



AWMF-Register Nr.	013/048	Klasse:	S2k
--------------------------	----------------	----------------	------------

Leitlinienreport für die S2k-Leitlinie

Chronischer Pruritus

Version 1.2, 07.04.2011, S. Ständer, E. Weisshaar

1. Geltungsbereich und Zweck

○ Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas

Chronischer Pruritus (über 6 Wochen Dauer) ist ein fachübergreifendes Symptom und stellt eine diagnostische und therapeutische Herausforderung dar. Ca. 17-23% der erwachsenen Bevölkerung sind von dem Symptom bei verschiedenen zugrunde liegenden Erkrankungen betroffen. Nur 50% sind von einem Arzt gesehen worden; nur 7% haben eine Therapie gegen das Symptom erhalten (Daten aus der Erhebung von M. Augustin und S. Ständer; *Dermatology*. 2010; 221: 229-35). Bis in die 90er Jahre wurde Pruritus als Schmerzempfindung kategorisiert, bis aufgrund klinischer und neurophysiologischer Untersuchungen gezeigt werden konnte, dass Pruritus ein eigenständiges Symptom ist, was eine eigene Betrachtung hinsichtlich Diagnostik und Therapie bedarf. Die Leitlinie ist daher erstellt worden, um dem bis Anfang der 2000er Jahre bestehenden Mangel von systematischen und strukturierten Empfehlungen hinsichtlich der Versorgung von Patienten mit chronischem Pruritus zu kompensieren.

○ Zielorientierung der Leitlinie

Das Ziel dieser Leitlinie ist:

- Eine Übersicht über die Häufigkeit und Ursachen von chronischem Pruritus zu geben
- Einen Leitfaden für die Anamnese bei chronischem Pruritus zu bieten
- Die Nomenklatur zu definieren.
- Einer einheitlichen Klassifikation zu folgen
- Eine laborchemische und radiologische, schrittweise Diagnostik bei chronischen Pruritus unklarer Genese zu definieren und als Algorithmus zu präsentieren
- Das prinzipielle, schrittweise und ökonomische Vorgehen in der Therapie bei chronischem Pruritus zu definieren und Empfehlungen der Expertenkommission dazu zu erstellen
- Die verschiedenen Aspekte des Krankheitsbilds und der Therapiesäulen darzustellen
- Durch Empfehlungen für eine wirksame Therapie den Juckreiz zu behandeln und so die Lebensqualität der Patienten zu verbessern

- Allgemeine Empfehlungen zu Therapiemaßnahmen zu erstellen, um eine Optimierung des Hautstatus zu gewährleisten und so einer Prolongierung oder Verstärkung des Symptoms bei trockener Haut vorzubeugen
- Evidenz-basierte Therapieoptionen bei nephrogenen Pruritus aufzuzeigen
- Evidenz-basierte Therapieoptionen bei hepatischem Pruritus aufzuzeigen
- Evidenz-basierte Therapieoptionen bei der atopischen Dermatitis aufzuzeigen
- Evidenz-basierte Therapieoptionen des aquagenen Pruritus aufzuzeigen
- Evidenz-basierte Therapieoptionen des paraneoplastischen Pruritus aufzuzeigen

Die flächendeckende Umsetzung der Leitlinie in deutschsprachigen Ländern wird zu einer Verbesserung der Versorgung hinsichtlich Ursachensuche und Therapie der Patienten mit chronischem Pruritus führen. Die Lebensqualität bei chronischem Pruritus ist eingeschränkt und hängt stark mit der Juckreizintensität, aber auch sichtbare Kratzläsionen und Schlafstörungen zusammen. Daher wird die Umsetzung der Therapieempfehlung zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen. Durch eine frühe Intervention kann die Chronifizierung des Symptoms verhindert werden und die Therapiedauer verkürzt werden. Zusammenfassend ist daher mit einer Ökonomisierung der Patientenversorgung, Senkung der Therapiekosten und Wiederherstellung der Lebensqualität und dadurch Leistungsfähigkeit zu rechnen.

○ **Patientenzielgruppe**

Die Leitlinie ist gültig für alle Patienten mit chronischem Pruritus (länger als 6 Wochen bestehend) bei dermatologischen Erkrankungen, internistischen Erkrankungen, durch Medikamenteneinnahme, bei Schwangerschaft, bei neurologischen Erkrankungen, bei psychiatrischen/psychosomatischen Erkrankungen oder unklarer Genese. Die Leitlinie ist auch gültig für Patienten mit Pruritus auf normaler Haut, bei Vorliegen einer Dermatose oder dem Bestehen von chronischen Kratzläsionen (Prurigo nodularis) sowie generalisiertem oder lokalisierten (Notalgia parästhetica, brachioradialer Pruritus, genitoanaler Pruritus). Die Leitlinie ist für alle Altersgruppen gültig (Kinder, Erwachsene, Hochbetagte).

○ **Versorgungsbereich**

Die Leitlinie bezieht sich auf die Versorgung der Patienten durch Ärzte aller Fachdisziplinen im ambulanten und stationären Bereich insbesondere in der Dermatologie, inneren Medizin und Psychosomatik.

○ **Anwenderzielgruppe/Adressaten**

Adressaten der Leitlinie sind Ärzte der Fachdisziplinen, die Patienten mit chronischem Pruritus betreuen. Dies sind insbesondere Dermatologen, Internisten und Psychosomatiker. Patienten gehören nicht primär zur Anwenderzielgruppe; einzelne Patienten haben die Leitlinie inhaltlich geprüft.

