

**Kriterien zur Bestimmung der zweckmäßigen
Vergleichstherapie**

und

**Recherche und Synopse der Evidenz zur Bestimmung der
zweckmäßigen Vergleichstherapie nach § 35a SGB V**

und

**Schriftliche Beteiligung der wissenschaftlich-medizinischen
Fachgesellschaften und der Arzneimittelkommission der
deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zur Bestimmung der
zweckmäßigen Vergleichstherapie nach § 35a SGB V**

Vorgang: 2026-B-098-z Risankizumab

Stand: Juni 2026

I. Zweckmäßige Vergleichstherapie: Kriterien gemäß 5. Kapitel § 6 VerfO G-BA

Risankizumab

[zur Behandlung der Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren bis < 18 Jahren]

Kriterien gemäß 5. Kapitel § 6 VerfO

Sofern als Vergleichstherapie eine Arzneimittelanwendung in Betracht kommt, muss das Arzneimittel grundsätzlich eine Zulassung für das Anwendungsgebiet haben.	<i>Siehe Übersicht „II. Zugelassene Arzneimittel im Anwendungsgebiet“</i>
Sofern als Vergleichstherapie eine nicht-medikamentöse Behandlung in Betracht kommt, muss diese im Rahmen der GKV erbringbar sein.	Phototherapie: NB-UV-B-Bestrahlungen, Photosoletherapie
Beschlüsse/Bewertungen/Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu im Anwendungsgebiet zugelassenen Arzneimitteln/nicht-medikamentösen Behandlungen	Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Balneophototherapie vom 13. März 2008; Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Stand: 3. Oktober 2014 des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) in der Fassung vom 17. Januar 2006 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 Nr. 48 (S. 1 523) in Kraft getreten am 1. April 2006; zuletzt geändert am 17. Juli 2014 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 02.10.2014 B2); in Kraft getreten am 3. Oktober 2014. 15. Balneophototherapie Beschluss zu Ixekizumab vom 07.12.2020 Beschluss zu Secukinumab vom 18.02.2021 Beschluss zu Apremilast vom 15. Mai 2025
Die Vergleichstherapie soll nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zur zweckmäßigen Therapie im Anwendungsgebiet gehören.	<i>Siehe systematische Literaturrecherche</i>

II. Zugelassene Arzneimittel im Anwendungsgebiet

Wirkstoff ATC-Code Handelsname	Anwendungsgebiet (Text aus Fachinformation)
Zu bewertendes Arzneimittel:	
Risankizumab	<u>Anwendungsgebiet gemäß Positive Opinion vom 24. April 2026:</u> „treatment of moderate to severe plaque psoriasis in children and adolescents from the age of 6 years who are candidates for systemic therapy“
Topische Therapien	
Glukokortikoide Klasse 1:	
Prednisolon D07AA03 Prednisolon Creme LAW	Zur Behandlung subakuter und akuter gering ausgeprägter entzündlicher Hauterkrankungen, die auf eine äußerliche Behandlung mit schwach wirksamen Corticosteroiden ansprechen.
Hydrocortison D07AA02 Hydrocortison Heumann 1 % Creme	Zur Behandlung von entzündlichen Hauterkrankungen, bei denen schwach wirksame, topisch anzuwendende Glucocorticosteroide angezeigt sind.
Glukokortikoide Klasse 2:	
Hydrocortison-17- butyrat D07AB02	Zur Behandlung entzündlicher Hautkrankheiten, bei denen mittelstark wirksame, topisch anzuwendende Glucocorticoide angezeigt sind Creme: insbesondere bei akuten und subakuten Formen, in intertriginösen Arealen und beim fettigen Hauttyp. Salbe: insbesondere bei subakuten bis chronischen Formen.

II. Zugelassene Arzneimittel im Anwendungsgebiet

Laticort® Creme 0,1 % Laticort® Salbe 0,1 %	
Clobetasonbutyrat 0,5 mg D07AB01 Emovate® Crème	-Leichte Formen von Ekzemen, seborrhoischer Dermatitis und andere leichte Hauterkrankungen, die auf eine lokale Corticoidbehandlung ansprechen. – Weiterbehandlung von hartnackigen Hauterkrankungen, die mit einem starker wirkenden Corticoid anbehandelt worden sind. – bei Säuglingen und Kleinkindern zur lokalen Corticoidbehandlung, z. B. Windelekezem oder endogenem Ekzem. Aus FI 4.4.: Bei Kindern unter 12 Jahren sollte eine kontinuierliche Langzeitbehandlung mit topischen Corticoiden möglichst vermieden werden
Triamcinolon D07AB09 AbZ Salbe 0,1 %	Zur Behandlung entzündlicher Hautkrankheiten, bei denen mittelstark wirksame topisch anzuwendende Glukokortikoide angezeigt sind. Triamcinolon AbZ 0,1 % Creme eignet sich insbesondere für akute bis subchronische sowie nassende Dermatosen ohne keratotische Veränderungen.
Glukokortikoide Klasse 3:	
Prednicarbat D07AC18 Prednicarbat acis® Creme, 2,5mg/g Prednicarbat acis® Fettsalbe, 2,5mg/g Salbe Prednicarbat acis® Salbe, 2,5mg/g Creme	Entzündliche Hauterkrankungen, bei denen eine äußerliche Behandlung mit mittelstark wirksamen Glucocorticoiden angezeigt ist, wie z. B. mäßig stark ausgeprägtes Ekzem. Aus FI 4.4: Bei Säuglingen darf Prednicarbat acis nur bei zwingender Indikation angewendet werden, da die Gefahr systemischer Effekte durch Glucocorticoidresorption (z. B. Wachstumsverzögerung) erhöht ist. Ist eine Behandlung mit Prednicarbat acis unvermeidlich, so muss die Anwendung auf die für den Behandlungserfolg unbedingt notwendige Menge begrenzt werden.
Methylprednisolone naceponat D07AC 14	Zur Behandlung des endogenen Ekzems (atopische Dermatitis, Neurodermitis), Kontaktekzems, degenerativen Ekzems und des nummulären Ekzems. Aus FI 4.2.: Advantan® 0,1 % Creme wird nicht empfohlen für die Anwendung bei Kindern unter 3 Jahren aufgrund des Fehlens von Daten zur Unbedenklichkeit. Es gibt keine Erfahrungen bei Kindern unter 3 Jahren.

II. Zugelassene Arzneimittel im Anwendungsgebiet

Advantan® 0,1 % Creme	
Amcinonid D07AC11 Amciderm® Fettsalbe, Salbe, Creme, Lotio und Emulsion zur Anwendung auf der Haut	Fettsalbe und Salbe: Hauterkrankungen, die auf stark wirksame Kortikoide ansprechen wie z.B. toxische Ekzeme, allergische Kontaktekzeme, atopisches Ekzem (Neurodermitis), Psoriasis vulgaris, Lichen ruber. Creme und Lotio: Hauterkrankungen, die auf stark wirksame Kortikoide ansprechen wie z.B. toxische Ekzeme, allergische Kontaktekzeme, seborrhoische Ekzeme, atopisches Ekzem (Neurodermitis), Lichen ruber. Aus FI 4.2: <i>Kinder unter 2 Jahren:</i> Amciderm enthält ein stark wirksames Glukokortikoid. Wegen der ausgeprägten Empfindlichkeit der kindlichen Haut mit dem Risiko systemischer Glukokortikoidwirkungen nach Resorption wird die Anwendung von Amciderm bei Säuglingen und Kleinkindern unter 2 Jahren nicht empfohlen.
Mometasonfuroat D07AC ECURAL® Fettcreme, 1 mg/g Creme ECURAL® Salbe, 1 mg/g Salbe	Fettcreme und Salbe sind angezeigt zur Behandlung aller entzündlichen und juckenden Hauterkrankungen, die auf eine äußere Behandlung mit Glukokortikoiden ansprechen wie Psoriasis, atopische Dermatitis und Reiz- und/oder allergische Kontaktdermatitis. Aus 4.2. der Fachinformation: Die Anwendung von Fettcreme und Salbe bei Kindern sollte über einen möglichst kurzen Behandlungszeitraum bei geringstmöglicher Dosierung, die noch therapeutische Wirksamkeit gewährleistet, erfolgen. Die Anwendungsdauer beträgt für Kinder über 2 Jahre (bei Fettcreme) bzw. für Kinder über 6 Jahre (bei Salbe) maximal 3 Wochen. Bei Kindern sollte Fettcreme und Salbe nur klein flächig (< 10 % der Körperoberfläche) angewendet werden. Aus FI 4.3: ECURAL Fettcreme sollte nicht bei Kindern unter 2 Jahren, ECURAL Salbe und ECURAL Losung nicht bei Kindern unter 6 Jahren angewendet werden, da keine ausreichenden klinischen Erfahrungen vorliegen.
Betamethason- valerat D07AC01 Betagalen® Salbe,Creme, Lotio, Lösung (0,1%)	Salbe,Creme, Lotio: Zur Behandlung von entzündlichen Hauterkrankungen, die sich durch Rötung, Bläschen, Schuppung, Juckreiz manifestieren können und auf eine äußerliche Behandlung mit Corticosteroiden ansprechen sowie einer Therapie mit stark wirksamen Corticosteroiden bedürfen. Lösung: Zur Behandlung von entzündlichen Hauterkrankungen, die sich durch Rötung, Bläschen, Juckreiz, Schuppung (z.B. Psoriasis capitis) manifestieren können und auf eine äußerliche Behandlung mit Corticosteroiden ansprechen sowie einer Therapie mit stark wirksamen Corticosteroiden bedürfen. Aus 4.3 der FI: BetaGalen ist bei Kindern nicht angezeigt.

