, Krankenversicherung), anamnestiche Angaben (z. B. Symptombeginn, Erstdiagnose, Komorbiditäten), Kontaktaufnahme mit Patienten (direkte Aufnahme, Überweisung)
B2 Krankheitsbild	Symptomatik, betroffene Körperteile, Schweregrad, Erscheinungsformen
B3 Therapie	Systemische Therapie, topische Therapie, Lichttherapie, Bad-/Klimatherapie, weitere Facharztbesuche, stationäre Aufenthalte, Anschlussbehandlung/Reha, Krankschreibungen/Arbeitsunfähigkeit
B4 Zufriedenheit	Zufriedenheit (des Arztes) über das aktuelle Ergebnis der Behandlung

Tab. 2 Datenrücklauf und Responserate. (Quelle: eigene Berechnung)

	Datenrücklauf Ärzte (Fragebögen)	Responserate Ärzte (Fragebögen)
	n	%
Pädiater	29 (57)	1,9 (1,2)
Dermatologen	76 (187)	9,7 (8,0)
Gesamt	105 (244)	4,5 (3,5)

tologen) angeschrieben. Um die Teilnahme an der Studie zu fördern, wurde eine Vergütung von 30 EUR pro patientenbezogenem ausgefülltem Fragebogen (Fragebogen B) angesetzt. Nach 1 Monat wurde ein Erinnerungsschreiben an die Ärzte aufgesetzt, die bis zu diesem Zeitpunkt keine Rückmeldung gegeben hatten.

Befragungs- und Betrachtungszeitraum

Die Befragung fand im Zeitraum vom 01.09.2010 bis 30.11.2010 statt. Die Fragen zur Arztpraxis und zum Patientenkollektiv (Fragebogen A) beziehen sich auf die Situation zum Zeitpunkt der Befragung. Die Angaben zum Krankheitsbild und zur Behandlung (Fragebogen B) beziehen sich retrospektiv auf das komplette Kalenderjahr 2009 (I/2009 bis IV/2009). Die Fragen zur Zufriedenheit mit der aktuellen Therapie und dem aktuellen Ergebnis (B4 in Fragebogen B) beziehen sich auf den Zeitpunkt der Befragung.

Ergebnisse

Datenrücklauf und Responserate

Die Höhe des Datenrücklaufs und die Responserate nach Facharztgruppen können aus **Tab. 2** entnommen werden.

Während die Responserate bei den Dermatologen bei 9,7% lag, antworteten bei den Pädiatern lediglich 1,9% der angeschriebenen Ärzte.

Ergebnisteil 1: Patientenkollektiv

Deskription

Unter den teilgenommenen 105 Ärzten (72,4% Dermatologen und 27,6% Pädiater) lag die durchschnittliche Anzahl der Ärzte pro Praxis bei 3,2 (Median 1,0). Bezogen auf die Ortsgröße, waren die meisten Arztpraxen bzw. Kliniken in Städten mit >300.000 Einwohner (Modus) ansässig, wobei der Median bei 50.000 bis <100.000 Einwohnern lag. Die befragten 105 Ärzte haben insgesamt 1507 Kinder und Jugendliche (≤ 18) mit Psoriasis im Jahr 2009 behandelt. Die Anzahl der in diesem Jahr behandelten Kinder und Jugendlichen mit Psoriasis betrug durchschnittlich 14,4 (SD 16,8) pro Arzt. Bei den Dermatologen wurden mit 17,7 (SD 17,8) im Durchschnitt mehr Kinder und Jugendliche mit Psoriasis behandelt als bei Pädiatern mit 5,6 (SD 9,1). Die Anzahl der behandelten Kinder und Jugendlichen betrug zwischen 1 und 80 pro Praxis bzw. Klinik. Bezogen auf die Geschlechterverteilung waren insgesamt 52,5% des Patientenkollektivs weiblich.