2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen

○ Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen

In die Erstellung (Autoren) der Leitlinie sind folgende Anwendergruppen miteinbezogen worden:

- Dermatologie (Klinik): Sonja Ständer, Markus Maurer, Harald Gollnick
- Dermatologie (Praxis): Maria Vogelgsang, Hartmut Ständer
- Dermatologie/Berufsdermatologie, Allergologie (Klinik): Elke Weisshaar
- Dermatologie/Allergologie (Klinik): Ulf Darsow
- Internist/Nephrologie (Klinik): Thomas Mettang
- Internist/Hepatology (Klinik): Ulrich Beuers
- Psychosomatik/Dermatologie (Klinik): Uwe Gieler
- Psychosomatik (Praxis): Volker Niemeier

Die Leitlinie ist unter Einbeziehung folgender Gruppen erstellt worden:

Diskussion mit einem Allgemeinmediziner (Universität und Praxis Münster, P. Maisel), Pflegekräften (Münster), Gesundheitsökonom und Dermatologen (M. Augustin, Hamburg) und zwei Vertreter der Patienten (N.K., Münster, M.S., Heidelberg). Die Leitlinie wurde mit Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft Pruritusforschung der DDG und Teilnehmern (u.a. Gynäkologen, Anästhesisten) des 2. Münsteraner Pruritussymposium (September 2010) diskutiert.

○ Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligung von Patienten

In die Entwicklung der Leitlinie sind Patienten und Patientenbedürfnisse miteinbezogen worden. Eine Erhebung an 100 konsekutiven Patienten mit chronischem Pruritus in Münster hat folgende Patientenbedürfnisse (gezeigt werden die 10 wichtigsten) ergeben:

	<i>% (sehr) wichtig</i>
1. Keinen Juckreiz mehr haben	97
2. Klare Diagnose und Therapie	94
3. Vertrauen in die Therapie	92
4. Weniger abhängig von Arzt-/Klinikbesuchen	73
5. Von allen Hautveränderungen geheilt sein	73
6. Besser schlafen	70
7. Keine Furcht vor Fortschreiten der Krankheit	70
8. Kein Hautbrennen mehr	70
9. Normales Alltagsleben führen können	67
10. Weniger Nebenwirkungen	67

(Quelle: Blome C et al. Br J Dermatol. 2009;161:1143-8.)

Folgende Ziele der Leitlinie decken sich somit mit den patientenseitigen Bedürfnissen:

- Empfehlungen zur Therapie einschließlich allgemeiner Maßnahmen zur Behandlung des Pruritus und Verbesserung der Lebensqualität (Patientenziel Nr. 1 Keinen Juckreiz mehr haben, Nr. 5 Von allen Hautveränderungen geheilt sein, Nr. 6 Besser schlafen, Nr. 8 Kein Hautbrennen mehr, Nr. 9 Normales Alltagsleben führen können),
- Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie (Patienten Ziel Nr. 2 Klare Diagnose und Therapie),

Die Patientenziele Nr. 3, 4, 7 und 10 spiegeln die Komplexität der Versorgung von Patienten mit chronischem Pruritus wider und beziehen sich auf die Aufklärung über das Krankheitsbild, Therapie- und Diagnosemöglichkeiten sowie die zu erwartenden Nebenwirkungen. Dies wird in der Leitlinie berücksichtigt und dargestellt, dass Patienten mit chronischem Pruritus eine gezielten Versorgung benötigen bestehend aus Diagnostik und Therapie der Grunderkrankung, einer dermatologischen Therapie (Basistherapie und spezifisch dermatologische Therapie), einer symptomatisch-antipruritischen Therapie und bei einer begleitenden psychischen Erkrankung einer entsprechenden fachärztlichen Behandlung. Zum Beispiel ist hinsichtlich der Behandlung dargestellt, dass bei Patienten mit chronischem Pruritus eine individualisierte Therapie unter Berücksichtigung des Alters, Komorbiditäten und Komedikationen durchzuführen ist.

Patientenkommentare

Die Patientenbewertungen bestätigen prinzipiell das Vorgehen bei der Diagnostik und Therapie die Patientenbedürfnisse abdeckt. Beide Patientenbewertungen decken sich insbesondere mit den oben dargestellten Therapiezielen wie

- Aufklärung zu Therapiemöglichkeiten und Nebenwirkungen
- Aufklärung zu Symptomverlauf und assoziierten psychosomatischen Folgen

Besonders beachtenswert scheint der Wunsch nach interdisziplinärer, transparenter Versorgung. Daher wurde diese Aussage in der Leitlinie nochmal pointiert dargestellt.

1) N.K.

Zusammenfassende Beurteilung:

Die Leitlinien finde ich sehr ausführlich und es beschreibt und erklärt in Ansätzen sehr gut den Juckreiz als solchen und die Therapieansätze sind gut nach zu vollziehen, ich persönlich hab zwar so manches Fremdwort nachgeschlagen aber Leitlinien sind ja auch eigentlich nicht für Patienten gedacht.