II. Zugelassene Arzneimittel im Anwendungsgebiet

Glukokortikoide Klasse 4:

Clobetasol-propionat D07AD01 Clobetasol acis® Creme, 0,5 mg/g Clobetasol acis® Fettsalbe, 0,5 mg/g Salbe Clobetasol acis® Salbe, 0,5 mg/g Clobetasol acis® Crinale, 0,5 mg/g Lösung zur Anwendung auf der Haut	Creme/Salbe/Fettsalbe: Zur Behandlung lokalisierter therapieresistenter Plaques von entzündlichen Hauterkrankungen bei denen die symptomatische Anwendung topischer Glukokortikoide mit sehr starker Wirkung angezeigt ist. Lösung: Zur Behandlung lokalisierter therapieresistenter Plaques von entzündlichen Hauterkrankungen an behaarten Körperregionen, bei denen die symptomatische Anwendung topischer Glukokortikoide mit sehr starker Wirkung angezeigt ist. Aus 4.4 der Fachinformation: Clobetasol sollte bei älteren Patienten nicht großflächig angewendet werden.
---	---

Vitamin-D3-Derivate

Calcitriol D05AX03 Silkis® 3µg/g Salbe	Silkis wird zur topischen Behandlung der milden bis mäßig starken Plaque Psoriasis (Psoriasis vulgaris), die bis zu 35 % der Körperoberfläche betrifft, angewendet. <u>Kinder und Jugendliche</u> Die Sicherheit und Wirksamkeit von Silkis bei Kindern unter 18 Jahren ist nicht gesichert. Die derzeit verfügbaren Daten werden in den Abschnitten 4.4, 5.1 und 5.3 beschrieben; es kann aber keine Empfehlung zur Dosierung gegeben werden. Es gibt eine nur begrenzte Menge an klinischen Daten, die die Anwendung von Silkis bei Kindern und Jugendlichen unterstützen (siehe Abschnitt 5.1). Angesichts besonderer Empfindlichkeit von neugeborenen Nagern im Vergleich zu ausgewachsenen Nagern auf die toxischen Wirkungen des Calcitriol sollten Kinder nicht mit Calcitriol Salbe behandelt werden (siehe Abschnitt 5.3).
--	---

II. Zugelassene Arzneimittel im Anwendungsgebiet

Calcipotriol D05AX02 Daivonex® Salbe	Daivonex® Salbe ist für die kleinflächige äußerliche Anwendung bei leichter bis mittelschwerer Psoriasis vom Plaque-Typ bestimmt. <u>Kinder und Jugendliche</u> Daivonex® Salbe wird bei Kindern unter 6 Jahren nicht empfohlen, da keine Erfahrungen vorliegen. Daivonex® Salbe sollte 2-mal täglich auf die erkrankten Hautbezirke aufgetragen werden. Die wöchentlich verbrauchte Menge Daivonex® Salbe sollte bei Kindern zwischen 6 und 12 Jahren (mit einem Körpergewicht von mindestens 35 kg) 50 g nicht und bei Kindern über 12 Jahren (mit einem Körpergewicht von mindestens 50 kg) 75 g nicht überschreiten.
Tacalcitol D05AX04 Curatoderm®	Kleinflächige äußerliche Anwendung bei leichter bis mittelschwerer Psoriasis vom Plaque-Typ. <u>Kinder und Jugendliche</u> Die Erfahrung bei Kindern ist begrenzt (siehe Abschnitt 4.4). Die Anwendung bei Kindern unter 12 Jahren wird nicht empfohlen, da nur begrenzte Erfahrungen vorhanden sind.
Calcipotriol + Betamethason D05AX52 Daivobet® 50µg/g + 05mg/g Gel	Topische Behandlung der Psoriasis der Kopfhaut bei Erwachsenen. Topische Behandlung einer leichten bis mittelschweren Psoriasis vulgaris auf der Haut anderer Körperbereiche bei Erwachsenen. <u>Kinder und Jugendliche</u> Die Unbedenklichkeit und Wirksamkeit von Daivobet® Gel bei Kindern im Alter unter 18 Jahren ist nicht nachgewiesen.
Weitere Topika	
Tazaroten D05AX05 Zorac® 0,1%Gel	Zur topischen Behandlung der leichten bis mittelschweren Plaque-Psoriasis mit bis zu 10%igem Befall der Körperoberfläche.
Steinkohlenteer D05AA Lorinden Teersalbe®	Nur unter sorgfältiger Abwägung des therapeutischen Nutzens gegenüber dem kanzerogenen Risiko unter Berücksichtigung risikoärmerer und therapeutischer Alternativen bei: Chronischem Ekzem, Neurodermitis (atopische Dermatitis), Psoriasis vulgaris.

II. Zugelassene Arzneimittel im Anwendungsgebiet

Dithranol D05AC01 Micanol Creme 1%/3%	Für die topische Behandlung der hartnäckigen Psoriasis mittels Kurzkontakttherapie.
Harnstoff, Dithranol D05AC51 Psoradexan®	Subakute und chronische Psoriasis vulgaris.
Systemische Therapien	
Adalimumab L04AB04 Humira®	Humira® ist indiziert zur Behandlung der mittelschweren bis schweren chronischen Plaque-Psoriasis bei erwachsenen Patienten, die Kandidaten für eine systemische Therapie sind. <u>Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen</u> Humira® ist indiziert zur Behandlung der schweren chronischen Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab dem Alter von 4 Jahren, die nur unzureichend auf eine topische Therapie und Phototherapien angesprochen haben oder für die diese Therapien nicht geeignet sind.
Apremilast L04AA32 Otezla®	<u>Psoriasis</u> Otezla ist indiziert zur Behandlung der mittelschweren bis schweren chronischen Plaque-Psoriasis (PSOR) bei erwachsenen Patienten, die auf eine andere systemische Therapie, wie Ciclosporin oder Methotrexat oder Psoralen in Kombination mit UVA- Licht (PUVA), nicht angesprochen haben oder bei denen eine solche Therapie kontraindiziert ist oder die diese nicht vertragen haben. <u>Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen</u> Otezla ist indiziert zur Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren und mit einem Körpergewicht von mindestens 20 kg, für die eine systemische Therapie infrage kommt.
Etanercept L04AB01 Enbrel®	Behandlung Erwachsener mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die auf eine andere systemische Therapie wie Ciclosporin, Methotrexat oder Psoralen und UVA-Licht (PUVA) nicht angesprochen haben oder bei denen eine Kontraindikation oder Unverträglichkeit einer solchen Therapie vorliegt. <u>Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen</u>

II. Zugelassene Arzneimittel im Anwendungsgebiet

	Behandlung der chronischen schweren Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab dem Alter von 6 Jahren, die unzureichend auf eine andere systemische Therapie oder Lichttherapie angesprochen haben oder sie nicht vertragen.
Guselkumab L04AC16 Tremfya®	<u>Plaque-Psoriasis bei Erwachsenen</u> Tremfya ist für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis indiziert, die für eine systemische Therapie in Frage kommen. <u>Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen</u> Tremfya ist zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Jugendlichen und Kindern ab 6 Jahren indiziert, die für eine systemische Therapie in Frage kommen.
Ustekinumab L04AC05 Stelara®	Stelara® ist für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis indiziert, bei denen andere systemische Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat (MTX) oder PUVA (Psoralen und Ultraviolett A) nicht angesprochen haben, kontraindiziert sind oder nicht vertragen wurden. <u>Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen</u> Stelara® ist für die Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren indiziert, die unzureichend auf andere systemische Therapien oder Phototherapien angesprochen oder sie nicht vertragen haben.
Secukinumab L04AC10 Cosentyx®	Cosentyx wird zur Behandlung einer „Plaque-Psoriasis“ genannten Hauterkrankung angewendet. Plaque-Psoriasis verursacht eine Entzündung, die die Haut betrifft. Cosentyx bewirkt eine Linderung der Entzündung und weiterer Symptome der Erkrankung. Cosentyx wird bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern (ab einem Alter von 6 Jahren) mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis angewendet. (Stand: 05/2023)
Ixekizumab L04AC13 Taltz®	Plaque-Psoriasis Taltz ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie infrage kommen. <u>Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen</u> Taltz ist angezeigt für die Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab einem Alter von 6 Jahren mit einem Körpergewicht von mindestens 25 kg, die für eine systemische Therapie infrage kommen (Stand Januar 2023)

II. Zugelassene Arzneimittel im Anwendungsgebiet

Ciclosporin L04AD01 Ciclosporin Pro 100 mg/ml Lösung	Behandlung von schwerer Psoriasis bei Patienten, bei denen eine herkömmliche Therapie nicht geeignet oder nicht wirksam ist. <u>Anwendung bei Kindern in anderen Indikationen als Transplantationen</u> Abgesehen von der Behandlung von nephrotischem Syndrom liegen keine entsprechenden Erfahrungen mit Ciclosporin bei Kindern vor. Eine Anwendung bei Kindern unter 16 Jahren außerhalb der Transplantationsindikationen mit Ausnahme des nephrotischen Syndroms kann daher nicht empfohlen werden.
Methotrexat M01CX01 Lantarel® Tabletten	Schwere Formen der Psoriasis vulgaris, insbesondere vom Plaque-Typ, und der Psoriasis arthropathica, die mit einer konventionellen Therapie nicht ausreichend behandelbar sind.
Methotrexat L04AX03 z.B. Mundipharma Inj. Lösung im Fertigpen	Methotrexat Mundipharma ist angezeigt zur Behandlung von: [...] - schwerer therapieresistenter beeinträchtigender Psoriasis vulgaris, die nicht ausreichend auf andere Therapieformen wie Phototherapie, PUVA und Retinoide anspricht, sowie schwerer Psoriasis-Arthritis bei erwachsenen Patienten, [...]
Acitretin D05BB02 Neotigason®	Zur symptomatischen Behandlung von schwersten, einer konventionellen Therapie nicht zugänglichen Verhornungsstörungen des Hautorgans wie: - Psoriasis vulgaris, vor allem erythrodermatische und pustulöse Formen
Kortikosteroide, z.B. Prednisolon H02AB06 Prednisolon- ratiopharm® Tabletten H02AB01 Betamethason Celestan Depot	[...] Dermatologie: Erkrankungen der Haut und Schleimhäute, die aufgrund ihres Schweregrades und/oder Ausdehnung bzw. Systembeteiligung nicht oder nicht ausreichend mit topischen Glucocorticoiden behandelt werden können. Dazu gehören: [...] - Erythemato-squamöse Dermatosen: z. B. Psoriasis pustulosa, Pityriasis rubra pilaris, Parapsoriasis-Gruppe (DS: c –a) [...] (Stand: 08/2010) Die intradermale bzw. intraläsionale Injektion ist bei bestimmten Hautkrankheiten angezeigt, wie:- örtlich begrenzte hypertrophische infiltrierte Läsionen vom Lichen ruber planus- psoriatische Plaques- Granuloma anulare- Neurodermitis (Lichen simplex chronicus)- Keloidediskoider Lupus erythematoses- Necrobiosis lipoidica- Alopecia areata. CELESTAN Depot ist für Kinder unter 12 Jahren nicht geeignet. (siehe Fachinformation Celestan Depot, Stand Februar 2022)

II. Zugelassene Arzneimittel im Anwendungsgebiet

Injektionssuspension	
----------------------	--

Quellen: AMIS-Datenbank, Fachinformationen

Abteilung Fachberatung Medizin

Recherche und Synopse der Evidenz zur Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie

**Vorgang: 2026-B-098-z (Beratung nach § 35a SGB V)
Risankizumab**

Auftrag von: Abt. AM
Bearbeitet von: Abt. FB Med
Datum: 12. Mai 2026

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
1 Indikation	4
2 Systematische Recherche	4
3 Ergebnisse	5
3.1 Cochrane Reviews	5
3.2 Systematische Reviews	5
3.3 Leitlinien	5
4 Detaillierte Darstellung der Recherchestrategie	19
Referenzen	21

Abkürzungsverzeichnis

AAD	American Academy of Dermatology
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
BAD	British Association of Dermatologists
BETA-PSO	Belgian evidence-based treatment advice in psoriasis
BSA	Body surface area
DLQI	Dermatology Life Quality Index
ECRI	Emergency Care Research Institute
EMA	European Medicines Agency
EuroGuiDerm	European Guideline Development
GDG	Guideline Development Group
GoR	Grade of Recommendations
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
IL	Interleukin
LoE	Level of Evidence
MTX	Methotrexat
NB	Narrowband
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NMA	Network meta-analysis
PASI	Psoriasis Area and Severity Index
PUVA	Psoralen und UVA
QOL	Quality of life
s.c.	Subcutaneous
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
TNF	Tumornekrosefaktor
TRIP	Turn Research into Practice Database
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
UVA	Ultraviolett-A
UVB	Ultraviolett-B
WHO	World Health Organisation

1 Indikation

Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren, für die eine systemische Therapie in Frage kommt.