Schweregrad und Behandlung

Zur Bestimmung des Schweregrades orientierten sich 95,5% der Ärzte an ihrem persönlichen ärztlichen Befund. Der PASI-Index mit 75,0% und die Bestimmung der betroffenen Körperfläche (KOF/BSA) mit 40,6% waren die am häufigsten angewandten Messmethoden. Insgesamt diagnostizierten die Ärzte nach eigener Schätzung (gewichtet nach dem Patientenkollektiv) bei 53,4% der Kinder und Jugendlichen eine leichte, 31,3% eine mittlere und 14,9% eine schwere Verlaufsform der juvenilen Psoriasis. Eine Spezifizierung der Schweregrade wurde nicht abgefragt. Bezogen auf die Behandlung, gaben die Ärzte an, dass etwa 81,2% der Kinder und Jugendlichen mit Psoriasis im Patientenkollektiv topisch behandelt werden. Eine weitere Einschätzung zeigte, dass 13,1% der Kinder und Jugendlichen eine physikalische Therapie (UV-Therapie) und 7,7% der Kinder und Jugendlichen eine systemische Behandlung erhielten. Es konnte kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Schwere der Erkrankung und Therapieform ermittelt werden.

Einschätzung der allgemeinen Patientensituation

Eine allgemeine Einschätzung der Ärzte zur Patientensituation und Belastung der Kinder und Jugendlichen mit Psoriasis zeigte das folgende Bild: Die gesellschaftlichen Probleme bzw. das Risiko der Stigmatisierung wurden von den Ärzten als hoch (Median = ziemlich) angesehen. Die Therapiemöglichkeiten sowie Therapiealternativen wurden als mittelmäßig (Median = mittelmäßig) bewertet. Eine ausreichende psychische Unterstützung (z. B. durch Selbsthilfegruppen) und auch der

medizinische Fortschritt in der Behandlung in den letzten Jahren wurden durch die befragten Ärzte als gering (Median = etwas) eingestuft.

Ergebnisteil 2: Eingeschlossene Patienten

Deskription

Bei den durch die Ärzte in die Studie eingeschlossenen Patienten (n=244) betrug das Durchschnittsalter 12,9 (SD 3,8) Jahre. Insgesamt 48,8% der eingeschlossenen Patienten waren weiblich. Die meisten der eingeschlossenen Patienten waren Schüler (80,7%), Auszubildende (10,7%) oder Kindergartenkinder (6,1%). Bei 52,9% der Kinder und Jugendlichen mit Psoriasis lag eine positive Familienanamnese vor. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der Familienanamnese war nicht signifikant ($\chi^2=7,4$, $p=0,114$). Bei den Kindern und Jugendlichen (in der Altersklasse 12 bis 18 Jahre) wurde bei 7,8% ein Raucherstatus und bei 5,4% ein Alkoholkonsum von den Ärzten angegeben.

Symptombeginn und Arztkontakte

Bei den eingeschlossenen Patienten trat die Erkrankung im Alter von 8,7 (SD 4,1) Jahren zum ersten Mal auf, beim weiblichen Geschlecht im Durchschnitt noch um 0,5 Jahre früher als beim männlichen Geschlecht. Die Aufteilung der Patienten in 6 Altersklassen zeigte, dass der Symptombeginn bei den meisten Kindern und Jugendlichen (28,3%) in der Altersklasse zwischen 10 und 12 auftrat. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Altersklassen und dem Symptombeginn konnte allerdings nicht festgestellt werden ($\chi^2=228,9$, $p=0,887$). Zwischen dem Symptombeginn und der Erstdiagnose beim Arzt vergingen bei den Kindern und Jugendlichen mit Psoriasis im Durchschnitt 0,7 Jahre (SD 1,9). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede waren nicht signifikant ($\chi^2=9,2$, $p=0,608$). Die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte wurde mit 2,4 (SD 2,1) pro Quartal angegeben.

Krankheitsbild

Die Psoriasis vulgaris bzw. Plaquepsoriasis mit 69,3%, die Psoriasis capitis mit 38,1% und die Psoriasis guttata mit 14,3% zählten zu den am häufigsten diagnos-

Hautarzt 2012 · 63:801–807 DOI 10.1007/s00105-012-2431-y
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

D. Matusiewicz · A. Körber · D. Schadendorf · J. Wasem · A. Neumann

Psoriasis im Kindes- und Jugendalter. Eine bundesweite Ärztebefragung zur Versorgungssituation in Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund. Ziel der vorliegenden wissenschaftlichen Studie ist die Deskription der aktuellen Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Psoriasis in Deutschland.

Methoden. Die Erhebung von Primärdaten zur Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen (≤ 18) wurde bei zufällig ausgewählten Dermatologen und Pädiatern aus dem gesamten Bundesgebiet durchgeführt. Die teilnehmenden Ärzte konnten 1 bis 3 Patienten aus dem Behandlungszeitraum 2009 in die Studie einschließen.