Detaillierte Stellungnahme:

Diagnostik & Therapieansätze

- Diagnose erklären, mögliche Erklärungen des Pruritus nachvollziehbar darstellen
- Therapieansätze sollten für den Patienten nachvollziehbar sein und mit ihm ausführlich besprochen werden
- Interdisziplinärer Behandlungsansatz mit besonderer Beachtung vorhergehender Erkrankungen, chronischer wie auch akuter Art z.B. bei Organtransplantierten (Immunsuppression) keine UV-Phototherapie
- bei der Diagnostik von Anfang an eine Verschmelzung der verschiedenen Termini (1.2) in Betracht ziehen
Unterstützung bei einer Pharmakotherapie, insbesondere bei der Einnahme von Antidepressiva.
- Erklärung der möglichen Nebenwirkungen & Hilfe bei Problemen aufgrund der Nebenwirkungen (Sexuelle Dysfunktionen, Antriebssteigerung, psychische Veränderungen etc.)
- Pharmakotherapeutische Anpassung der Therapie bei diagnostizierter Depression, in Absprache mit dem behandelnden Psychologen/-Therapeuten

Zu 3.7. Stellenwert psychosomatischer Faktoren und psychosomatische Therapie
Umgang mit Depressionen chronisch wie akut, vor der Therapie oder auch in Therapie auftretend.

- eine gleichzeitig wie auch eine durch den Pruritus auftretende Depression sollte früh erkannt oder ausgeschlossen werden

- die Indikatoren eine Depression unterscheiden, Depression vor Erkrankung vorhanden, vielleicht sogar als Mitgrund des Juckreizes
- Depression durch die anhaltenden pathologischen Schmerzen
- Depression auftretend durch Symptome die auch das Soziale Umfeld
- beeinflussen (Selbstwertgefühlsverminderung, sich dem sozialen Umfeld erklären zu müssen, Hilflosigkeit)
- Lebensumstandsänderungen (Arbeitslosigkeit, Veränderungen des sozialen Umfelds aufgrund der Erkrankung/Therapie)
- Aufklärung bei Veränderung der Juckreiz-Wahrnehmung aufgrund der oben genannten Faktoren (Warum empfinde ich es momentan als Schlimmer?)

2) M.S.

Zusammenfassende Beurteilung:

Abgesehen von der für den Laien nur bedingt verständlichen Fachsprache der Medizin kann ich mich als sog. Patientenvertreter den Aussagen in den "S2 AWMF Leitlinien: 'Chronischer Pruritus'" nur anschließen. (Meine Hautärztin spricht aber Gott-Sei-Dank Deutsch mit mir!)

Detaillierte Stellungnahme:

Speziell die Erkenntnisse in Tabelle 8: "Allgem. Therapiemaßnahmen zur Linderung v. Pruritus ..." decken sich genau mit meinen eigenen Erfahrungen.

Auch die in gleicher Tabelle unter dem Stichwort 'Schulung' aufgeführten Erkenntnisse kann ich zu 100 Prozent teilen. Die sog. 'Juckreiz-Schulung', an der ich im Januar 2010 teilgenommen habe, war für die weitere Genesung ebenfalls sehr hilfreich, nicht zuletzt deswegen, weil der Dialog und Erfahrungsaustausch mit anderen 'Pruritus'-Betroffenen Gemeinsamkeiten aufzeigt, und damit den Einzelnen stärkt!

Was die Teilhabe am beruflichen Alltag, aber auch -genauso wichtig-, die Teilhabe an kulturellen Angeboten angeht, ist aus eigener 7-jähriger Leidensgeschichte mit o.g. Krankheitsbild folgendes festzuhalten:

Heute, Anfang 2011, blicke ich auf einen überaus positiven Verlauf des vergangenen Jahres zurück. Dank einer umfangreichen Therapie, angefangen mit einer sorgfältigen und ganz individuell auf mich zugeschnittenen Anamnese, der darauf folgenden ärztlichen Entscheidung, Kortison-Salben und kortisonhaltige Tabletten abzusetzen, um sie gegen die Gabe von Ciclosporin einzutauschen, bis hin zu regelmäßig monatlich stattfindenden Blutbild-Kontrollen, die mit Sichtkontrollen der gesamten Haut, und, abhängig vom erreichten Heilungsprozess, ärztlichen Empfehlungen zur Hautpflege, aber auch Nachfragen zur mentalen und psychischen Verfassung einhergehen. (s. Punkt 3.7.)

Gerade bei einer über Jahre dauernden, fortschreitenden, und akuten "Prurigo nodularis" gilt es, den prozentualen Anteil, der die psychische Verfassung, bzw. die psychische Belastung betrifft, nicht zu unterschätzen. In den ersten Jahren habe ich immer abgewunken, wenn das Argument der Psyche ins Spiel kam. Heute würde ich aus eigener Erfahrung den Anteil der psychosozialen Komponente auf alle Fälle über 50 % einschätzen. (s. Punkt 3.7.2.)

ES IST ALSO NACH WIE VOR DRINGEND ERFORDERLICH UND IMMENS WICHTIG, GRÜNDLICHE DURCHUNTERSUCHUNGEN DAUERHAFT ZU GEWÄHRLEISTEN!

3. Methodologische Exaktheit

Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)

o Formulierung von Schlüsselfragen

Was ist die Prävalenz von chronischem Pruritus bei verschiedenen zugrunde liegenden Erkrankungen?

Wie ist chronischer Pruritus definiert und klassifiziert?

Wie ist der Hautstatus bei Patienten mit chronischem Pruritus?

Wie soll die Krankengeschichte bei den Patienten erhoben werden (Anamnese)?

Wie soll die körperliche Untersuchung bei den Patienten durchgeführt werden?