Hinweis zur Synopse: Informationen hinsichtlich nicht zugelassener Therapieoptionen sind über die vollumfängliche Darstellung der Leitlinienempfehlungen dargestellt.

2 Systematische Recherche

Es wurde eine systematische Literaturrecherche nach systematischen Reviews, Meta-Analysen und evidenzbasierten systematischen Leitlinien zur Indikation Plaque-Psoriasis durchgeführt und nach PRISMA-S dokumentiert [A]. Die Recherchestrategie wurde vor der Ausführung anhand der PRESS-Checkliste begutachtet [B]. Es erfolgte eine Datenbankrecherche ohne Sprachrestriktion in: The Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews), PubMed. Die Recherche nach grauer Literatur umfasste eine gezielte, iterative Handsuche auf den Internetseiten von Leitlinienorganisationen. Ergänzend wurde eine freie Internetsuche (<https://www.google.com/>) unter Verwendung des privaten Modus, nach aktuellen deutsch- und englischsprachigen Leitlinien durchgeführt.

Der Suchzeitraum der systematischen Literaturrecherche wurde auf die letzten fünf Jahre eingeschränkt und die Recherchen am 09.04.2026 abgeschlossen. Am 05.05.2026 erfolgte eine Überprüfung der iterativen Handsuche. Die detaillierte Darstellung der Recherchestrategie inkl. verwendeter Suchfilter sowie eine Auflistung durchsuchter Leitlinienorganisationen ist am Ende der Synopse aufgeführt. Mit Hilfe von EndNote wurden Dubletten identifiziert und entfernt. Die Recherchen ergaben insgesamt 1.941 Referenzen.

In einem zweistufigen Screening wurden die Ergebnisse der Literaturrecherche bewertet. Im ersten Screening wurden auf Basis von Titel und Abstract nach Population, Intervention, Komparator und Publikationstyp nicht relevante Publikationen ausgeschlossen. Dabei wurde für systematische Reviews, inkl. Meta-Analysen, ein Publikationszeitraum von 2 Jahren und für Leitlinien von 5 Jahren betrachtet. Zudem wurde eine Sprachrestriktion auf deutsche und englische Referenzen vorgenommen. Alle eingeschlossenen Referenzen wurden im Volltext beschafft. Im zweiten Screening wurden die im ersten Screening eingeschlossenen Publikationen im Volltext gesichtet und auf ihre Relevanz und methodische Qualität geprüft. Dafür wurden dieselben Kriterien wie im ersten Screening sowie Kriterien zur methodischen Qualität der Evidenzquellen verwendet. Basierend darauf, wurden insgesamt 3 Referenzen eingeschlossen.

Es erfolgt eine synoptische Darstellung wesentlicher Inhalte der identifizierten Referenzen.

3 Ergebnisse

3.1 Cochrane Reviews

Es wurden keine relevanten Cochrane Reviews identifiziert.

3.2 Systematische Reviews

Es wurden keine relevanten systematischen Reviews identifiziert.

3.3 Leitlinien

Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG), 2021 [1, 2].

Therapie der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen; S2k-Leitlinie, Langfassung, Update 2021, Version 2.1

Methodik

Die Leitlinie erfüllt nicht ausreichend die methodischen Anforderungen, wird jedoch aufgrund der im Anwendungsgebiet relevanten Patientenpopulation (Kinder und Jugendliche) und aufgrund der limitierten Evidenz bezogen auf den deutschen Versorgungskontext ergänzend herangezogen.

Grundlage der Leitlinie

- Repräsentatives Gremium: **trifft zu**;
- Interessenkonflikte und finanzielle Unabhängigkeit dargelegt: **trifft zu**;
- Systematische Suche, Auswahl und Bewertung der Evidenz: **trifft nicht zu**;
- Formale Konsensusprozesse und externes Begutachtungsverfahren dargelegt: **trifft zu**;
- Empfehlungen der Leitlinie sind eindeutig und die Verbindung zu der zugrundeliegenden Evidenz ist explizit dargestellt: **trifft zu**;
- Regelmäßige Überprüfung der Aktualität gesichert: **trifft zu**.

Recherche/Suchzeitraum:

Es wurde keine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

Tabelle 3: Schema der Empfehlungsgraduierung

Konsensuspflichtige Passagen

Die Leitliniengruppe hat besonders relevante Abschnitte als konsensuspflichtige Passagen definiert und diese im Rahmen der Konsensuskonferenz verabschiedet. Diese Abschnitte sind grafisch durch graue, umrahmte Felder markiert.

Zur Vereinheitlichung und Standardisierung der Empfehlungen wurden folgende Standardformulierungen verwendet:

↑↑	wird empfohlen	starke Empfehlung für eine Maßnahme
↑	kann empfohlen werden	Empfehlung für eine Maßnahme
→	kann erwogen werden	offene Empfehlung
↓	kann nicht empfohlen werden	Empfehlung gegen eine Maßnahme

Sonstige methodische Hinweise

- Kontrollierte klinische Studien und evidenzbasierte Daten liegen bisher nicht vor, weswegen eine Konsensfindung auf S2k-Niveau aktuell am sinnvollsten ist und den behandelnden Ärzten medizinische und ökonomische Sicherheit geben soll.

Empfehlungen

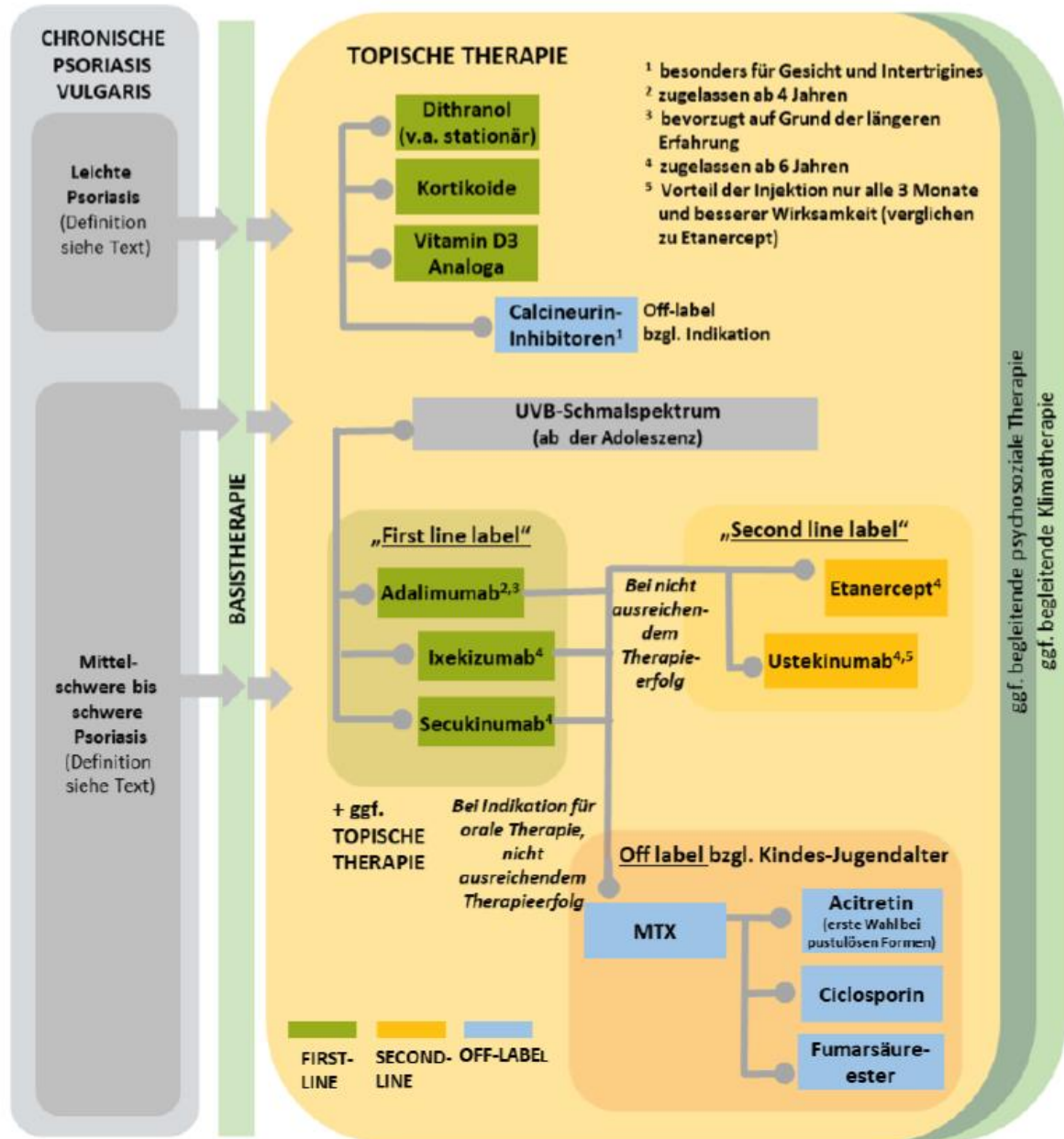


Abbildung 1: Konsentierter Therapie-Algorithmus

6.2 UV-Therapie

2018	Empfehlung	Konsens
Bei Schulkindern kann in Einzelfällen eine UVB-Schmalspektrumtherapie erwogen werden .	→	100 %
Bei Adoleszenten kann in Einzelfällen eine UVB-Schmalspektrumtherapie empfohlen werden .	↑	100 %
Die Anwendung von PUVA zur Therapie der Psoriasis im Kindes- und Jugendalter kann nicht empfohlen werden .	↓	100 %

