

Wie behandeln Hausärzte eine Gicht?

Ergebnisse einer Befragung in NRW

How do Family Practitioners Treat Gout?

Results of a Survey in NRW

Bettina Engel, Markus Bleckwenn, Klaus Weckbecker

Einführung: Die Gicht ist eine häufige Erkrankung in Deutschland. Zum Zeitpunkt der Untersuchung war keine deutschsprachige Handlungsempfehlung oder Leitlinie für Hausärzte publiziert. Um einen Überblick über das aktuelle therapeutische Vorgehen des Hausarztes bei der Behandlung der Gicht zu erhalten, führten wir eine Erhebung per Fragebogen durch.

Methoden: Ein standardisierter Fragebogen wurde im ersten Quartal 2013 postalisch an insgesamt 375 Hausarztpraxen in NRW verschickt.

Ergebnisse: Bei der Therapie der akuten Gicht zeigt sich eine hohe Übereinstimmung mit den internationalen Leitlinien (NSAR, Colchicin oder Cortison). 93 % aller befragten Hausärzte besprechen bei einem Gichtanfall auch nichtmedikamentöse Maßnahmen. Die Verordnungshäufigkeit von Allopurinol war insgesamt hoch (6 %). Bei einem Harnsäure (HS)-Spiegel von > 8 mg/dl wurde zu 59 % auch ohne vorausgegangene Gichtanfälle Allopurinol verordnet. 40 % der Ärzte verordnen bei asymptomatischen Patienten kein Allopurinol.

Schlussfolgerungen: Sowohl bei der Behandlung der akuten Gicht als auch der chronischen Gicht zeigt sich eine große Varianz in den Therapieansätzen. Bei der Behandlung der Hyperurikämie wurden Übertherapien im Vergleich zu den internationalen Empfehlungen aufgezeigt. Beides unterstreicht die Notwendigkeit einer hausärztlichen Leitlinie.

Schlüsselwörter: Gicht; akute Gicht; chronische Gicht; Hausarzt; Leitlinie

Introduction: Gout is a common disease in Germany. At the time of this study no published German guideline for the treatment of gout existed. In order to get a general idea of the current treatment of gout by family practitioners (FPs) we conducted a survey.

Methods: We sent a standardised questionnaire to 375 family practitioners in North Rhine-Westphalia.

Results: There is high concordance with international guidelines as to the treatment of acute gout (nonsteroidal antiinflammatory drugs, systemic corticosteroids or oral colchicine). Furthermore 93 % of all interviewed FPs discuss nonpharmacological treatment with their patients. Asking for the rate of allopurinol prescriptions we found that 6 % of all patients receive this drug. 59 % of all FPs declared to prescribe allopurinol if serum urate is > 8 mg/dl even in patients without gout symptoms. 40 % prescribed no Allopurinol in asymptomatic patients.

Conclusions: Treatment of acute and chronic gout shows a wide range of therapeutic approaches. Hyperuricemic but asymptomatic patients were considerably overmedicated in comparison to international guidelines. Our findings underline the need of guidelines for the management of gout in family medicine.

Keywords: Gout; Family Practitioner; Guideline

Hintergrund

Die Gicht ist eine häufige Erkrankung. Ca. 1–2 % der westlichen Bevölkerung sind von der symptomatischen Gicht betroffen [1], bei über 65-Jährigen steigt die Prävalenz auf 7 % [2]. In der Regel werden Gichtpatienten von Hausärzten versorgt. Die bisher veröffentlichten internationalen Leitlinien [3–5, 1, 6, 7] wurden von nicht-hausärztlichen Fachgesellschaften formuliert. Deshalb stellte sich die Frage: Wie sieht der Versorgungsalltag in der hausärztlichen Gichttherapie in Deutschland aus?