Ergebnisse. Die Rücklaufquote der Befragung betrug 9,7% bei Dermatologen und 1,9% bei den Pädiatern. Die Untersuchung hat gezeigt, dass die eingeschlossenen Kinder und Jugendlichen (n=244) mit Psoriasis überwiegend beim Dermatologen behandelt

werden. Betrachtet man die Therapieansätze, so wurden 79,9% der Patienten topisch, 7,5% physikalisch und 5,0% systemisch behandelt. **Schlussfolgerung.** Die juvenile Psoriasis im Kindes- und Jugendalter wird überwiegend von Dermatologen behandelt. Die meisten Kinder und Jugendlichen werden mit topischen Kortikosteroiden therapiert. Die juvenile Psoriasis stellt für den behandelnden Arzt eine therapeutische Herausforderung dar. Weitere Studien zur Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Psoriasis sind notwendig.

Schlüsselwörter

Psoriasis · Kinder · Jugendliche · Primärdatenerhebung · Versorgungsforschung

Psoriasis in children and adolescents. A nationwide physician survey on the healthcare situation in Germany

Abstract

Background. The aim of the present scientific study is the description of the current healthcare situation for children and adolescents with psoriasis in Germany.

Methods. Data on psoriasis in children and adolescents (≤ 18) was obtained from randomly selected dermatologists and pediatricians throughout Germany. The participating doctors could include 1–3 patients from the year 2009 into the study.

Results. The response rate to the survey was 9.7% for dermatologists and 1.9% for pediatricians. The study shows that psoriatic children and adolescents (n=244) are treated primarily by dermatologists. With regard to

the therapy approaches, 79.9% of the children and adolescents were treated with topical agents, 7.5% with physical modalities and 5.0% with systemic agents.

Conclusion. Psoriasis in childhood and adolescence is treated predominantly by dermatologists. Most of the patients were treated with topical corticosteroids. Childhood psoriasis is still a therapeutic challenge and further studies about the healthcare situation are necessary.

Keywords

Psoriasis · Children · Adolescents · Primary data acquisition · Healthcare situation

tizierten Formen der juvenilen Psoriasis. Betrachtet man die am häufigsten betroffenen Körperlokalisationen, so waren die Kopfhaut mit 63,1%, Arme mit 56,6%, Beine mit 51,6%, der Rücken mit 37,3%, Brust/Bauch mit 36,9%, das Gesäß mit 22,5% und das Gesicht mit 21,7% am häufigsten betroffen. Die Unterschiede bezüglich der jeweiligen betroffenen Körperstellen zwischen den Geschlechtern waren nicht signifikant. Die geschlechtsspezifischen Ergebnisse zeigten allerdings, dass beim weiblichen Geschlecht

im Durchschnitt mehr Körperstellen betroffen waren (Mittelwert 3,5; SD 2,0) als beim männlichen Geschlecht (Mittelwert 3,0; SD 2,0). Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern war statistisch signifikant ($\chi^2=17,8$, $p=0,038$). Insgesamt wurden bei 65,2% der Kinder und Jugendlichen Juckreiz und bei 42,2% Kratzspuren angegeben. Als Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) der juvenilen Psoriasis wurden bei 10,2% Adipositas, bei 5,7% Gelenkbeteiligung und bei 0,8% Diabetes mellitus genannt.