Der Einsatz von ultravioletem Licht ist in der Therapie der Psoriasis etabliert und zusammen mit der Lokal und Systemtherapie Teil einer individuellen Behandlung 67. Dazu stehen UVB-Breit- und Schmalspektrum, UVA, UVA1 (Mittel- und Hochdosis) und PUVA (Psoralen-UVA) in oraler-systemischer Anwendung oder als Bade- und Creme-PUVA sowie vielfältige Kombinationen mit Salzlösungen in der Balneo-UV-Therapie zur Verfügung. Während für Erwachsene (Patienten >18 Jahre) sowohl klinische Studien und breites Erfahrungswissen sowie Leitlinien existieren, wird die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen mit Psoriasis kontrovers diskutiert. Die frühzeitige und längerfristige Anwendung ist bei einer chronischen Erkrankung schon im Kindesalter angesichts beschleunigter oder vorzeitiger Hautalterung sowie Induktion maligner Hauttumoren problematisch. Andererseits ist der gerade bei Kindern gelegentlich gegebene Ratschlag, die natürliche Sonne zu nutzen, genauso kritisch zu sehen 68.

UV-B

Die positiven klinischen Effekte von Breitband- wie Schmalspektrum-UVB-Licht sind gut belegt, wobei die Nutzung der 311nm-Wellenlänge mit maximaler biologischer Aktivität bei Minimierung von unerwünschten (hautalternden) Effekten durch Herausfiltern der anderen UVB-Wellenbereiche zu bevorzugen ist. Therapiezyklen von 20-30 Sitzungen mit 3-5 Anwendungen pro Woche sind in der Regel nötig, die initiale UVB-Dosis sollte je nach Hauttyp bei 0,2-0,6 J/cm² nbUV-B bzw. 0,02-0,06 J/cm² Breitspektrum UV-B liegen und um maximal 25 % gesteigert werden. Nichtbefallene Areale, insbesondere Gesicht und Genitale, sollten abgedeckt werden. An den Bestrahlungstagen sollten keine weitere UV-Exposition erfolgen sowie nach der Bestrahlung pflegende und kühlende Externa (Wasser-in-Öl) angewendet werden. Durch eine Kombination mit Bädern lassen sich die Penetration des UV-Lichtes und damit ihre Effekte steigern, allerdings steigt auch die Erythemgefahr. Ob Art und Konzentration von gelösten Salzen die Wirksamkeit steigern, ist im Detail nicht untersucht. Häusliche Salzbad sind aufwändig und von Kindern häufig nicht toleriert, unter Urlaubs- und Reha-Bedingungen aber weithin genutzt. Monochromatisches Licht der Wellenlänge 308 nm mittels Laser wird bei Erwachsenen für isolierte, hartnäckige Plaques eingesetzt, ist aber bei Kindern angesichts fehlender Studien kontraindiziert und wegen der Schmerzhaftigkeit bei jüngeren Kindern nicht einsetzbar 69-71.

UV-A

Die klinischen Effekte von UV-A-Licht als Monotherapie sind eingeschränkt. Die PUVA-Therapie ist bei Erwachsenen fest etabliert, bei Kindern aber in jeglicher Anwendung, insbesondere als systemische PUVA, kontraindiziert 72.

6.3 Systemische Therapien

6.3.1 Acitretin

Aktualisierung 2021	Empfehlung	Konsens
Acitretin (first line bei pustulösen Formen) kann bei Indikation für eine orale Therapie oder nicht ausreichendem Therapieerfolg anderer systemischer Therapien zur Behandlung einer mittelschweren bis schweren Psoriasis im Kindes- und Jugendalter erwogen werden .	→	100 % ¹

¹stimmberechtigt (3/3); Meinungsbild aller Teilnehmer (10/10)

Acitretin, ein aromatisches Retinoid der 2. Generation, kommt im Kindesalter vor allem bei Psoriasis pustulosa zum Einsatz. Randomisierte kontrollierte Studien im Kindesalter liegen nicht vor. Aufgrund der fehlenden Indikationszulassung im Kindesalter ist die Therapie im Kindes- und Jugendalter off-label. Einzelfallberichte und kleinere Fallstudien, vor allem zur Psoriasis pustulosa und erythrodermatischen Psoriasis, zur Acitretin-Anwendung bei Psoriasis im Kindesalter liegen für die Monotherapie 73 oder die Kombinationstherapie mit systemischen Kortikoiden, NB-UVB Lichttherapie oder PUVA Therapie vor 74-78. Obwohl eine klinische Besserung im Allgemeinen nach 2-3 Monaten der Therapie berichtet wurde, schienen im Verlauf Rezidive nicht selten und erforderten wiederholt eine intermittierende Therapie. Insgesamt wurde die Verwendung von Acitretin gut vertragen und die Nebenwirkungen waren gering 78. Aus Erfahrungen mit Langzeitbehandlungen mit Acitretin bei Keratinisierungsstörungen im Kindesalter kann von einem guten Sicherheitsprofil auch im Kindesalter ausgegangen werden 79.

Dosierung und Dosierungsschema

Die Therapie wird üblicherweise mit 0,3-0,5 mg/kg KG begonnen und kann bis auf 1 mg/kg KG gesteigert werden. Nach ausreichendem Ansprechen kann eine langsame, schrittweise Dosisreduktion auf bis zu 0,2 mg/kg KG erfolgen. Diese Dosierung sollte ggf. noch 2 Monate über eine Remission gehalten werden, bevor ein Absetzen der Therapie erfolgt 80.

6.3.2 Adalimumab

Aktualisierung 2021	Empfehlung	Konsens
Adalimumab wird zur Behandlung einer mittelschweren bis schweren Psoriasis im Kindes- und Jugendalter vorrangig empfohlen (wegen der längeren Erfahrung).	↑↑	100% ¹

¹stimmberechtigt (3/3); Meinungsbild aller Teilnehmer (10/10)

Adalimumab, ein humaner monoklonaler anti-TNF-Antikörper zur subkutanen Applikation, wurde 2008 erstmalig zum Einsatz im Kindesalter zugelassen. Anwendungsgebiete finden sich in der Kinderreumatologie, der Kindergastroenterologie und der Dermatologie. Umfangreiche Sicherheitsuntersuchungen stehen zur Verfügung 82. Adalimumab ist zur Behandlung der schweren chronischen Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab einem Alter von 4 Jahren zugelassen, die nur unzureichend auf eine topische Therapie und Phototherapien angesprochen haben oder für die diese Therapien nicht geeignet sind. Für die Behandlung der Psoriasis-Arthritis und axialen Spondyloarthritis, einschließlich ankylosierender Spondylitis besteht bei Kindern keine Zulassung von Adalimumab.

Dosierung und Dosierungsschema

Bei einem Körpergewicht bis 30 kg werden alle 2 Wochen 20 mg subkutan verabreicht. Ab einem Körpergewicht von 30 kg erfolgen Gaben von 40 mg Adalimumab subkutan. Die ersten zwei Dosen werden wöchentlich verabreicht, danach erfolgt die Gabe alle 2 Wochen subkutan. Eine Fortsetzung der Therapie länger als 16 Wochen sollte bei Patienten, die innerhalb dieser Zeitspanne nicht ansprechen, sorgfältig abgewogen werden.

6.3.3 Ciclosporin

Aktualisierung 2021	Empfehlung	Konsens
Ciclosporin kann bei Indikation für eine orale Therapie oder nicht ausreichendem Therapieerfolg anderer systemischer Therapien zur Behandlung einer mittelschweren bis schweren Psoriasis im Kindes- und Jugendalter erwogen werden .	→	100 % ¹

¹stimmberechtigt (3/3); Meinungsbild aller Teilnehmer (10/10)

Ciclosporin oder Cyclosporin A bewirkt als Calcineurininhibitor eine Reduktion proentzündlicher Zytokine und eine Funktionshemmung von T-Lymphozyten. Der Einsatz im Kindesalter erfolgt vor allem für schwere therapierefraktäre Verläufe einer Psoriasis vulgaris als Induktionstherapie sowie bei erythrodermatischen und pustulösen Verlaufsformen. Auch für Ciclosporin liegen für eine Behandlung von Kindern nur

Einzelfallberichte und kleine Fallstudien teilweise mit unterschiedlichem Therapieerfolg vor 74,83,84. Ciclosporin ist nicht zur Behandlung der Psoriasis im Kindesalter zugelassen, kontrollierte Studien sind nicht verfügbar. Vorteil ist ein vergleichsweise zu anderen Systemtherapeutika wie z. B. Methotrexat rasches Ansprechen der Therapie innerhalb von 1-3 Monaten. Eine Kombination von Ciclosporin und UV-Therapie wird wegen des erhöhten Hautkrebsrisikos nicht empfohlen. Unter Therapie sind mögliche Blutdruckanstiege sowie etwaige Arzneimittelinteraktionen zu berücksichtigen.

Dosierung und Dosierungsschema

Insbesondere bei Langzeitanwendung spielen potentielle vor allem nephrotoxische unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) eine bedeutende Rolle, weshalb in der Regel eine Therapiedauer von weniger als einem Jahr angestrebt wird. Ciclosporin wird üblicherweise oral als Mikroemulsion in einer Dosierung von 2,5-3 mg/kg Körpergewicht am Tag verabreicht. Die Tagesdosis wird auf zwei Gaben, morgens und abends, verteilt. Die Einnahme der Mikroemulsion sollte vor den Mahlzeiten erfolgen. Bei nicht ausreichendem Ansprechen nach 4-6 Wochen kann eine Dosiserhöhung, ggf. schrittweise auf bis zu 5 mg/kg KG pro Tag erfolgen. Der maximale Behandlungserfolg wird nach etwa 8 bis 16 Wochen erwartet. Bei gutem Ansprechen wird die Dosierung für 3 bis 4 Monate gehalten, gefolgt von einer schrittweisen Reduktion (z. B. alle 4 Wochen um 0,5 mg/kg KG pro Tag) und einem Absetzen der Therapie innerhalb von 6-12 Monaten nach Beginn. Langzeittherapien mit Ciclosporin sollten aufgrund der möglichen unerwünschten Wirkungen nur in Ausnahmefällen und nach Abwägung anderer Therapieoptionen durchgeführt werden.