Methodik

Ein standardisierter Fragebogen wurde im ersten Quartal 2013 postalisch an alle hausärztlichen Lehrärzte der Universitäten Bonn und Düsseldorf geschickt (insgesamt 375). Auf Grundlage der aktuellen Empfehlungen der internationalen Fachgesellschaften für Rheumatologie [1, 3–7] und der Gicht-Liga e.V. (www.gichtliga.de) entwickelten wir den ersten Entwurf eines Fragebogens. In explorativen Interviews mit den niedergelassenen Hausärzten des Instituts für Hausarztmedizin überprüften wir die Relevanz der Fragen für die hausärztliche Praxis und entwickelten die hier verwendete finale Version des Fragebogens im Konsensverfahren. Entsprechend dem Aufbau der Leitlinien wurden folgende Aspekte abgefragt:

1. Therapie der asymptomatischen Hyperurikämie
2. Therapie der akuten Gicht
3. Nichtmedikamentöse Maßnahmen
4. Harnsäure (HS)-senkende Therapie
 - Beginn mit der HS-senkenden Therapie
 - Therapiekontrolle
 - Dauer der HS-senkenden Therapie

Zusätzlich fragten wir nach Angaben zur Person des Arztes und dessen Praxis. Es wurden offenen und geschlossene Fragen sowie Mischformen gewählt. Die Auswertung erfolgte in Form einer deskriptiven Statistik mittels SPSS (Version 20).

Ergebnisse

Die Rücklaufquote lag insgesamt bei 43 % (n = 117). Für die Lehrarztpraxen des Instituts für Hausarztmedizin in

Befragte Hausärzte			Bundesarztregister 12/2013, NRW
Alter im Mittel	52,7 J	SD ± 7,3	53,8 J
Gemeinschaftspraxis	63 %	Davon 25 % mit Arzt/Ärztin in Weiterbildung	46,1 %
Einzelpraxis	36 %	Davon 38 % mit Arzt/Ärztin in Weiterbildung	Entsprechend 53,9 %
Kassenpatienten	Ø 1435	SD ± 607	Keine Angaben
Privatpatienten	Ø 223	SD ± 135	Keine Angaben

Tabelle 1 Charakterisierung der befragten Hausärzte

Bonn lag die Quote bei 64 %, für die Praxen aus Düsseldorf bei 23 %.

Eine Charakterisierung der Hausärzte (HÄ) ist in Tabelle 1 dargestellt.

Bei der statistischen Auswertung konnten weder signifikante Unterschiede zwischen HÄ aus Bonn und Düsseldorf noch zwischen Praxen mit oder ohne Arzt/Ärztin in Weiterbildung festgestellt werden.

Knapp ein Drittel (31%) der Ärzte behandeln mehr als 10 Gichtanfälle pro Jahr.

1. Therapie der asymptomatischen Hyperurikämie

Die Verordnungshäufigkeit von Allopurinol lag bei 6 % aller Patienten. Bei asymptomatischen Patienten verordnen 59 % aller HÄ Allopurinol ab einem HS-Spiegel von > 8mg/dl. 41 % aller Ärzte verordnen kein Allopurinol bei asymptomatischen Patienten mit Hyperurikämie.

2. Therapie der akuten Gicht

Sowohl in der Wahl der Therapeutika (siehe Abb. 1) als auch bei der Dauer der Therapie sind deutliche Unterschiede aufgefallen.

Fast die Hälfte der HÄ (43 %) behandelt die akute Gicht bis zum Ende der Symptomatik medikamentös. Ein Drittel (33 %) verschreibt die Medikamente für drei Tage, 18 % für eine Woche.

3. Nichtmedikamentöse Therapie

93 % aller antwortenden Hausärzte besprechen bei einem Gichtanfall auch

nichtmedikamentöse Maßnahmen. Hier werden mit großer Mehrheit (85 %) die Vermeidung von Alkohol und eine purinarme Diät besprochen. Gut die Hälfte (54 %) der HÄ bespricht außerdem noch den positiven Effekt einer Gewichtsabnahme und einer Kühlung des betroffenen Gelenkes.

4. Harnsäure senkende Therapie

Bei symptomatischen Gichtpatienten beginnen 65 % der befragten Hausärzte ab dem ersten Gichtanfall mit der HS-senkenden Therapie, 17 % nach dem zweiten Gichtanfall; 3 % verschreiben HS-senkende Medikamente nach mehr als zwei Anfällen. Insgesamt 21 % der befragten Ärzte beginnen mit der HS-senkenden Therapie noch im akuten Gichtanfall, 45 % nach 1–2 Wochen und 24 % machen den Beginn von der Höhe des HS-Spiegels abhängig. Bei der Frage zur Kontrolle der HS-senkenden Therapie gaben 64 % der HÄ an, einmal jährlich bei asymptomatischen Patienten den HS-Spiegel zu kontrollieren, nach stattgehabtem Gichtanfall kontrollieren 41 % der HÄ einmal jährlich und 47 % mehrmals im Jahr.