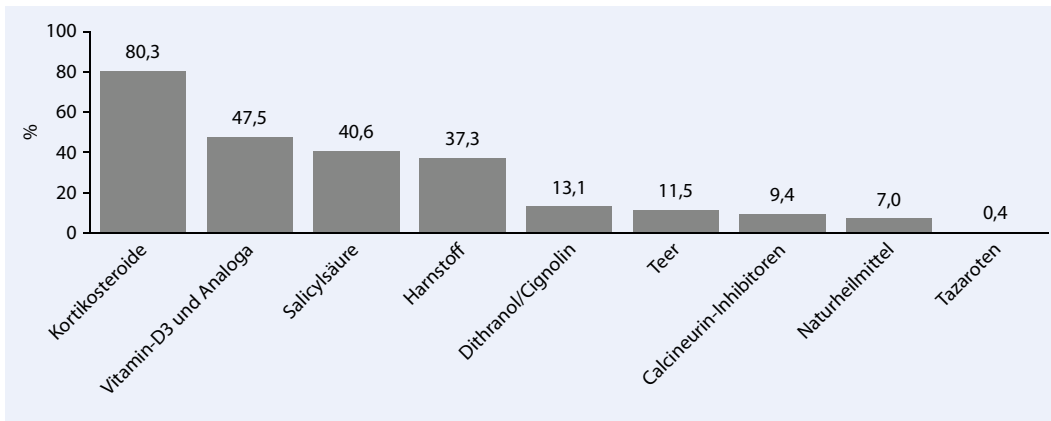


Abb. 1 ◀ Eingesetzte topische Therapeutika (n=244)

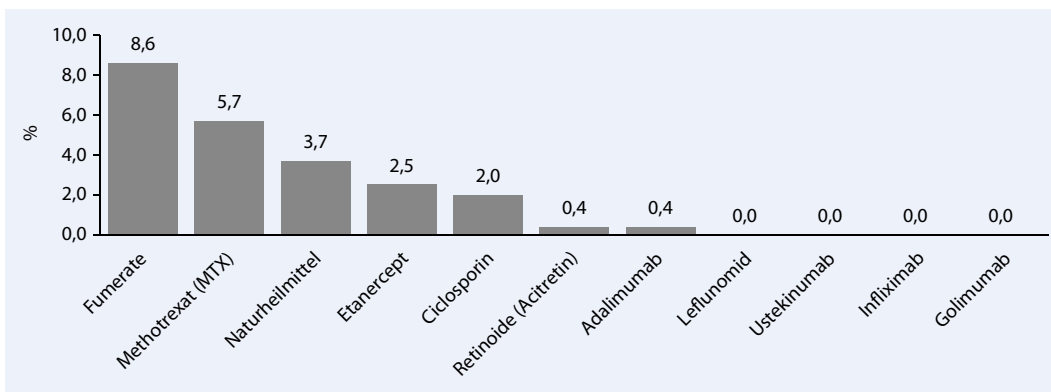


Abb. 2 ◀ Eingesetzte systemische Therapeutika (n=244)

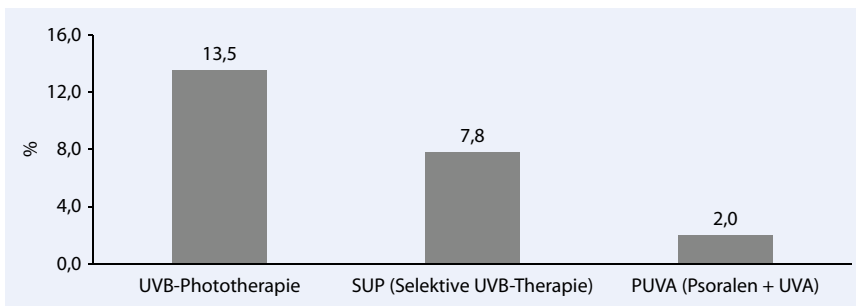


Abb. 3 ▲ Eingesetzte Lichttherapie (n=244)

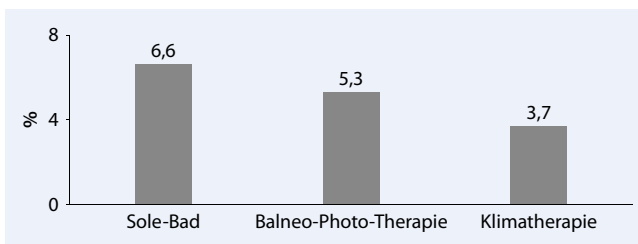


Abb. 4 ◀ Eingesetzte (Sole-)Bad/Klimatherapie (n=244)

Therapieansätze

Im Dokumentationszeitraum gaben die Ärzte durchschnittlich 3,3 unterschiedliche Therapieansätze (SD 1,6) bei den eingeschlossenen Kindern und Jugendlichen mit Psoriasis (n=244) an. Die Spannweite lag zwischen 1 und 8 unterschiedlichen Therapieansätzen. Der Unterschied zwi-

schen den Geschlechtern war nicht signifikant ($\chi^2=4,2$, $p=0,755$). In Hinsicht auf den gewählten Therapieansatz gaben insgesamt 79,9% der Ärzte an, eine topische Therapie verordnet zu haben. Der Anteil der systemischen Behandlungen belief sich ebenso wie eine Lichttherapie auf 7,5% der Behandlungen. Es folgte die