6.3.4 Etanercept

Aktualisierung 2021	Empfehlung	Konsens
Etanercept kann bei nicht ausreichendem Therapieerfolg, Unverträglichkeit oder Kontraindikation anderer systemischer Therapien zur Behandlung einer mittelschweren bis schweren Psoriasis im Kindes- und Jugendalter empfohlen werden .	↑	100 % ¹

¹stimmberechtigt (3/3); Meinungsbild aller Teilnehmer (10/10)

Etanercept ist zur Behandlung der chronischen schweren Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab einem Alter von 6 Jahren, die unzureichend auf eine andere systemische Therapie oder Lichttherapie angesprochen oder sie nicht vertragen haben, zugelassen. Zur Behandlung der Psoriasisarthritis ist Etanercept bei Jugendlichen ab einem Alter von 12 Jahren, die unzureichend auf eine Methotrexat-Behandlung angesprochen oder eine Methotrexat-Behandlung nicht vertragen haben, zugelassen.

Dosierung und Dosierungsschema

Etanercept wird bei Kindern und Jugendlichen körperlsgewichtsadaptiert verabreicht. Patienten unter 62,5 kg sollte unter Verwendung der Darreichungsform "Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung" oder der Darreichungsform "Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung" die genaue Dosis von 0,8 mg/kg (bis zu maximal 50 mg pro Dosis) wöchentlich subkutan erhalten. Patienten, die 62,5 kg oder mehr wiegen, können die Dosis mittels einer Fertigspritze oder eines Fertigpens mit feststehender Dosis erhalten. Bei Patienten, die nach 12 Wochen nicht angesprochen haben, sollte die Behandlung abgebrochen werden.

6.3.5 Fumarsäureester

Aktualisierung 2021	Empfehlung	Konsens
Fumarsäureester können bei Indikation für eine orale Therapie oder nicht ausreichendem Therapieerfolg anderer systemischer Therapien zur Behandlung einer mittelschweren bis schweren Psoriasis im Kindes- und Jugendalter erwogen werden .	→	100 % ¹

¹stimmberechtigt (3/3); Meinungsbild aller Teilnehmer (10/10)

Fumarsäureester sind seit 1994 zur Behandlung von Patienten mit Psoriasis vulgaris ab einem Alter von 18 Jahren zugelassen. Zunächst war ein Fertigarzneimittel mit einem Wirkstoffgemisch aus Dimethylfumarat und Salzen von Ethylhydrogenfumarat (Fumaderm®) in Deutschland verfügbar, seit 2017 existiert zudem eine Zulassung der europäischen Arzneimittelagentur (EMA) für ein Dimethylfumarat-Monopräparat (Skilarence®). Über die Anwendung von Fumaderm® bei Kindern und Jugendlichen mit Psoriasis vulgaris wurden mehrere Fallberichte, Fallserien und retrospektive Datenerhebungen bei Kindern und Jugendlichen publiziert 85-89. Auch für die Anwendung eines Dimethylfumarat-Monopräparates existiert eine retrospektive Datenerhebung, allerdings in der Indikation Multiple Sklerose 90. Kürzlich wurden die Daten einer randomisierten, doppelblinden, Placebo-kontrollierten Studie mit Fumaderm® bei Kindern mit mittelschwerer bis schwerer Psoriasis im Alter von 10 bis 17 Jahren publiziert (KIFUderm-Studie) 91. Bislang ist das Medikament noch nicht bei Minderjährigen zugelassen, die Verfügbarkeit der Fumarsäureester als orale Therapiemöglichkeit bei Kindern und Jugendlichen ist jedoch wünschenswert. Auch das jetzt erhältliche Dimethylfumarat-Monopräparat (Skilarence®) kommt als Therapieoption in Frage. Aufgrund der erst kurzen Verfügbarkeit existieren hierfür noch keine publizierten Erfahrungen im Kindes- und Jugendalter. Von Vorteil könnten allerdings die längeren Intervalle bei Blut- und Urinkontrollen sein (siehe Fachinformation).

Dosierung und Dosierungsschema

Das Dosierungsschema von Fumaderm® ähnelt dem bei erwachsenen Patienten. Im Rahmen der KIFUderm Studie wurde zunächst eine Dosissteigerung auf 3 Tabletten Fumaderm® täglich angestrebt und das Ansprechen an Woche 12 überprüft. Eine weitere Steigerung war danach auf 4 Tabletten täglich möglich. Eine retrospektive Datenanalyse bei 127 Kindern und Jugendlichen, die aufgrund einer Psoriasis mit Fumaderm® in der Routine behandelt wurden, zeigte, dass auch eine Dosissteigerung auf bis zu sechs Tabletten täglich durchgeführt und gut vertragen wurde 86. Eine individuelle Dosisanpassung ist allerdings ebenso wie bei Erwachsenen notwendig. Ein Therapieansprechen sollte auch bei Kindern und Jugendlichen nach 3-6 Monaten überprüft werden.

6.3.6 Ixekizumab

Aktualisierung 2021	Empfehlung	Konsens
Ixekizumab wird zur Behandlung einer mittelschweren bis schweren Psoriasis im Kindes- und Jugendalter empfohlen .	↑↑	100% ¹

¹stimmberechtigt (3/3); Meinungsbild aller Teilnehmer (10/10)

Ixekizumab ist ein monoklonaler Antikörper, welcher über Bindung an das proinflammatorische Zytokin Interleukin 17A die Interaktion mit dem IL-17-Rezeptor hemmt und dadurch die Keratinozytenaktivierung und -proliferation bei der Psoriasis unterbindet. 2020 war Ixekizumab der erste Interleukin-17A-Antikörper, der für die Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren mit einem Körpergewicht von mindestens 25 kg zugelassen wurde.⁹²

Dosierung und Dosierungsschema

Für Kinder und Jugendliche ab sechs Jahren mit einem Körpergewicht von 25 bis 50 kg wird eine Startdosis von 80 mg Ixekizumab s. c. empfohlen. Anschließend erhalten Kinder und Jugendliche alle 4 Wochen eine Erhaltungsdosis von 40 mg s. c. Ab einem Körpergewicht von über 50 kg wird eine Startdosis von 160 mg und eine Erhaltungsdosis von 80 mg alle vier Wochen empfohlen.

6.3.7 Methotrexat

Aktualisierung 2021	Empfehlung	Konsens
MTX kann bei Indikation für eine orale Therapie oder nicht ausreichendem Therapieerfolg anderer systemischer Therapien zur Behandlung einer mittelschweren bis schweren Psoriasis im Kindes- und Jugendalter empfohlen werden .	↑	100 % ¹

¹stimmberechtigt (3/3); Meinungsbild aller Teilnehmer (10/10)

Methotrexat (MTX), ein Folsäureanalogon, wird seit über 50 Jahren in der Therapie der Psoriasis vulgaris bei Erwachsenen als auch bei Kindern eingesetzt 74,78. MTX wird darüber hinaus insbesondere bei der Psoriasisarthritis aber auch bei schweren Verläufen einer Psoriasis guttata sowie pustulösen und erythrodermatischen Psoriasisverläufen im Kindesalter als Mono- oder Kombinationstherapie eingesetzt. Aufgrund der fehlenden Indikationszulassung im Kindesalter ist die Therapie off-label.

Dosierung und Dosierungsschema

MTX wird zur Behandlung der Psoriasis einmal wöchentlich verabreicht. Die Gabe kann dabei oral als auch subkutan erfolgen. Es existieren körperrgewichtadaptierte als auch körperoberflächenadaptierte Dosierungsschemata für das Kindesalter, wobei letzteres in den zugelassenen Indikationen (juvenile idiopathische Polyarthrit) in Deutschland verwendet wird und mehrheitlich Anwendung findet. Die Dosierung des MTX kann entsprechend der Körperoberfläche berechnet werden. Pro m² Körperoberfläche werden 10-15 mg MTX/ Woche gegeben. Die wöchentliche Höchstdosis sollte 20-25 mg MTX nicht überschreiten. Um die bei MTX recht häufig auftretenden gastrointestinalen unerwünschten Arzneimittelwirkungen (Unwohlsein und Übelkeit) zu minimieren, kann einerseits bei oraler Gabe eine Aufteilung der Dosierung auf 2 Gaben, z. B. am Behandlungstag morgens und abends, erwogen werden. Außerdem wird die Gabe von 5 mg Folsäure p. o. 24 Stunden nach der MTX-Gabe empfohlen 81,94. Nach ausreichendem Ansprechen der Therapie kann eine langsame Dosisreduktion erfolgen, z. B. alle 2-3 Monate in 2,5 mg Schritten der Absolutdosis 93,95.

6.3.8 Secukinumab

Aktualisierung 2021	Empfehlung	Konsens
Secukinumab wird zur Behandlung einer mittelschweren bis schweren Psoriasis im Kindes- und Jugendalter empfohlen .	↑↑	100% ¹

¹stimmberechtigt (3/3); Meinungsbild aller Teilnehmer (10/10)

Secukinumab ist ein monoklonaler Antikörper, der über Bindung an das proinflammatorische Zytokin Interleukin 17A die Interaktion mit dem IL-17-Rezeptor hemmt und dadurch die Keratinozytenaktivierung und -proliferation bei der Psoriasis unterbindet. 2020 wurde Secukinumab als zweiter Interleukin-17A-Antikörper zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen zugelassen (ab 6 Jahren).96

Dosierung und Dosierungsschema

Die empfohlene Dosis ist abhängig vom Körpergewicht und wird als subkutane Injektion mit Startdosen in den Wochen 0, 1, 2, 3 und 4 verabreicht, gefolgt von monatlichen Erhaltungsdosen. Kinder und Jugendliche unter 50 kg erhalten jeweils 75 mg als Start- und Erhaltungsdosis. Ab einem Körpergewicht von 50 kg werden Start- und Erhaltungsdosen von 150 mg empfohlen. Bei nicht ausreichendem Ansprechen dürfen, ab einem Körpergewicht von 50 kg, die Dosen auf 300 mg erhöht werden. Kinder unter 6 Jahren sollten nicht mit Secukinumab behandelt werden.