Bei der Dauer der HS-senkenden Therapie gaben 46 % der HÄ an, eine HS-senkende Therapie dauerhaft zu verordnen, 18 % verordnen die Therapie für insgesamt ein Jahr und knapp 25 % verschreiben die Medikamente, bis sich die Harnsäure im Normbereich befindet.

Diskussion

Bei der Befragung der HÄ fällt eine große Variabilität bei der Therapie von Patienten

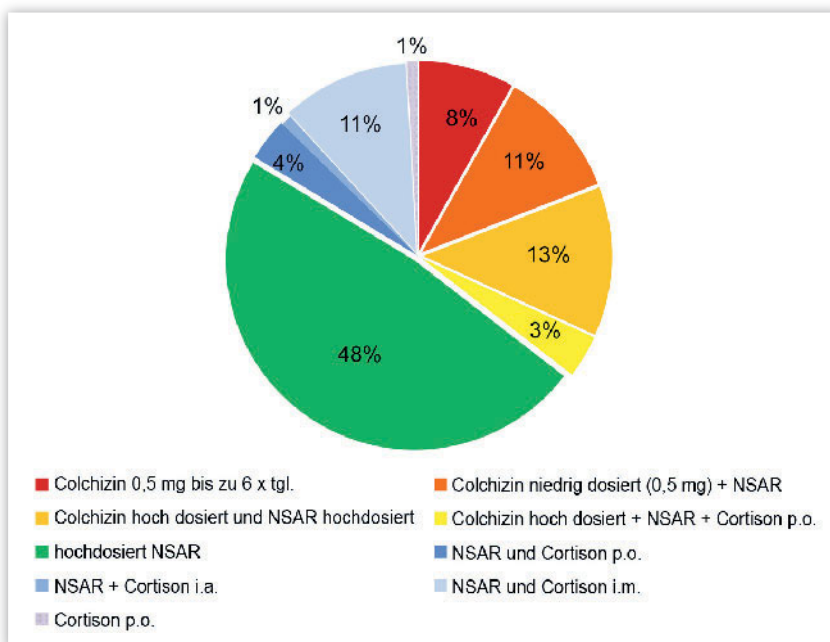


Abbildung 1 Behandlungsrealität der befragten Hausärzte bei akuter Gicht. Die Abbildung zeigt die große Varianz in den Therapieansätzen zur Behandlung der akuten Gicht in NRW.

ten mit akuter bzw. chronisch rezidivierender Gicht auf. Ein wichtiger Grund könnten die bisher fehlenden Standards bzw. Empfehlungen sein.

1. Therapie der asymptomatischen Hyperurikämie

Insgesamt erhalten knapp 6 % aller Patienten in den befragten Praxen Allopurinol. Bei einer Gichtprävalenz von 1–2 % der erwachsenen westlichen Bevölkerung [1] deuten die Ergebnisse der Studie auf eine deutliche Übermedikation hin.

Die Vorselektion des Patientengutes in der Hausarztpraxis lässt den Schluss zu, dass möglicherweise bei einem gewissen Anteil der Patienten eine Konstellation vorliegt, die einer Behandlung mit Urikostatika bedarf wie z.B. bei einer bekannten Niereninsuffizienz, Uratsteinen oder vorhandener Tophi mit einer Hyperurikämie. Dies könnte zumindest einen Teil dieser Diskrepanz erklären. Ein anderer Erklärungsansatz wäre, dass die Hyperurikämie per se als Krankheitsentität verstanden wird und daher mit HS-senkenden Medikamenten therapiert wird. Dieser Behandlungsansatz entspricht nicht den Empfehlungen der internationalen Leitlinien (s. Tab. 2). Die Hyperurikämie ist ein Risikofaktor für

Gicht aber kein eigenständiges Krankheitsbild.

Derzeit gibt es keine evidenzbasierten Hinweise darauf, dass die Senkung des Harnsäurespiegels einen präventiven Effekt auf die Nierenfunktion oder das kardiovaskuläre Risiko hat [10]. Asymptomatische Patienten mit einer Hyperurikämie sollten daher nicht mit Urikostatika wie Allopurinol behandelt werden.