Durchführung von (Sole-)Bädern bzw. einer Klimatherapie mit 5,0%. Im Folgenden werden die relativen Häufigkeiten der gewählten Therapieansätze nach topischen, systemischen, Lichttherapie und (Sole-)Bad/Klimatherapie dargestellt:

Zu den am häufigsten eingesetzten topischen Therapeutika gehörten insbesondere Kortikosteroide mit 80,3%, Vitamin-D₃-Analoga mit 47,5%, Salicylsäure mit 40,6% sowie Harnstoff mit 37,3% (■ Abb. 1).

Die am häufigsten verordneten systemischen Therapeutika waren vor allem Fumerate mit 8,6%, Methotrexat mit 5,7%, Naturheilmittel mit 3,7% und Etanercept mit 2,5% (■ Abb. 2).

Als Lichttherapie wurde bei den Kindern und Jugendlichen am häufigsten die UVB-Lichttherapie mit 13,5%, gefolgt von der selektiven UVB-Therapie (SUP) mit 7,8% und der Therapie mit Psoralen und UVA (PUVA) mit 2,0% angegeben (■ Abb. 3).

Die eingesetzte (Sole-)Bad/Klimatherapie unterschied sich in Sole-Bad mit 6,6%, Balneo-Photo-Therapie mit 5,3% und Klimatherapie mit 3,7% (■ Abb. 4).

Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Behandlung

Bezüglich der Frage nach der Zufriedenheit mit dem aktuellen Therapieerfolg waren insgesamt 73,0% der Ärzte zufrieden, 16,4% unentschlossen (oder gaben keine Antwort) und 10,7% der Ärzte unzufrieden. Bei den Antworten zur Zufriedenheit gaben die Ärzte an, dass in 40,6% der Fälle eine Verbesserung, in 11,5% der Fälle eine Stabilität und in 10,7% der Fälle eine Erscheinungsfreiheit bei den Patienten aufgetreten ist. Bei den Antworten zur Unzufriedenheit gaben jeweils 3,7% eine Verschlechterung der Psoriasis oder mangelnde Compliance der Patienten an. Weiterhin sprachen 1,9% der Ärzte von psychischen Problemen der Patienten. Weitere 1,6% der Patienten sprachen von einer Therapieresistenz.

Diskussion

Die Antwortrate von 105 (29 Pädiater, 76 Dermatologen) der insgesamt 2317 angeschriebenen Ärzte ist als sehr niedrig zu bewerten. Es wurden lediglich 244 Patienten in die Studie eingeschlossen. Dies entspricht einer Response-Rate von 9,7% bei den Dermatologen und 1,9% bei den Pädiatern. Die geringe Rücklaufquote ist insbesondere bei den Pädiatern auffällig. Eine mögliche Erklärung für die geringe Rücklaufquote könnte in der Tatsache begründet sein, dass ein großer Teil der zufällig ausgewählten Ärzte keine Patienten mit juveniler Psoriasis betreut, was jedoch nicht durch Daten gestützt werden kann. Die Anzahl der einzuschließenden Patienten wurde im Studiendesign auf maximal 3 Patienten limitiert, um Verzerrungen durch einzelne Ärzte mit einer hohen Anzahl von Patienten mit juveniler Psoriasis zu vermeiden, was sicherlich ebenfalls einen Effekt auf die Rücklaufquote hatte. Die Ergebnisse der Rücklaufquote der Ärztebefragung deuten darauf hin, dass die überwiegende Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit Psoriasis beim Dermatologen behandelt wird. Im Rahmen der Angaben zum Patientenkollektiv wird die Annahme ebenfalls dadurch unterstrichen, dass die Dermatologen in ihrem Patientenkollektiv eine deutlich höhere Anzahl an Patienten mit juveniler Psoriasis im Vergleich zu den befragten

Pädiatern aufwiesen. Aufgrund der niedrigen Rücklaufquote der Ärztebefragung sind die Ergebnisse bezüglich des Betreuungsschwerpunktes als nicht repräsentativ einzustufen.