6.3.9 Ustekinumab

Aktualisierung 2021	Empfehlung	Konsens
Ustekinumab wird bei nicht ausreichendem Therapieerfolg, Unverträglichkeit, Kontraindikation anderer systemischer Therapien oder bei Bedarf einer Therapie mit langen Injektionsintervallen zur Behandlung einer mittelschweren bis schweren Psoriasis im Kindes- und Jugendalter empfohlen .	↑↑	100 % ¹

¹stimmberechtigt (3/3); Meinungsbild aller Teilnehmer (10/10)

Ustekinumab ist ein monoklonaler Antikörper, welcher spezifisch an die p40-Untereinheit von IL-12 und IL-23 bindet und dadurch deren Bindung an den Zielrezeptor verhindert. „Ustekinumab ist zur Behandlung der Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren zugelassen, deren Zustand sich bei Anwendung

anderer systemischer Behandlungen gegen Psoriasis wie MTX, PUVA oder Ciclosporin nicht gebessert hat oder die diese Behandlungen nicht anwenden können.“ 98

Dosierung und Dosierungsschema

Ustekinumab sollte in Woche 0 und 4 und dann alle 12 Wochen verabreicht werden. Die empfohlenen Dosierungen basieren auf dem Körpergewicht. Bei einem Körpergewicht zum Zeitpunkt der Dosierung von < 60 kg ist die empfohlene Ustekinumab-Dosis 0,75 mg/kg. Bei einem Körpergewicht zum Zeitpunkt der Dosierung zwischen 60 und 100 kg ist die empfohlene Ustekinumab-Dosis 45 mg. Ab einem Körpergewicht zum Zeitpunkt der Dosierung von > 100 kg ist die empfohlene Ustekinumab-Dosis 90 mg. Um das Injektionsvolumen (ml) für Patienten, die < 60 kg wiegen, zu berechnen, ist die folgende Formel zu verwenden: Körpergewicht (kg) x 0,0083 (ml/kg). Das errechnete Volumen sollte auf 0,01 ml aufgerundet werden und mittels einer skalierten 1 ml-Spritze verabreicht werden. Für Kinder und Jugendliche, die weniger als die volle 45 mg-Dosis benötigen, steht eine 45 mg-Durchstechflasche zur Verfügung.

6.3.10 Weitere Systemtherapeutika

Weitere nachrangig empfohlene Systemtherapeutika zur Behandlung der Psoriasis im Kindes- und Jugendalter sind Apremilast, Bimekizumab, Brodalumab, Certolizumab pegol, Guselkumab, Infliximab, Risankizumab und Tildrakizumab.

6.3.11 Biosimilars

Biosimilar sind von der European Medical Agency oder der amerikanischen Food and Drug Administration behördlich zugelassene Nachahmerprodukte. Für die Zulassung eines Biosimilars erfolgt der Nachweis der größtmöglichen Vergleichbarkeit zum Original- oder Referenzprodukt hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit 99,100. Originalpräparate genießen meist 15 Jahre Patentschutz. In der Europäischen Union, den USA, Japan und in anderen Ländern wurden seit 2015 Biosimilars von Infliximab, Adalimumab, Etanercept und Rituximab zugelassen. Für diese Referenzprodukte sind weitere Biosimilars für die Behandlung rheumatologischer Erkrankungen in Entwicklung 101.

Wenngleich die Vergleichbarkeit von Biosimilar mit dem Originalpräparat in zumindest einer Indikation bei Erwachsenen nachgewiesen werden muss, ergeben sich Besonderheiten bei der Therapie im Kindesalter.

Die Übertragbarkeit von Wirksamkeitsdaten aus einer Indikation (in der Regel die sensitivste Indikation im Erwachsenenalter) auf andere Indikationen (Diagnosen/Krankheiten) durch Extrapolation ist für das Erwachsenenalter etabliert. Sicherheitsdaten aus kontrollierten Studien bestehen i. d. R. nur in der sensitivsten Indikation, in nur einer Dosis und nur in einer Altersstufe (Erwachsene) mit oft nur begrenzter kleinerer Fallzahl aus nur einer Studie. Eine Langzeitsurveillance wie bei den Originalpräparaten steht nicht zur Verfügung und sollte für besonders sensible Patientenpopulation gefordert werden.

Grundsätzlich wird empfohlen, Biosimilars im Rahmen ihrer individuellen Zulassung gleichwertig einzusetzen. Aus gesellschaftlicher und ärztlicher Sicht eröffnen Biosimilars die Möglichkeit, die Verfügbarkeit biopharmazeutischer Produkte für mehr Patienten aufgrund niedrigerer Preise zu erhöhen. Der Wettbewerb hat bereits zu Preissenkungen der Originalprodukte geführt. Biosimilars können sowohl bei Neueinstellung auf ein Biologikum eingesetzt werden als auch bei Wechsel vom Original zum Nachahmerpräparat („interchangeability“). Aufgrund möglicher Unterschiede in der Immunogenität ist ein mehrfacher Wechsel nicht zu empfehlen, ebenso kein Wechsel durch den Apotheker („nonmedical switching“; „substitution“).

Referenzen aus Leitlinien

67. Sticherling M, Augustin M, Boehncke WH et al. Therapy of psoriasis in childhood and adolescence - a German expert consensus. Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology : JDDG 2011; 9: 815-23.

68. Atherton DJ, Cohen BL, Knobler E et al. Phototherapy for children. Pediatric dermatology 1996; 13: 415-26.

69. Beani JC, Jeanmougin M. [Narrow-band UVB therapy in psoriasis vulgaris: good practice guideline and recommendations of the French Society of Photodermatology]. Annales de dermatologie et de venereologie 2010; 137: 21-31.

70. Jain VK, Aggarwal K, Jain K, Bansal A. Narrow-band UV-B phototherapy in childhood psoriasis. International journal of dermatology 2007; 46: 320-2.

71. Zamberk P, Velazquez D, Campos M, Hernanz JM, Lazaro P. Paediatric psoriasis--narrowband UVB treatment. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV 2010; 24: 415-9.

72. Holme SA, Anstey AV. Phototherapy and PUVA photochemotherapy in children. Photodermatology, photoimmunology & photomedicine 2004; 20: 69-75.

73. Chen P, Li C, Xue R et al. Efficacy and safety of acitretin monotherapy in children with pustular psoriasis: results from 15 cases and a literature review. *The Journal of dermatological treatment* 2018; 29: 353-63.
74. van Geel MJ, Mul K, de Jager ME, van de Kerkhof PC, de Jong EM, Seyger MM. Systemic treatments in paediatric psoriasis: a systematic evidence-based update. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV* 2015; 29: 425-37.
75. de Oliveira ST, Maragno L, Arnone M, Fonseca Takahashi MD, Romiti R. Generalized pustular psoriasis in childhood. *Pediatric dermatology* 2010; 27: 349-54.
76. Juanqin G, Zhiqiang C, Zijia H. Evaluation of the effectiveness of childhood generalized pustular psoriasis treatment in 30 cases. *Pediatric dermatology* 1998; 15: 144-6.
77. Kopp T, Karhofer F, Szepefalusi Z, Schneeberger A, Stingl G, Tanew A. Successful use of acitretin in conjunction with narrowband ultraviolet B phototherapy in a child with severe pustular psoriasis, von Zumbusch type. *The British journal of dermatology* 2004; 151: 912-6.
78. Napolitano M, Megna M, Balato A et al. Systemic Treatment of Pediatric Psoriasis: A Review. *Dermatology and therapy* 2016; 6: 125-42.
79. Lacour M, Mehta-Nikhar B, Atherton DJ, Harper JL. An appraisal of acitretin therapy in children with inherited disorders of keratinization. *The British journal of dermatology* 1996; 134: 1023-9.
80. Benoit S, Hamm H. Childhood psoriasis. *Clinics in dermatology* 2007; 25: 555-62.
81. AWMF-S3-Leitlinie (013-001). Therapie der Psoriasis vulgaris (Update 2017). In. <http://www.awmf.org/leitlinien>.
82. Horneff G, Seyger MMB, Arikian D et al. Safety of Adalimumab in Pediatric Patients with Polyarticular Juvenile Idiopathic Arthritis, Enthesitis-Related Arthritis, Psoriasis, and Crohn's Disease. *The Journal of pediatrics* 2018; 201: 166-75.e3.
83. Di Lernia V, Stingeni L, Boccaletti V et al. Effectiveness and safety of cyclosporine in pediatric plaque psoriasis: A multicentric retrospective analysis. *The Journal of dermatological treatment* 2016; 27: 395-8.
84. Pereira TM, Vieira AP, Fernandes JC, Sousa-Basto A. Cyclosporin A treatment in severe childhood psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV* 2006; 20: 651-6.
85. van Geel MJ, van de Kerkhof PC, Oostveen AM, de Jong EM, Seyger MM. Fumaric acid esters in recalcitrant pediatric psoriasis: A prospective, daily clinical practice case series. *J Dermatolog Treat.* 2016; 27: 214-20. doi: 10.3109/09546634.2015.1088131. Epub 2015 Oct 9.
86. Reich K, Hartl C, Gambichler T, Zschocke I. Retrospective data collection of psoriasis treatment with fumaric acid esters in children and adolescents in Germany (KIDS FUTURE study). *J Dtsch Dermatol Ges.* 2016; 14: 50-8. doi: 10.1111/ddg.12687.
87. Steinz K, Gerdes S, Domm S, Mrowietz U. Systemic treatment with fumaric acid esters in six paediatric patients with psoriasis in a psoriasis centre. *Dermatology.* 2014; 229: 199-204. doi: 10.1159/000363103. Epub 2014 Sep 19.
88. Balak DM, Oostveen AM, Bousema MT et al. Effectiveness and safety of fumaric acid esters in children with psoriasis: a retrospective analysis of 14 patients from The Netherlands. *Br J Dermatol.* 2013; 168: 1343-7. doi: 10.1111/bjd.12231.
89. Gerdes S, Domm S, Mrowietz U. Long-term treatment with fumaric acid esters in an 11-year-old male child with psoriasis. *Dermatology.* 2011; 222: 198-200. doi: 10.1159/000327086. Epub 2011 Apr 19.
90. Makhani N, Schreiner T. Oral Dimethyl Fumarate in Children With Multiple Sclerosis: A DualCenter Study. *Pediatr Neurol.* 2016; 57:101-4. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2016.01.010. Epub Jan 20.
91. Hamm H, Wilsmann-Theis D, Tsianakas A et al. Efficacy and safety of fumaric acid esters in young patients aged 10-17 years with moderate-to-severe plaque psoriasis: a randomized, double-blinded, placebo-controlled trial. *The British journal of dermatology* 2020.
92. Paller AS, Seyger MMB, Alejandro Magariños G et al. Efficacy and safety of ixekizumab in a phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled study in paediatric patients with moderate-to-severe plaque psoriasis (IXORA-PEDS). *The British journal of dermatology* 2020; 183: 231-41.
93. Wright NA, Piggott CD, Eichenfield LF. The role of biologics and other systemic agents in the treatment of pediatric psoriasis. *Seminars in cutaneous medicine and surgery* 2010; 29: 20-7.
94. Wagner N, Dannecker G. *Pädiatrische Rheumatologie*: Springer. 2007.
95. Chladek J, Grim J, Martinkova J et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of low-dose methotrexate in the treatment of psoriasis. *British journal of clinical pharmacology* 2002; 54: 147- 56.
96. Arzneimittel-Agentur E. Cosentyx (Secukinumab) – Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (Anhang 1). In. 2020; https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/cosentyx-epar-product-information_de.pdf.
97. Philipp S, Menter A, Nikkels AF et al. Ustekinumab for the treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis in paediatric patients (≥ 6 to < 12 years of age): efficacy, safety, pharmacokinetic and biomarker results from the open-label CADMUS Jr study. *The British journal of dermatology* 2020; 183: 664-72.
98. European Medicines Agency. Stelara [INN-Ustekinumab: EPAR - Product Information]. In. 2009.