Da die Verordnungsquote von Allopurinol nicht systematisch erfasst, sondern von den HÄ geschätzt wurde, kann eine gewisse Verzerrung im Ergebnis auftreten (Recall-Bias). In Zusammenschau der weiteren Ergebnisse bezüglich der Therapie der chronischen Gicht und Hyperurikämie (siehe 4. Harnsäuresenkende Therapie) erscheint eine Übermedikation jedoch plausibel.

2. Akute Gicht

Bei der Therapie der akuten Gicht (s. Abb. 1), zeigt sich eine hohe Übereinstimmung mit den internationalen Leitlinien, die eine Behandlung mit NSAR, Colchicin oder Cortison empfehlen (s. Tab. 2).

Lediglich bei der Dosierung von Colchicin gibt es Differenzen. 23,9 % der befragten HÄ gaben an, mit einer Hochdosis-Colchicintherapie (bis zu 6x tgl.

0,5 mg) in Kombination mit NSAR und/oder Cortison oder als Monotherapie zu behandeln. Der Einsatz von hoch dosiertem Colchicin wird international wegen der höheren Nebenwirkungsrate bei gleicher Symptomlinderung wie bei niedrigerer Dosis (3x tgl. 0,5 mg) nicht mehr empfohlen [11].

16 % der HÄ gaben an, Cortison einzusetzen. In einer Studie [12] konnte gezeigt werden, dass die systemische Gabe von Glukokortikoiden ebenso effektiv aber nebenwirkungsärmer als die Gabe von hoch dosierten NSAR ist. Um eine eindeutige Empfehlung diesbezüglich auszusprechen, müssten jedoch weitere placebokontrollierte Studien folgen.

Unter der Annahme, dass ein akuter Gichtanfall nicht länger als eine Woche anhält, führen gut zwei Drittel der HÄ die medikamentöse Therapie bis zum Ende der Symptomatik durch. Diese Vorgehensweise entspricht den internationalen Leitlinien.

3. Nichtmedikamentöse Maßnahmen

Als nichtmedikamentöse Maßnahmen gab die überwiegende Mehrheit der HÄ an, eine Diät und den Alkoholgenuss anzusprechen. Um detailliertere Empfehlungen aussprechen zu können, ohne den zeitlichen Rahmen einer hausärztlichen Betreuung zu sprengen, ist eine schriftliche Patienteninformation im Rahmen der S1-Handlungsempfehlungen (siehe: <http://leitlinien.degam.de/index.php?id=1246>) erstellt worden.

4. Harnsäuresenkende Therapie

Laut den internationalen Empfehlungen sollte bei ansonsten Gesunden und mehr als zwei Gichtanfällen pro Jahr mit einer HS-senkenden Therapie begonnen werden – dies machen 2,5 % der befragten HÄ. 65 % der HÄ gaben an, bereits nach dem ersten Gichtanfall mit der HS-senkenden Therapie zu beginnen. Auch dieses Ergebnis deutet auf eine Übermedikation mit HS-senkenden Medikamenten hin.

45,3% der HÄ beginnen leitliniengerecht frühestens 1–2 Wochen nach Ende der akuten Symptomatik mit einer harnsäuresenkenden Therapie. Allerdings könnte nach der Veröffentlichung von Taylor [13] neu diskutiert werden, ob ein früherer Beginn nicht auch möglich er-

scheint, da in seiner Studie kein negativer Effekt auf den Krankheitsverlauf gezeigt werden konnte. Hierfür müssten allerdings noch weitere placebokontrollierte Studien folgen.

Auch bei der Therapiekontrolle handelte die Mehrheit der befragten Ärzte leitliniengerecht: Es erfolgte eine Blutentnahme nach dem Gichtanfall, vierteljährliche Kontrollen bis zur Normalisierung der HS und dann jährliche Verlaufskontrollen.

Leider fehlen für die Behandlung der Gicht und der Therapiekontrolle randomisiert kontrollierte Studien. Die internationalen Empfehlungen beruhen hauptsächlich auf Beobachtungen und physiologischen Überlegungen. Auch bezüglich der Empfehlungen für den Harnsäure-Zielwert gibt es keine belastbare Evidenz dafür, dass die tatsächliche Prävalenz von Gichtanfällen nach Senkung des Harnsäurespiegels reduziert wird.