Wie soll Pruritus dokumentiert werden?

Welche laborchemischen und radiologischen Untersuchungen sind nötig?

In welcher Frequenz sollen diese durchgeführt werden?

Wie ist die Therapie zu gestalten (allgemeine Maßnahmen, Säulen der Therapie, Therapie verschiedener Pruritusformen)?

Welche Studien existieren zur Therapie von chronischem Pruritus?

Welche Substanzen können zur topischen Therapie eingesetzt werden?

Welche Substanzen können zur systemischen Therapie eingesetzt werden?

o Verwendung existierender Leitlinien zum Thema

Bei Beginn der Leitlinienarbeit (2004/2005) wurde systematisch nach anderen Leitlinien zu dem Thema gesucht in Leitlinien-Datenbanken (z.B. AWMF, guideline.gov; verwendete Suchbegriffe: pruritus, itch), in der Fachliteratur, in Diskussionen mit internationalen Kollegen, in Fachgremien (EDF, DDG, DEGUM, u.a.) sowie in PubMed (verwendete Suchbegriffe: guideline, pruritus, itch). Es wurde keine weitere existierende Leitlinie zum Thema chronischer Pruritus identifiziert. In anderen Leitlinien wurde Pruritus als Symptom der Erkrankung und therapeutische Möglichkeiten benannt, aber eine ausführliche Darstellung der Daten- und Studienlage fehlte. Es wurde daher keine andere Leitlinie als Evidenzquelle verwendet.

Formulierung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung

o Formale Konsensfindung: Verfahren und Durchführung

Die Konsensusfindung erfolgte anhand eines nominalen Gruppenprozesses. Zu Beginn der Überarbeitung der zweiten Version erfolgte die Einladung vorheriger und neuer Experten und Festlegung der neuen Expertenkommission, von inhaltlichen Zielen und des Zeitplans, die Vorgehensweise (Treffen, Tagungsort und Diskussion per email), das Abstimmungsverfahren und die Abfrage der Interessenskonflikte. Die Angaben zu den Interessenskonflikten aller Autoren wurden vom Koordinator und von den Mitgliedern der Steuergruppe bewertet. Man kam zu dem Schluss, dass kein Leitlinienmitglied einen Interessenskonflikt hat, der eine Enthaltung bei der Konsensfindung nach sich zieht. Die externe Begutachtung durch u.a. Fachkreise und Patientenvertretern stellt eine Schutzfunktion dar, um mögliche Einflüsse von Interessenskonflikten zu minimieren. Die Treffen und der emailkontakt wurden von der Vorsitzenden der Leitlinienkommission (S. Ständer) mittels einer neutralen und unabhängigen Moderation geleitet. Die Experten erhielten regelmäßig per email Informationen über den Stand der Dinge, die neuen Aufgaben und Termine sowie jeweils die aktuelle Version des Leitlinienmanuskripts zu dem zu jedem Zeitpunkt zu jedem Punkt Stellung bezogen werden konnte. Als

Tischvorlage dienten die jeweilige Version der Leitlinie bzw. neu erstellte, noch nicht eingefügte Tabellen und Texte.

Vor dem Treffen wurde eine Agenda und die betreffenden Texte versandt. Bei dem Konsensustreffen wurden die zu diskutierenden Punkte zunächst präsentiert und die Teilnehmer erhielten zunächst die Möglichkeit Ihre Kommentare, Empfehlungen zu Evidenzen und Kritikpunkte still zu notieren. Im Umlaufverfahren wurden die Empfehlungen der Mitglieder abgefragt und vom Moderator protokolliert. Daraufhin erfolgte eine Diskussion der kontroversen Kommentare und Abstimmung über die Empfehlungen. Dabei wurden auch mögliche Interessenskonflikte thematisiert und diskutiert. Änderungen und Diskussionspunkte wurden schriftlich vom Moderator registriert. Die schriftliche Zusammenfassung der Kommentare und Entscheidungen sowie Änderungen die Leitlinie betreffend wurden durch den Moderator kenntlich gemacht und vor jedem Treffen versandt. Die finale Version der Leitlinie wurde allen Experten zur Kommentierung zugesandt und erst nach Zustimmung aller an die Leitlinienkommission (Prof. Dr. I. Moll) versandt. Frau Prof. Moll stellte die Leitlinie in dem Gremium der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) vor und meldete Änderungen und Kommentare zurück.

Chronologie der Konsensfindung für die Erarbeitung der zweiten Version, inhaltliche Diskussion und Lösungen

Datum	Wer	Aktion
17.01.2008	Münster, Sonja Ständer	Beginn der Überarbeitung für die 2. Version Rekrutierung der Experten/Autoren per Mail Eingeladene Teilnehmer: Elke Weisshaar (Co-Leitung der Leitlinie) Ulf Darsow Volker Niemeier Maria Vogelsang Hartmut Ständer Uwe Gieler Harald Gollnick Dieter Metze (Absage) Markus Maurer Thomas Mettang Ulrich Beuers
17.01.2008	Sonja Ständer, Elke Weisshaar	Erstellung eines Zeitplans
25.03.2008	Sonja Ständer	Ende der Rekrutierung der Experten/Autoren
25.03.2008	Sonja Ständer Elke Weisshaar Ulf Darsow Volker Niemeier Maria Vogelsang Hartmut Ständer Uwe Gieler Harald Gollnick Dieter Metze (Absage) Markus Maurer Thomas Mettang Ulrich Beuers	per email Diskussion der Methode, des Interessenskonflikts, neuer Kapitel und der Aufgabenverteilung Beschluss: <ul style="list-style-type: none"> - Aktualisierung des diagnostischen und therapeutischen Parts - „alte“ Themen den Autoren zur überarbeiten wieder gegeben - immer 2 Autoren arbeiten an einem Kapitel.