99. US Food & Drug Administration. Guidance for industry. Scientific considerations in demonstrating biosimilarity to a reference product. In. <http://www.fda.gov/downloads/DrugsGuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/UCM291128.pdf>. 2015.
100. Committee for Medicinal Products for Human Use. Guideline on similar biological medicinal products containing biotechnology-derived proteins as active substance: non-clinical and clinical issues. In. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2015/01/WC500180219.pdf. 2014.
101. Braun J, Lorenz HM, Muller-Ladner U et al. [Revised version of the statement by the DGRh on biosimilars-update 2017]. Zeitschrift für Rheumatologie 2018; 77: 81-90.

Speeckaert R et al., 2025 [3].

Belgian recommendations for managing psoriasis in a changing treatment landscape

Zielsetzung/Fragestellung

The Belgian evidence-based treatment advice in psoriasis (BETA-PSO) was published in 2020. Since then, evidence has evolved and additional guidelines (EuroGuiDerm) have been adopted across Europe. Additionally, Belgian treat-to-target recommendations have been published. We BETA-PSO authors therefore reconvened to update our recommendations, adopting elements of the EuroGuiDerm 2022 guidelines. Here, we expand our guidelines to address disease severity classification, treat-to-target recommendations and tele-dermatology, and suggest responsible cost containment and reimbursement measures for policymakers. We consider general recommendations for optimal psoriasis care and for tailoring treatment for special populations and those with comorbidities.

Methodik

Die Leitlinie erfüllt nicht ausreichend die methodischen Anforderungen, wird jedoch aufgrund der im Anwendungsgebiet relevanten Patientenpopulation (Kinder und Jugendliche) und aufgrund der limitierten Evidenz bezogen auf den deutschen Versorgungskontext ergänzend herangezogen.

Grundlage der Leitlinie

- Repräsentatives Gremium: **trifft teilweise zu;**
- Interessenkonflikte und finanzielle Unabhängigkeit dargelegt: **trifft zu;**
- Systematische Suche, Auswahl und Bewertung der Evidenz: **trifft teilweise zu;**
- Formale Konsensusprozesse und externes Begutachtungsverfahren dargelegt: **trifft teilweise zu;**
- Empfehlungen der Leitlinie sind eindeutig und die Verbindung zu der zugrundeliegenden Evidenz ist explizit dargestellt: **trifft zu**
- Regelmäßige Überprüfung der Aktualität gesichert: **trifft zu;**

Recherche/Suchzeitraum:

- keine

LoE/GoR

Strength of recommendation

Strength	Colour
Strong recommendation in favour	↑↑
Weak recommendation in favour	↑
Weak recommendation against	↓
Strong recommendation against	↓↓
No/open recommendation	–

Level of consensus

Level of consensus	Participants, %	Experts, N
100% consensus	100	8
Consensus	>75–95	6–7
Agreement of the majority	>50–75	4–5

Sonstige methodische Hinweise

- Die Empfehlungen zu Kindern bzw. Jugendlichen werden im Supplement dargestellt und es liegen keine Verknüpfungen mit der Literatur vor.
- Die Leitlinie ist ein Update von früheren Leitlinienversionen (Lambert et al., 2020), für die eine systematische Literaturrecherche durchgeführt wurde. Für die aktuelle Version wurde jedoch kein Update der Literaturrecherche durchgeführt.
- Der Konsensusprozess wird dargelegt (Delphi-Methode), jedoch wird kein externes Begutachtungsverfahren genannt abgesehen vom Peer-Review des Journals.
- Update der *Belgian Evidence-based Treatment Advice in Psoriasis* (BETA-PSO):
 - Lambert JLW, Segaert S, Ghislain PD, Hillary T, Nikkels A, Willaert F, et al. Practical recommendations for systemic treatment in psoriasis according to age, pregnancy, metabolic syndrome, mental health, psoriasis subtype and treatment history (BETA-PSO: Belgian Evidence-based Treatment Advice in Psoriasis; part 1). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020;34(8):1654-1665.
 - Systematische Recherche mit der Original-Recherche von November 2018 und einer Update-Recherche von Januar 2019
 - Der Konsensusprozess wird dargelegt (Delphi-Methode), jedoch wird kein externes Begutachtungsverfahren genannt abgesehen vom Peer-Review des Journals.
 - Das Expertengremium besteht aus 8 Dermatologen. Eine Patientenbeteiligung und Methodikexpertise werden nicht genannt.

Empfehlungen

Special populations

Table S1. Systemic medication for special populations

	Conventional medications				Biologic medications												
					Small molecules	TNF inhibitors				Anti-IL-12/23 agents	Anti-IL-17 agents				Anti-IL-23 agents		
	Acitretin	Cyclosporine	Fumarates	Methotrexate	Apremilast	Etanercept	Infliximab	Adalimumab	Certolizumab pegol	Ustekinumab	Secukinumab	Ixekizumab	Brodalumab	Bimekizumab	Guselkumab	Tildrakizumab	Risankizumab
AGE																	
Children (<12 years)		Short-term								†	†	†					
Adolescents (≥12–18 years)	Male only	Short-term															

†Indicated for paediatric use in Belgium.

Statement + strength		Level of consensus
RECOMMENDATIONS FOR CHILDREN (AGE <12 YEARS)		
[EuroGuiDerm] We suggest against using live or live attenuated vaccines in infants (up to 6 months of age) whose mothers received biologic therapy beyond 16 weeks gestation, unless the benefit of the vaccination clearly outweighs the theoretical risk of administration.	↓	Consensus
[BETA-PSO] In children below 12 years from an efficacy and safety perspective, we recommend that the following biological drugs, adalimumab and etanercept, and the conventional systemic drugs, methotrexate and cyclosporine (short-term use only), are used to treat paediatric psoriasis patients. Some advisors report good results with acitretin therapy in paediatric psoriasis patients, in doses of 0.3–0.5 and 5 mg/kg. However, we advise caution when using acitretin due to occasional reports of bone changes in children using retinoids.	↑↑	Consensus
[BETA-PSO] We do not recommend using infliximab in paediatric psoriasis patients due to higher reported rates of malignancies associated with infliximab use compared to the general paediatric population.	↓↓	Consensus
[BETA-PSO] Although there is evidence to show that the synthetic drug apremilast, the TNF inhibitor certolizumab pegol, the IL-17 inhibitors, bimekizumab, brodalumab, ixekizumab and secukinumab; the IL-12/23 inhibitor ustekinumab (and other new biological drugs such as the IL-23/p19 inhibitors: guselkumab, risankizumab, tildrakizumab) are efficacious in paediatric patients, we are – due to a lack of safety data – unable to recommend their use in paediatric psoriasis patients at this point in time.	–	100% consensus
RECOMMENDATIONS FOR ADOLESCENTS (AGE ≥12 YEARS)		
[BETA-PSO] In young people with psoriasis, from an efficacy and safety perspective, we recommend the biological drugs, adalimumab, etanercept, infliximab, secukinumab and ustekinumab, and the conventional drugs acitretin, cyclosporine (for short-term use only), fumarates and methotrexate, for the treatment of adolescent patients, 12–18 years. However, acitretin is contra-indicated for adolescent girls.	↑↑	Consensus
[BETA-PSO] We do not recommend acitretin in adolescent girls with psoriasis due to the risk of teratogenicity and the need for contraception for 3 years following stopping acitretin treatment. Similar to paediatric patients, apremilast, the TNF inhibitor certolizumab pegol, the IL-17 inhibitors, bimekizumab, brodalumab, ixekizumab and secukinumab, and the IL-23/p19 inhibitors, guselkumab, risankizumab and tildrakizumab, cannot be currently recommended in these patients due to limited data and lack of licence for use in children.	↓↓	Consensus

IL, interleukin; TNF, tumour necrosis factor.

The experts voted mostly to retain their recommendations from the previously published 2020 BETA-PSO guideline, and are unchanged except for the consideration of bimekizumab and secukinumab, which were not approved for children in Europe at the time of the previous update.

Referenzen

3. Grine L, de la Brassinne M, Ghislain PD, Hillary T, Lambert J, Segart S, et al. A Belgian consensus on the definition of a treat-to-target outcome set in psoriasis management. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34:676–84.
11. Lambert JLW, Segart S, Ghislain PD, Hillary T, Nikkels A, Willaert F, et al. Practical recommendations for systemic treatment in psoriasis in case of coexisting inflammatory, neurologic, infectious or malignant disorders (BETA-PSO: Belgian evidence-based treatment advice in psoriasis; part 2). *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34:1914–23.
12. Lambert JLW, Segart S, Ghislain PD, Hillary T, Nikkels A, Willaert F, et al. Practical recommendations for systemic treatment in psoriasis according to age, pregnancy, metabolic syndrome, mental health, psoriasis subtype and treatment history (BETA-PSO: Belgian evidence-based treatment advice in psoriasis; part 1). *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34:1654–65.
13. Nast A, Smith C, Spuls PI, Avila Valle G, Bata-Csörgö Z, Boonen H, et al. EuroGuiDerm guideline on the systemic treatment of psoriasis vulgaris—part 1: treatment and monitoring recommendations. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34:2461–98.
14. Nast A, Altenburg A, Augustin M, Boehncke WH, Harle P, Klaus J, et al. German S3-guideline on the treatment of psoriasis vulgaris, adapted from EuroGuiDerm -part 2: treatment monitoring and specific clinical or comorbid situations. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2021;19:1092–115.
15. Nast A, Altenburg A, Augustin M, Boehncke WH, Harle P, Klaus J, et al. German S3-guideline on the treatment of psoriasis vulgaris, adapted from EuroGuiDerm -part 1: treatment goals and treatment recommendations. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2021;19:934–150.