Bezüglich des Krankheitsbildes wurde festgestellt, dass bei den eingeschlossenen Patienten die Erkrankung im Durchschnitt im Alter von etwa 9 Jahren zum ersten Mal aufgetreten ist, beim weiblichen Geschlecht etwas früher. Ein früher Krankheitsbeginn im Kindes- und Jugendalter wird grundsätzlich mit einer schwierigeren Therapie der Psoriasis assoziiert [5]. Ein Ziel der Behandlung der juvenilen Psoriasis sollte es daher sein, den Zeitraum zwischen Symptombeginn und dem Behandlungsbeginn so gering wie möglich zu halten und eine Therapieempfehlung zu formulieren, um den Kindern und Jugendlichen in einem frühen Stadium der Erkrankung die richtige Behandlung anzubieten und somit den weiteren Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. Ferner wurde bei 52,9% der Kinder und Jugendlichen eine positive Familienanamnese angegeben. Bei positiver Familienanamnese steigt die Wahrscheinlichkeit zur Erkrankung an der juvenilen Psoriasis [1, 7, 10]. Falls die Erstdiagnose und Behandlung nicht in der Hand des befragten Arztes lagen, ist zu berücksichtigen, dass sich diese Angaben auf anamnestisch erhobene Informationen vonseiten des Patienten beziehen.

Als Prädilektionsstellen wurden in der vorliegenden Studie am häufigsten die Kopfhaut, Arme und Beine, Rücken und Brust/Bauch und das Gesicht genannt. Der häufige Befall der Kopfhaut, des Rumpfes und der Extremitäten findet sich in der Literatur zur juvenilen Psoriasis wieder [7]. Im Vergleich zur Psoriasis bei Erwachsenen sind insbesondere die Kopfhaut und das Gesicht bei Kindern und Jugendlichen häufiger betroffen [4, 7]. Dabei zeigte die vorliegende Studie, dass besonders Juckreiz ein häufiger Begleitaspekt der juvenilen Psoriasis darstellt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass insbesondere topische Therapeutika bei Kindern und Jugendlichen zur Behandlung der Psoriasis eingesetzt werden. Hierbei waren Kortikosteroide und Vitamin-D₃-Analoga die

am häufigsten angewandten Therapeutika in der Behandlung der juvenilen Psoriasis. Diese Ergebnisse decken sich auch mit weiteren Studien mit Routinedaten zur juvenilen Psoriasis [2]. Bei der Behandlung muss grundsätzlich der Nutzen der Therapie mit den potenziellen Nebenwirkungen im Verhältnis stehen. Dieser Aspekt der potenziellen Nebenwirkungen sowie fehlende Leitlinien und Therapiestandards resultieren letztlich in einem eher konservativen Behandlungsansatz. Insbesondere die Anwendung der systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen wurde nach wie vor nicht ausreichend mit Studien belegt (Ausnahme: Etanercept; [6, 9]). Die meisten systemischen Therapien für Kinder und Jugendliche sind nicht zugelassen und werden vereinzelt aufgrund guter Erfahrungen in der Praxis eingesetzt [8]. Der Therapieerfolg wurde in der vorliegenden Studie durch die befragten Ärzte als zufriedenstellend eingestuft. Die Einschätzung des Behandlungserfolgs der befragten Ärzte kann einem Bias unterliegen unter der Annahme, dass jeder Arzt seine eigene Behandlung der Kinder und Jugendlichen mit Psoriasis eher positiv darstellen möchte.

Fazit für die Praxis

- Die vorliegende Studie beleuchtete die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Psoriasis in Deutschland.
- In der vorliegenden Studie wurden die meisten Kinder und Jugendlichen beim Dermatologen behandelt, jedoch wurde die Primärdatenerhebung lediglich auf Dermatologen und Pädiater beschränkt, und es wurden hier keine Allgemeinmediziner eingeschlossen, sodass verallgemeinernde Aussagen über den Behandlungsort an der Stelle nicht getroffen werden können.
- Die Kinder und Jugendlichen mit Psoriasis werden meist topisch mit Kortikosteroiden behandelt.
- Insbesondere aufgrund der niedrigen Response-Rate ist es schwierig, allgemeingültige Schlussfolgerungen zu ziehen.

- Insgesamt können Verzerrungen der Ergebnisse in dieser Studie nicht ausgeschlossen werden.
- Ein weiterer Ausbau der Versorgungsforschung auf der einen Seite und die eingeleitete Einführung von Therapiestandards durch Leitlinien in der Praxis auf der anderen Seite sind notwendige nächste Schritte zur Verbesserung der Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Psoriasis in Deutschland.