30.03.2008 bis 30.06.2008	Sonja Ständer Elke Weisshaar Ulf Darsow Volker Niemeier Maria Vogelsang Hartmut Ständer Uwe Gieler Harald Gollnick Markus Maurer Thomas Mettang Ulrich Beuers	Überarbeitung der Kapitel
17.06.2008	Sonja Ständer	per email Einladung zum Konsensustreffen mit Agenda
24.07.2008 18.00 – 20.00 Uhr	Sonja Ständer Elke Weisshaar Ulf Darsow Volker Niemeier Maria Vogelsang Hartmut Ständer Uwe Gieler Markus Maurer Thomas Mettang Ulrich Beuers	<p>1. Konsensustreffen während des Kongresses „Münchener Woche“ im Holiday Inn</p> <p>Diskussion und Konsensus zu Definition und einleitendem Teil. Es wurde beschlossen, die international publizierte Klassifikation zu akzeptieren und die Diagnosegruppen entsprechend einzuteilen. Die psychosomatischen Diagnosen wurden ausführlich diskutiert und gemeinschaftlich überarbeitet und akzeptiert.</p> <p>Die Diagnostik (laborchemisch und apparativ) wurde ausführlich diskutiert hinsichtlich einzelner Parameter. Es wurde beschlossen, die Hepatitis A Diagnostik aus der Tabelle 6 zu entfernen, da diese keinen chronischen Pruritus verursacht. Es wurde gemeinschaftlich beschlossen, einzelne Parameter aus der Empfehlung zur initialen Labordiagnostik in die weiterführende Diagnostik zu verschieben, da die damit diagnostizierbaren Erkrankungen selten sind. Es wurde ausführlich über die zu empfehlende Diagnostik-Frequenz diskutiert. Da keine Daten vorliegen zur Häufigkeit von zugrunde liegenden Erkrankungen bei Pruritus < 1 Jahr, 1-5 Jahre und > 5 Jahren wurde beschlossen eine generelle Empfehlung von 1 Mal jährlicher Diagnostik auszusprechen.</p> <p>Die Tabelle zur schrittweisen Therapie wurde diskutiert und Änderungen beschlossen: Wegfall der Empfehlungen zur Diagnostik, da dies nicht bei jedem Patienten im gleichen Zug wie die Therapie abläuft. Der Umfang der Diagnostik muss individuell festgelegt werden (bzw. kann auch entfallen bei bekannter Ursache) im Gegensatz zur Therapie, die immer den gleichem Algorithmus folgen soll.</p>
28.07.2008	Sonja Ständer	Erstellung eines gesamten Textdokumentes nach dem Treffen in München
28.07.2008	Sonja Ständer	per email Versand der vorläufigen Leitlinienversion an Expertengruppe. Bitte zur Überprüfung der vorgenommenen Korrekturen im Dokument und in den nach dem gemeinsamen Konsensus geänderten Tab. 7+8 und Diagnostik (Tab. 6; Verschiebung der

		Diagnostik von Schritt 1 auf Schritt 2)
30.08.2008	Sonja Ständer	per email Einladung zum 2. Konsensustreffen mit Agenda
05.09.2008 16.00 – 19.30 Uhr	Sonja Ständer Elke Weisshaar Ulf Darsow Volker Niemeier Maria Vogelsang Hartmut Ständer Uwe Gieler Markus Maurer Thomas Mettang Ulrich Beuers	2. Konsensustreffen während des Kongresses „Münsteraner Pruritus-symposium“. Die Tabelle zur schrittweisen Therapie wurde diskutiert und Änderungen beschlossen: die einzelnen Therapieschritte wurden diskutiert und von allen Experten bestätigt. Kontroverse Diskussion über die Antihistaminika; es wurde mehrheitlich beschlossen, diese in der ersten Stufe zu belassen, da bei einigen Diagnosen eine Wirksamkeit besteht. Die Diagnosen, Substanzklassen und Empfehlungen der Leitliniengruppe sollen in einer neuen Tabelle (im Enddokument: Tabelle 15) festgehalten werden. Dies wurde für die topischen Therapien gemeinschaftlich durchgeführt. Diskussion der allgemeinen Therapiemaßnahmen. Hier wurden ergänzende Vorschläge allgemein akzeptiert. Nach kurzer Diskussion bestand Konsens darüber urämisch und nephrogen synonym zu verwenden und den Begriff renal nicht zu benutzen, da er nicht definiert ist. Die Passage „Sekundäre Kratzläsionen“ wurde diskutiert hinsichtlich Evidenz-basierten Studien zu diesem Thema. Danach wurde gemeinschaftlich beschlossen, die nicht mit Literatur belegbaren Expertenmeinungen zu streichen. Zum Thema „Pruritusdokumentation“ wurde angemerkt, dass es einen neuen englischsprachigen Pruritus-bezogenen Lebensqualitäts-Fragebogen gibt. Da er nicht für den deutschsprachigen Raum validiert ist, wurde gemeinschaftlich beschlossen, diesen nicht in die Leitlinie zu inkludieren.
15.12.2008	Sonja Ständer	per email Versendung der aktuellen Version nach der Sitzung am 05.09.08 mit Korrekturen
Bis 16.02.2009	Sonja Ständer	Rücklauf von Korrekturen; Diskussion per email, Überarbeitung Dokument
17.02.2009	Sonja Ständer	Einladung zum 3. Konsensustreffen mit Agenda
04.03.2009 13.00 – 15.00 Uhr	Sonja Ständer Elke Weisshaar Ulf Darsow Volker Niemeier Maria Vogelsang Hartmut Ständer Uwe Gieler Markus Maurer Thomas Mettang Ulrich Beuers	3. Konsensustreffen in Heidelberg im Rahmen des Kongresses „Tagung der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Forschung“ Es wurde gemeinschaftlich beschlossen, eine Tabelle zum Umfang der Anamnese einzufügen und der Inhalt festgelegt. Es erfolgte eine Diskussion zur der Tabelle mit den Medikamenten, die Pruritus induzieren und gemeinschaftlich beschlossen, eine Einteilung in akut und chronisch vorzunehmen, obwohl die Leitlinie auf chronischen Pruritus abzielt. Die Tabellen mit spezifischen Empfehlungen zu