4 Detaillierte Darstellung der Recherchestrategie

Cochrane Library - Cochrane Database of Systematic Reviews (Issue 04 of 12, April 2026)
am 02.04.2026

#	Suchschritt
1	[mh Psoriasis]
2	psoriasis:ti,ab,kw OR psoriatic:ti,ab,kw
3	#1 OR #2
4	#3 with Cochrane Library publication date from Apr 2021 to present
5	#4 with Cochrane Library publication date from Apr 2024 to present
6	#4 NOT #5

Leitlinien und systematische Reviews in PubMed am 02.04.2026

verwendeter Suchfilter für Leitlinien ohne Änderung:

Konsentierter Standardfilter für Leitlinien (LL), Team Informationsmanagement der Abteilung Fachberatung Medizin, Gemeinsamer Bundesausschuss, letzte Aktualisierung am 20.03.2026.

verwendeter Suchfilter für systematische Reviews ohne Änderung:

Konsentierter Standardfilter für Systematische Reviews (SR), Team Informationsmanagement der Abteilung Fachberatung Medizin, Gemeinsamer Bundesausschuss, letzte Aktualisierung am 01.01.2026.

#	Suchschritt
	Leitlinien
1	Psoriasis[mh]
2	Psoriasis [tiab] OR psoriatic[tiab]
3	#1 OR #2
4	(#3) AND (Guideline[pt] OR Practice Guideline[pt] OR Consensus Statement [pt] OR Consensus Development Conference, NIH[pt] OR guideline*[ti] OR recommendation*[ti] OR ((consensus[ti] OR position[ti]) AND (expert[ti] OR delphi[ti] OR statement*[ti] OR paper*[ti] OR document*[ti] OR report*[ti])))
5	(#4) AND ("2021/04/01"[PDAT] : "3000"[PDAT])
6	(#5) NOT ("retracted publication"[pt] OR "retraction notice"[pt] OR "preprint"[pt])
	systematische Reviews
7	(#3) AND ("systematic review"[pt] OR "meta-analysis"[pt] OR "network meta-analysis"[pt] OR (systematic*[tiab] AND (review*[tiab] OR overview*[tiab])) OR metareview*[tiab] OR umbrella review*[tiab] OR "overview of reviews"[tiab] OR meta-analy*[tiab] OR metaanaly*[tiab] OR metanaly*[tiab] OR meta-synthes*[tiab] OR metasynthes*[tiab] OR meta-study[tiab] OR metastudy[tiab] OR integrative review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR evidence review[tiab] OR (("evidence-based medicine"[mh] OR evidence synthes*[tiab]) AND "review"[pt]) OR (((("evidence based"[tiab:~3]) OR evidence base[tiab]) AND (review*[tiab] OR overview*[tiab])) OR (review[ti] AND (comprehensive[ti] OR studies[ti] OR trials[ti])) OR ((critical appraisal*[tiab] OR critically appraise*[tiab] OR study selection[tiab] OR ((predetermined[tiab] OR inclusion[tiab] OR selection[tiab] OR eligibility[tiab]) AND

#	Suchschritt
	criteri*[tiab]) OR exclusion criteri*[tiab] OR screening criteri*[tiab] OR systematic*[tiab] OR data extraction*[tiab] OR data syntheses*[tiab] OR prisma*[tiab] OR moose[tiab] OR entreq[tiab] OR mecir[tiab] OR stard[tiab] OR strobe[tiab] OR "risk of bias"[tiab]) AND (survey*[tiab] OR overview*[tiab] OR review*[tiab] OR search*[tiab] OR analysis[ti] OR apprais*[tiab] OR research*[tiab] OR syntheses*[tiab]) AND (literature[tiab] OR articles[tiab] OR publications[tiab] OR bibliographies[tiab] OR published[tiab] OR citations[tiab] OR database*[tiab] OR references[tiab] OR reference-list*[tiab] OR papers[tiab] OR trials[tiab] OR studies[tiab] OR medline[tiab] OR embase[tiab] OR cochrane[tiab] OR pubmed[tiab] OR "web of science" [tiab] OR cinahl[tiab] OR cinhal[tiab] OR scisearch[tiab] OR ovid[tiab] OR ebsco[tiab] OR scopus[tiab] OR epistemonikos[tiab] OR prospero[tiab] OR proquest[tiab] OR lilacs[tiab] OR biosis[tiab])) OR "technical report"[pt] OR HTA[tiab] OR technology assessment*[tiab] OR technology report*[tiab])
8	(#7) AND ("2021/04/01"[PDAT] : "3000"[PDAT])
9	(#8) NOT "The Cochrane database of systematic reviews"[Journal]
10	(#9) NOT ("retracted publication"[pt] OR "retraction notice"[pt] OR "preprint"[pt])
	systematische Reviews ohne Leitlinien
11	(#10) NOT (#6)
12	(#11) AND ("2024/04/01"[PDAT] : "3000"[PDAT])
13	#11 NOT #12
#	Suchschritt
	Leitlinien
1	Psoriasis[mh]

Iterative Handsuche nach grauer Literatur, abgeschlossen am 09.04.2026, überprüft am 05.05.2026

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN)
- World Health Organization (WHO)
- ECRI Guidelines Trust (ECRI)
- Dynamed / EBSCO
- Guidelines International Network (GIN)
- Trip Medical Database

Referenzen

1. **Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG).** Therapie der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen; S2k-Leitlinie, Langfassung, Update 2021, Version 2.1 [online]. AWMF-Registernummer 013-094. Stand: 01.01.2022. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; 2022. [Zugriff: 05.05.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-094l_S2k_Therapie-der-Psoriasis-bei-Kindern-und-Jugendlichen_2022-04-verlaengert.pdf.
 2. **Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG).** Therapie der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen; S2k-Leitlinie, Leitlinienreport, Version 2.1 [online]. AWMF-Registernummer 013-094. Stand: 01.2022. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; 2022. [Zugriff: 05.05.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-094m_S2k_Therapie-der-Psoriasis-bei-Kindern-und-Jugendlichen_2022-03_1-verlaengert.pdf.
 3. **Speeckaert R, Nikkels AF, Lambert J, Benhadou F, Reynaert V, Ghislain PD, et al.** Belgian recommendations for managing psoriasis in a changing treatment landscape. J Eur Acad Dermatol Venereol 2025;39(3):465-475. <https://dx.doi.org/10.1111/jdv.20367>.
-
- [A] **Rethlefsen ML, Kirtley S, Waffenschmidt S, Ayala AP, Moher D, Page MJ, et al.** PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. Syst Rev 2021;10(1):39. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01542-z>
- [B] **McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C.** PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. J Clin Epidemiol 2016;75:40-46. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.01.021>

Beteiligung von Fachgesellschaften und der AkdÄ zu Fragen der Vergleichstherapie nach §35a Abs. 7 SGB V i.V.m. VerfO 5. Kapitel § 7 Abs. 6

Verfahrens-Nr.: 2026-B098-z

Verfasser	
Name der Institution	Deutsche Dermatologische Gesellschaft
Namen aller beteiligten Sachverständigen	
Datum der Erstellung	30. April 2026

(Bei mehreren beteiligten Fachgesellschaften bitte mit entsprechenden Angaben.)

Indikation
indicated for the treatment of moderate to severe plaque psoriasis in children and adolescents from the age of 6 years who are candidates for systemic therapy.
Fragen zur Vergleichstherapie
Was ist der Behandlungsstandard in o.g. Indikation unter Berücksichtigung der vorliegenden Evidenz? Wie sieht die Versorgungspraxis in Deutschland aus? <i>(Bitte begründen Sie Ihre Ausführungen; geben Sie ggf. zitierte Quellen in einer Referenzliste an.)</i>
Die Therapieauswahl orientiert sich weitestgehend am Zulassungsstatus und an der Leitlinie (1): First line label und Therapiestandard nach Leitlinie: Adalimumab, Ixekizumab, Secukinumab (starke Empfehlung), MTX (einfache Empfehlung, Indikation Psoriasis für Kinder nicht explizit zugelassen, sondern für rheumatoide Arthritis). Die Zulassung von Guselkumab und Apremilast im Kindesalter erfolgte nach Publikation der Leitlinie. Guselkumab kann analog zu den o.g. Biologika eingeordnet werden. Apremilast stellt grundsätzlich auch ein Alternative dar, die jedoch auf Grund der geringeren Wirksamkeit und der oft schlechteren Verträglichkeit in der Regel v.a. beim Wunsch nach oraler Therapie Einsatz findet. Für Ustekinumab besteht nur ein „second line“ Label (starke Empfehlung nach Leitlinie), wenn die anderen Therapien nicht wirksam waren oder kontraindiziert sind. In der Versorgungspraxis werden die genannten Präparate z.T. leitliniengerecht eingesetzt und von erfahrenen Dermatologen grundsätzlich bevorzugt. Allerdings ist bei Kindern/Jugendlichen wie auch bei Erwachsenen immer noch ein hoher Grad an Fehlversorgung mit systemischen Glukokortikosteroiden zu verzeichnen, von denen grundsätzlich abzuraten ist (2).
Gibt es Kriterien für unterschiedliche Behandlungsentscheidungen in der o.g. Indikation, die regelhaft berücksichtigt werden? Wenn ja, welche sind dies und was sind in dem Fall die Therapieoptionen? <i>(Bitte begründen Sie Ihre Ausführungen; geben Sie ggf. zitierte Quellen in einer Referenzliste an.)</i>
Angst vor Spritzen – Bevorzugung orale Therapie oder Therapien mit großem Injektionsintervall (Ustekinumab alle 12 Wochen oder Guselkumab alle 8 Wochen). Zu beachten ist ferner das Vorliegen einer Psoriasis-Arthritis / juvenilen idiopathischen Spondylarthritis, die gehäuft bei Kindern mit Psoriasis vulgaris vorkommen. Hier werden die auch

dafür zugelassenen und wirksamen Präparate Adalimumab, Ixekizumab und Secukinumab bevorzugt.

Referenzliste:

1. AWMF-S2k-Leitlinie (013-094). Therapie der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen. Zuletzt zugegriffen am 13.11.2025. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-094>
2. Augustin M, Glaeske G, Hagenström K (Hrsgg.): Psoriasisreport. Prävention, Versorgung und Innovation. Hamburg 2021 ISBN 978-3-948321-04-8