Anmerkung

Die Ethikkommission der Universität Duisburg-Essen hat das Studienprotokoll bewertet und der Studie im Juli 2010 ein positives Votum gegeben.

Korrespondenzadresse



Dr. D. Matusiewicz
Lehrstuhl für Medizin-
Management,
Universität Duisburg-Essen
Schützenbahn 70, 45127 Essen
david.matusiewicz@medman.
uni-due.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist für sich und seine Koautoren auf folgende Beziehungen hin: Die Studie wurde durch einen „unrestricted grant“ der Firma Pfizer Deutschland gefördert. Pfizer Deutschland hatte keinen Einfluss auf das Studiendesign, die Durchführung der Studie oder Datengenerierung, Datenmanagement, Datenanalyse, Interpretation der Daten sowie die Erstellung des Manuskriptes.

Literatur

1. Altobelli E, Petrocelli R, Marziliano C et al (2007) Family history of psoriasis and age at disease onset in Italian patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 156:1400–1401
2. Augustin M, Glaeske G, Radtke MA et al (2009) Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *Br J Dermatol* 162:633–636
3. Bundesärztekammer (2010) Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Arztgruppen zum 31.12.2009. Online-Publikation; <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.8175.8177>
4. Howard R, Tsuchiya A (1998) Adult skin disease in the pediatric patient. *Dermatol Clin* 16(3):593–608
5. Kundakci N, Türsen Ü, Babiker MA, Gürgey E (2002) The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients. *Int J Dermatol* 41:220–224
6. Langley RG, Paller AS, Hebert AA et al (2011) Patient-reported outcomes in pediatric patients with psoriasis undergoing etanercept treatment: 12-week results from a phase III randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol* 64(1):64–70
7. Nanda A, Al-Fouzan AS, El-Kashlan M et al (2000) Salient features and HLA markers of childhood psoriasis in Kuwait. *Clin Exp Dermatol* 25:147–151
8. Nast A, Boehnecke WH, Mrowietz U et al (2011) S3 – Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-0011_S3_Psoriasis_vulgaris_Therapie_01.pdf
9. Paller AS, Siegfried EC, Eichenfield LF et al (2010) Long-term etanercept in pediatric patients with plaque psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 63(5):762–768
10. Raychaudhuri SP, Gross J (2000) A comparative study of pediatric onset psoriasis with adult onset psoriasis. *Pediatr Dermatol* 17:174–178
11. Schäfer J, Rustenbach SJ, Radtke M et al (2011) Epidemiologie der Psoriasis in Deutschland – Auswertung von Sekundärdaten einer gesetzlichen Krankenversicherung. *Gesundheitswesen* 73:308–313

Springer-Preis für Dermatologie

2013 wird der Springer-Medizin-Verlag zum sechsten Mal einen Preis für eine besonders interessante und didaktisch wertvolle Originalarbeit verleihen, die in der Zeitschrift „Der Hautarzt“ veröffentlicht wurde.

Springer-Preis für Dermatologie: 2.500 Euro für die beste Originalarbeit

Der mit 2.500 Euro dotierte Springer-Preis für Dermatologie wird jeweils an Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler verliehen, die einen hervorragenden Beitrag auf dem Gebiet der Dermatologie geleistet haben. Gleichzeitig gilt der Preis als Dank für die Treue unserer Autorinnen und Autoren sowie als Anerkennung für den hohen theoretischen und wissenschaftlichen Standard der Beiträge.

Als Auswahlgremium fungieren die Schriftleiter von „Der Hautarzt“: Prof. Jünger, Prof. Kapp, Prof. Kaufmann, Prof. Krutmann, Prof. Merk, Prof. Meurer und Prof. Ruzicka.

Möchten Sie einen Originalbeitrag für „Der Hautarzt“ einreichen und damit in Zukunft eine Chance auf eine Würdigung mit dem Springer-Preis für Dermatologie erhalten?

Senden Sie Ihren Beitrag in 3facher Ausführung als Papierversion an:

Prof. Dr. Alexander Kapp
Klinik für Dermatologie , Allergologie und Venerologie,
Medizinische Hochschule Hannover
Ricklinger Straße 5
30449 Hannover
freimooser.martina@mh-hannover.de

Hier steht eine Anzeige.