		<p>einzelnen Diagnosen wurden gemeinschaftlich diskutiert und bestätigt.</p> <p>Tab. 15: Substanzen und Diagnosen wurde ausführlich diskutiert. Zu jeder Substanz wurde nach Diskussion eine Empfehlung diskutiert.</p>
06.03.2009	Sonja Ständer	<p>per email</p> <p>Übersendung des überarbeiteten Dokuments inklusive Tab. 15</p> <p>Aufruf zur Durchsicht des gesamten Dokuments, insbesondere Seite 8 und Tab. 5+15</p>
20.04.2009	Sonja Ständer	Einladung zum 4. Konsensustreffen mit Agenda
29.04.2009 18.00 bis 20.00 Uhr	Sonja Ständer Elke Weisshaar Ulf Darsow Volker Niemeier Maria Vogelsang Hartmut Ständer Uwe Gieler Markus Maurer Thomas Mettang Ulrich Beuers	<p>4. Konsensustreffen in Dresden im Rahmen des Kongresses „Deutsche Dermatologische Gesellschaft“</p> <p>Diskussion des Kontroversen zu den Antihistaminika insbesondere des Einsatzes sedierender Antihistaminika. Es wurde gemeinschaftlich beschlossen, die 1. Generation nur zur Sedierung zu empfehlen und zur Therapie am Tag nicht-sedierende Antihistaminika zu empfehlen. Diese Aufteilung wurde auch in Tabelle 15 eingefügt.</p>
Bis 28.05.2009	Sonja Ständer	Erstellung eines finalen Dokuments, Aussendung an Leitlinienteam zum Korrekturlesen
10.08.2009	Sonja Ständer Elke Weisshaar Ulf Darsow Volker Niemeier Maria Vogelsang Hartmut Ständer Uwe Gieler Harald Gollnick Markus Maurer Thomas Mettang Ulrich Beuers	<p>Per email:</p> <p>Abnahme der Leitlinie durch Mitglieder</p> <p>Zusendung von Dokumenten zur Abnahme, Abfrage des Interessenkonflikt</p> <p>Korrekturen (formal, nicht inhaltlich, Einfügen des Interessenskonfliktes)</p> <p>Letzte Überarbeitung; Erstellung der finalen Version 2.0</p>
25.08.2009	Sonja Ständer	Versendung an die Leitlinienkommission (Prof. Dr. I. Moll)
03.09.2009	Ingrid Moll (Hamburg) W. Müller (AWMF)	Kommentare zu Leitlinie
07.09.2009	Sonja Ständer	Versendung der überarbeiteten Leitlinie an die Leitlinienkommission (Prof. Dr. I. Moll)
09.08.2010	I. Kopp, C. Muche-Borowki (AWMF)	Kommentare zu Leitlinie
Oktober 2010 bis Februar 2011	Sonja Ständer Elke Weisshaar	<p>Erstellung des Leitlinienreports</p> <p>Vorstellung der Leitlinie bei zwei Patientenvertretern (N.K., M.S.), schriftliches Patientenvotum und Anpassung der Leitlinie in einzelnen Punkten</p>
3.2. 2011	Sonja Ständer	Versendung der überarbeiteten Leitlinie an das Expertengremium zur Kommentierung

Bis 15.2.2011	Sonja Ständer Elke Weisshaar Ulf Darsow Volker Niemeier Maria Vogelsang Hartmut Ständer Uwe Gieler Harald Gollnick Markus Maurer Thomas Mettang Ulrich Beuers	Rückmeldung zu Version 2.1, Kurzversion und Leitlinienreport
16.2.2011 bis 07.04.2011	Sonja Ständer	Erstellung und Korrektur einer finalen Dokumente, Übersendung an AWMF und Prof. I. Moll