Falls eine Indikation zur harnsäure-senkenden Therapie besteht, sollte diese laut Leitlinien dauerhaft durchgeführt werden – 46 % der HÄ handeln entsprechend. Nach fünf Jahren erfolgreicher Therapie kann dann ein Auslassversuch gestartet werden [14]. Die anderen befragten Ärzte gaben an, entweder zeitlich begrenzt für ein oder zwei Jahre die Therapie anzusetzen oder aber nach Normalisierung des HS-Spiegels die Therapie wieder zu beenden. Dies entspricht nicht den internationalen Empfehlungen.

Limitationen der Studie

Durch die Vorauswahl der angeschriebenen Hausärzte könnte bereits eine Verzerrung entstanden sein. Es muss diskutiert werden, ob die befragten Ärzte repräsentativ für alle HÄ sind, da es sich bei den befragten HÄ ausschließlich um Lehrärzte der Universitäten Bonn und Düsseldorf handelte. Zum einen sind Lehrärzte möglicherweise motivierter evidenzbasiert zu arbeiten, zum anderen könnten im ländlichen Bereich die Behandlungsstrategien anders aussehen (wegen einer eventuell anderen Prävalenz von Gicht oder auch einer anderen Inanspruchnahme anderer, spezialisier-

Asymptomatische, gesunde Patienten mit Hyperurikämie werden unabhängig von der Höhe des Harnsäure (HS)-Spiegels nicht behandelt.	
Akute Gicht	<ul style="list-style-type: none"> • Schnellstmöglicher Therapiebeginn • Therapieoption mit NSAR, Cortison oder niedrig-dosiert Colchizin • Therapiedauer bis nach Symptomende • Patientenaufklärung (Alkoholvermeidung, mediterrane Diät, Fructose vermeiden, Vitamin C)
Rezidivierende Anfälle	<ul style="list-style-type: none"> • Eine erhöhte Harnsäure ohne Folgeerkrankung wie Gicht und Urolithiasis stellt keine Indikation zur medikamentösen Therapie dar. • Die chronische Gicht sollte mit Harnsäuresenkern behandelt werden. (CAVE: Dosisanpassung bei Niereninsuffizienz siehe z.B. www.dosing.de) • Nach einem ersten Gichtanfall sollte der Patient eine Aufklärung über mögliche Lebensstilveränderungen erhalten. • Nach rezidivierenden Gichtanfällen soll über Nutzen und Risiken einer HS-senkenden Therapie aufgeklärt werden.
Beginn oder Veränderung einer Dauertherapie frühestens 2 Wochen nach einem akuten Gichtanfall bei Patienten: <ul style="list-style-type: none"> • mit mehr als 2 Gichtanfällen pro Jahr • bei vorhandenen Uratsteinen im Harntrakt und Gicht (Cave Urikosurika) • bei bekannter HS-Überproduktion (z.B. unter Chemotherapie) • bei bereits vorhandenen Tophi 	
Dauerhafte HS-senkende Therapie, Auslassversuch nach 5 Jahren erfolgreicher Therapie möglich.	

Tabelle 2 Empfehlungen der Leitlinien (zusammengefasst)

ter Ärzte im ländlichen Bereich). Im Vergleich der Kennzahlen der angeschriebenen Praxen zum Landesdurchschnitt von NRW (Grundlage: Bundesarztregister der KBV am 31.12.2012) besteht lediglich ein signifikanter Unterschied in der Anzahl der in Gemeinschaftspraxen tätigen Ärzte. Ob dies bereits einen Selektions-Bias hervorruft, ist fraglich.

Wie bereits in der Diskussion erwähnt, wurden die Daten nicht systematisch von uns erfasst, sondern von den Ärzten angegeben. Dadurch kann eine Erinnerungsverfälschung entstanden sein. Ebenso muss damit gerechnet werden, dass die Angaben durch eine gewisse Erwartungshaltung der Ärzte verfälscht worden sein können.

Die insgesamt eher niedrige Rücklaufquote der Fragebögen lässt sich zum einen durch den Unterschied zwischen Bonner (64 %) und Düsseldorfer (23 %) Lehrarztpraxen erklären. Dieser Unterschied liegt wahrscheinlich in der engeren Verbundenheit der Bonner Lehrärzte zu unserem Institut und der damit verbundenen höheren Motivation sich an der Forschung zu beteiligen. Jedoch ist das Interesse von Hausärzten, sich an

der allgemeinmedizinischen Forschung aktiv zu beteiligen, nicht ausgeprägt. Laut einer Umfrage von 2008 [8] gaben 56 % der befragten Hausärzte an, sich nicht an der Forschung beteiligen zu wollen – aus Zeitgründen aber auch aus ihrer Überzeugung heraus in der „Forschungswelt“ nicht gehört zu werden [9].

Schlussfolgerungen

Vor allem bei der Therapie der chronischen Gicht und auch der asymptomatischen Hyperurikämie wurden Übertherapien im Vergleich zu den internationalen Empfehlungen aufgezeigt.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit die Implementierung der aktuellen DEGAM-Leitlinie die Varianz der Therapieansätze und die Tendenz zur Übertherapie vermindern kann, da in den Leitlinien beispielhaft Therapiepläne und Behandlungsstrategien erläutert werden (siehe <http://leitlinien.degam.de>).

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Dr. med. Bettina Engel ...



... ist Ärztin in Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Hausarztmedizin des Universitätsklinikums Bonn.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Bettina Engel
Institut für Hausarztmedizin
Universitätsklinik Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25
23127 Bonn
bettina.engel@ukb.uni-bonn.de

Literatur

1. Zhang W. EULAR evidence based recommendations for gout. Part I: Diagnosis. Report of a task force of the standing committee for international clinical studies including therapeutics (ES-CISIT). *Ann Rheum Dis* 2006; 65: 1301–1311
2. Annemans L, Spaepen E, Gaskin M, et al. Gout in the UK and Germany: prevalence, comorbidities and management in general practice 2000–2005. *Ann Rheum Dis* 2007; 67: 960–966
3. Khanna D, Fitzgerald JD, Khanna PP, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 1: Systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia. *Arthritis Care Res* 2012; 64: 1431–1446
4. Khanna D, Khanna PP, Fitzgerald JD, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 2: Therapy and antiinflammatory prophylaxis of acute gouty arthritis. *Arthritis Care Res* 2012; 64: 1447–1461
5. Jordan KM. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of gout. *Rheumatology*. 2007; 46: 1372
6. Zhang W. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II: Management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee For International Clinical Studies Including Therapeutics (ES-CISIT). *Ann Rheum Dis* 2006; 65: 1312–1324
7. Harris, H. NHS Fife Gout Management Guidelines. <http://www.fifeadtc.scot.nhs.uk/formulary/> (letzter Zugriff am 28.03.2014)
8. Hummers-Pradier E, Scheidt-Nave C, Martin H, Heinemann S, Kochen MM, Himmel W. Simply no time? Barriers to GPs' participation in primary health care research. *Fam Pract* 2008; 25: 105–112
9. Rosemann T, Szecsenyi J. General practitioners' attitudes towards research in primary care: qualitative results of a cross sectional study. *BMC Fam Pract* 2004; 5: 31
10. Sivera F, Andres M, Carmona L, et al. Multinational evidence-based recommendations for the diagnosis and management of gout: integrating systematic literature review and expert opinion of a broad panel of rheumatologists in the 3e initiative. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 328–335
11. Terkeltaub RA. High versus low dosing of oral colchicine for early acute gout flare: twenty-four-hour outcome of the first multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, dose-comparison colchicine study. *Arthritis Rheum* 2010; 62: 1060–1068
12. Janssens HJ, Janssen M, van de Lisdonk EH, van Riel PLCM, van Weel C. Use of oral prednisolone or naproxen for the treatment of gout arthritis: a double-blind, randomised equivalence trial. *Lancet* 2008; 371: 1854–1860
13. Taylor TH, Mecchella JN, Larson RJ, Kerin KD, MacKenzie TA. Initiation of allopurinol at first medical contact for acute attacks of gout: a randomized clinical trial. *Am J Med*. 2012; 125: 1126–1134.e7
14. Perez-Ruiz F, Atxotegi J, Hernando I, Calabozo M, Nolla JM. Using serum urate levels to determine the period free of gouty symptoms after withdrawal of long-term urate-lowering therapy: a prospective study. *Arthritis Rheum* 2006; 55: 786–790