○ **Berücksichtigung von Nutzen, Nebenwirkungen-relevanten Outcomes**

Bei der Erstellung der Empfehlungen zu der Diagnostik und Therapie wurde auch die möglichen Risiken (z.B. Abwägung der Wirkung und Nebenwirkungen von Antidepressiva) diskutiert und die Empfehlung hinsichtlich des Nutzens für die Patienten diskutiert. Da für verschiedene Pruritusformen und verschiedene Patientengruppen andere Empfehlungen gelten, wurden diese in separaten Tabellen präsentiert. Da innerhalb der Patientengruppe die Therapie hinsichtlich des Nutzen und der Risiken bei den Patienten abgewogen werden muss, wurden die Therapiealternativen aufgezeigt ohne ein Ranking zu präsentieren, um die Flexibilität hinsichtlich einer individuellen Patientenentscheidung zu erhalten. Die Auswirkungen auf das zu erwartende gesundheitliche Ergebnis wurden an den subjektiven Parametern Nutzen für die Pruritusreduktion (gel. auch der Verbesserung der Lebensqualität) und Risiko durch Nebenwirkungsprofil bewertet. Die Datenlage der Studien zum chronischen Pruritus erlaubt derzeit keine Nutzenbewertung anhand von objektiven Kriterien wie Morbidität und Mortalität, da Longitudinalstudien hierzu fehlen.

4. Externe Begutachtung und Verabschiedung

○ **Pilottestung**

Die Leitlinie wurde nach der Erstellung 2005 in den Zentren Heidelberg und Münster pilotiert. Im Jahr 2006 wurden in Münster 541 Patienten mit chronischem Pruritus gemäß der Leitlinie behandelt. Bei 385/541 (71,2%; 170 Männer, 215 Frauen, 6-95 Jahre, Mittelwert: 60,5 Jahre; Dauer des Pruritus im Schnitt 74,5 Monate; 85,5% generalisierter und 14,5% lokalisierter Pruritus; 66,5% der Patienten hatten keine Kratzläsionen) konnte anhand von followed-up Untersuchungen beurteilt werden. Die Patienten wurden entsprechend der Klassifikation, die in der Leitlinie vorgeschlagen wird eingeteilt: 22,6% hatten als Ursache des Pruritus eine Dermatose, 15,3% eine systemische Erkrankung, 14,0% eine neurologische Erkrankung, 18,2% hatten eine multifaktorielle Ursache und bei 30% konnte keine Ursache gefunden werden. Eine Bewertung der Therapie wurden anhand sog. "patient-reported outcomes" mit Erhebung der Pruritusintensitäts-Reduktion (anhand der visuellen Analogskala – VAS), die erfragte allgemeine Pruritusreduktion in Prozent und Longitudinalerhebung des maximalen antipruritischen Effekts vorgenommen.

Ansprechen auf die Therapie [%]*	Anzahl der Patienten, n (%)	
0	117 (30.4%)	No response/
1-29	18 (4.7%)	„Placebo rate“
30-49	20 (5.2%)	
50-79	71 (18.4%)	} 64.9%
80-100	159 (41.3%)	
Patienten Gesamt	385	

* Prozentuale Reduktion des Pruritus; 100% = kein Pruritus

Die Auswertung zeigt, dass abzüglich der minimalen Verbesserung von bis zu 30%, die auch mittels Placebo erreicht werden kann, kann bei bis zu 65% der Patienten eine Reduktion des Pruritus bei Anwendung der Therapieempfehlungen der Leitlinie erzielt werden.

(Quelle: Siepmann D, Ständer S. Acta DermVenereol 2007, 87: 470)

o Externe Begutachtung

Die Leitlinie wurde von verschiedenen externen Begutachtern beurteilt:

- Experten aus dem Leitlinienkommittee (I. Moll, Dermatologin und Koordinatorin der Kommission Qualitätssicherung Allergologie der dermatologischen Leitlinien): offene Begutachtung (schriftliche Kommentierung und Umsetzung der Änderungen)
- Von dem Fachkreis (Einreichung in das Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft „JDDG“ mit anonymen Peer-Review und Publikation (Ständer et al. J Dtsch Dermatol Ges 2006; 4:350-370): offene Begutachtung
- von zwei Patientenvertretern (Münster, Heidelberg): offene Begutachtung

o Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden Fachgesellschaften/Organisationen

Die Leitlinie wurde von der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) akzeptiert und verabschiedet und in deren Organ, dem Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft „JDDG“ publiziert (2006).

Die Leitlinie wurde in der interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft Pruritusforschung verabschiedet (2006 und 2010).

5. Redaktionelle Unabhängigkeit

o Finanzierung der Leitlinie

Die Leitlinien-Gruppe erhielt keine direkte finanzielle Unterstützung zur Erstellung der Leitlinie. Reisekosten wurden von den Mitgliedern selbst getragen. Die Leitlinie wurde ohne finanzielle Unterstützung der Pharmaindustrie erstellt.

Indirekt wurden die Treffen von der LMU München (Treffen im Rahmen des Kongresses „Münchner Fortbildungswoche“, Bereitstellung eines Raums am 24.07.2008), der Universitäts-Hautklinik Münster (Treffen im Rahmen des 1. Münsteraner Pruritus-symposium, Bereitstellung eines Raums am 05.09.2008), der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) (Treffen im Rahmen der ADF-Tagung,

Bereitstellung eines Raums am 04.03.2009, Treffen im Rahmen des DDG-Kongresses, Bereitstellung eines Raumes am 29.04.2009) unterstützt. Es hat keine Beeinflussung durch die Unterstützer in Bezug auf Inhalte der Leitlinie „chronischer Pruritus“ stattgefunden.

○ **Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten**

Die Mitglieder der Leitlinienkommission sind ausgewiesene Experten auf dem Gebiet des Pruritus. Dementsprechend sind sie für die Industrie im Rahmen von Studien und Beratungen klinisch und/oder wissenschaftliche tätig. Die Interessenskonflikte in Bezug auf die Leitlinie chronischer Pruritus wurden bei den Experten schriftlich angefragt, schriftlich offengelegt und in der Leitlinie selbst wurden entsprechende Interessenskonflikte benannt.

6. Verbreitung und Implementierung

Konzept zur Verbreitung und Implementierung

Die Verbreitung und Implementierung der Leitlinie ist über folgende Wege vorgesehen bzw. bereits erfolgt:

Bereits erfolgt:

Publikation in einem dermatologischen Fachjournal

Publikation auf der AWMF-Homepage

Annonzierung der Leitlinien-Publikation auf der AWMF Homepage

- Schriftlich in den Fachkreisen wie der interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft Pruritusforschung
- in relevanten wissenschaftlichen Publikationen seit 2005 (in Originalarbeiten und Reviewartikeln)
- umfangreich in nicht zitierfähigen Informationsartikeln für Ärzte und Apotheker (z.B. Beiträge in Apothekenzeitschriften)
- mündlich durch die Autoren der Leitlinie in Vorträgen

Implementierung in dermatologischen Fachkreisen durch Vorträge zu dem Thema in bundesweiten Qualitätszirkeln, auf nationalen und internationalen Fachkongressen sowie in der Aus- und Fortbildung von Ärzten aller Fachrichtungen auf dem Münsteraner Pruritus-symposium.

Geplant:

Publikation des PDF der Leitlinie auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft Pruritusforschung

Implementierung in internistischen und psychosomatischen Fachkreisen durch Vorträge zu dem Thema in Qualitätszirkeln und Fachkongressen, z.t. schon initiiert durch T. Mettang auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

○ **Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie**

Als unterstützendes Material existiert eine Kurzversion mit Publikation der wichtigsten Tabellen zur schnellen Übersichtsfindung. Des Weiteren wurde von den Nutzern auf dem 2. Münsteraner Symposium (September 2010) gewünscht, daß die Leitlinien-Bibliographie auf der homepage der Arbeitsgemeinschaft Pruritusforschung hinterlegt wird, was in einem Mitgliedergeschützten Bereich derzeit aufgebaut wird.

○ **Diskussion möglicher organisatorischer und/oder finanzieller Barrieren gegenüber der Anwendung der Leitlinienempfehlungen**

Da die Versorgung der Patienten bis zum Erscheinen der Leitlinie nicht strukturiert oder nach Evidenz-basierten Kriterien erfolgte, war sie bundesweit sehr uneinheitlich und nicht nach ökonomischen Gesichtspunkten ausgerichtet. Bezüglich der Diagnostik, die nun nur noch schrittweise und im Umfang reduziert erfolgen sollte, sind keine Barrieren im Sinne einer Verweigerung der optimierten Diagnostik aus Kostengründen zu erwarten. Die einzige Barriere besteht in der konkreten Durchführung der Diagnostik in der dermatologischen Praxis, die die Diagnostik aus Budgetgründen vermeiden könnten. Zur Vermeidung dieser Barriere wird in der Leitlinie die Durchführung der Diagnostik gemeinsam mit dem Hautarzt/Internisten empfohlen.

Eine Barriere besteht in der Umsetzung der Therapie, da viele Therapieoptionen nicht zugelassen sind für die Indikation Pruritus. Aus diesem Grund wird in der ersten Stufe der Therapie der Einsatz von zugelassenen Substanzen empfohlen. Ab Stufe 2 handelt es sich meist um off-label Einsatz, die für die Patienten und das Praxisbudget kostenrelevant ist. Auf diesen Punkt wird hingewiesen und eine enge Abstimmung mit dem Patienten und die gemeinsame Betreuung mit einem spezialisierten Zentrum hingewiesen.

○ **Messgrößen für das Monitoring: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren**

Pruritus kann nicht objektiv gemessen werden, daher werden in der Leitlinie keine Messgrößen benannt. Allgemein anerkannt ist die Bewertung der Pruritusintensität anhand der visuellen Analogskala, die in der Leitlinie vorgestellt wird. Anhand dieser kann ein Rückgang der Pruritusintensität gemessen werden und die Evaluation der Leitlinienanwendung ermöglichen. Dies wurde wie oben dargestellt 2006 vorgenommen und zeigt eine hohe Ergebnisqualität (70% der Patienten geben eine Pruritusreduktion an).

7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

○ **Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status**

Erstellungsdatum: Juli 2005 (Version 1.0)

Letzte Überarbeitung: August 2009 (Version 2.0); Januar 2010 (Version 2.1)

Überprüfung geplant: August 2014

○ **Aktualisierungsverfahren**

Verfahren zur Aktualisierung:

regelmäßige und systematische Literatursuche (1x/Jahr, 7-9 d. J, S. Ständer)

Sammlung der Literatur, Erweiterung/Anpassen der Themen der Leitlinie (1x/Jahr, 7-9 d. J, S. Ständer)

Alle 4 Jahre: Wiedereinladung Expertengremium, ggf. Rekrutierung weiterer Experten, systematische Literatursuche und Evidenz-basierte Anpassung der Empfehlungen im Verfahren des nominalen Gruppenprozess, schriftliche Überarbeitung der Leitlinie (S. Ständer); geplante Dauer 6-9 Monate