S2e-Leitlinie „Gichtarthritis – fachärztlich“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns, Ihnen mit dieser Ausgabe die S2e-Leitlinie „Gichtarthritis – fachärztlich“ vorlegen zu können. Damit wird ein insgesamt 2-jähriger Prozess erfolgreich zum Abschluss gebracht. Wir danken den Mandatsträgern in der Leitliniengruppe, den Mitarbeiterinnen in der Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) und den Kolleginnen Patermann und Flader, die die methodenkritische Bewertung sachgerecht und effizient vorgenommen haben. Unser ganz besonderer Dank gilt Frau Dr. Muche-Borowski vom Institut für Medizinisches Wissensmanagement der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die zwischenzeitlich aufkommende Fragen souverän und zügig bearbeitet hat. Ganz besonders möchten wir an dieser Stelle auch all unseren Mitarbeitern danken, ohne deren Unterstützung Frau Kiltz ihre verantwortungsvolle Aufgabe als Leitlinienkoordinatorin nicht hätte so gut und auch so schnell bewältigen können. In dieser Funktion hat sie immer wieder viele Stunden damit verbracht, die Literatur zu sichten und zu bewerten, allen Beteiligten die relevante Literatur zeitnah zur Verfügung zu stellen, die Treffen der Leitliniengruppe zu organisieren, Protokolle zu verfassen und die Delphi-Runden zu einem guten Abschluss zu bringen. Zuletzt möchten wir uns auch bei allen Kollegen bedanken, die mit ihren kenntnisreichen Ausführungen die Langfassung der Leitlinie während des öffentlichen Begutachtungsprozesses auf der Homepage der DGRh im Februar 2016 kommentiert haben. Die Vorschläge der Kollegen haben geholfen,

vorliegende Inkonsistenzen zu reduzieren, und damit zu einer deutlichen Verbesserung der Leitlinie und zu einer besseren Lesbarkeit geführt.

Warum brauchen wir eine methodisch und inhaltlich anspruchsvolle evidenzbasierte Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Gichtarthritis im fachärztlichen Sektor?

Aufgrund der steigenden Prävalenz und damit Bedeutung in einer zunehmend alternden Gesellschaft hat die Gichtarthritis als eine der häufigsten Formen von Gelenkentzündung in Deutschland eine erhebliche Bedeutung für Patienten und Gesellschaft. Durch die nicht selten inadäquate Behandlung kann das Ziel, eine Heilung der Erkrankung, meist nicht erreicht werden. Um eine adäquate Therapie bei den Patienten einleiten zu können, ist eine richtige und zeitnahe Diagnosestellung der Gichtarthritis sowie der damit assoziierten Komorbiditäten für Patienten und Versorger von erheblicher Bedeutung. Die Erstellung einer deutschen evidenzbasierten Leitlinie „Gichtarthritis – fachärztlich“ erschien daher dringend geboten.

Das Ziel der vorliegenden Leitlinie ist, die Diagnostik und Therapie der Gichtarthritis darzustellen sowie die Versorgung von Gichtpatienten nicht nur in der fachärztlichen Versorgung zu verbessern. Damit soll den betroffenen Patienten die Möglichkeit einer frühzeitigen Diagnosestellung eröffnet und die konsequente Einleitung einer wirksamen evidenzbasierten Therapie ermöglicht werden. Grundsätzlich wird die rasche Einleitung einer effektiven antiinflammatorischen Medikation in

Kombination mit einer harnsäuresenkenden Therapie angestrebt. Mittel- und langfristig sollen durch die konsequente Senkung des Harnsäurespiegels Tophi und strukturelle Gelenkschäden verhindert bzw. die Tophuslast reduziert werden. Insgesamt kann dadurch eine Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden.

Die Leitlinie richtet sich primär an Rheumatologen sowie an interessierte Ärzte und Angehörige nichtärztlicher Berufsgruppen, die an der Versorgung von Patienten mit Gichtarthritis nicht nur im fachärztlichen Sektor beteiligt sind. Die Patientenzielgruppe umfasst alle erwachsenen Patienten mit einer manifesten Gicht und deren Angehörige.

Die S2e-Leitlinie „Gichtarthritis – fachärztlich“, die auf Basis einer systematischen Literaturrecherche und Literaturbewertung konzipiert war, wurde dann letztlich in einem mehrstufigen Konsensusprozess verabschiedet. Grundlage dieses Prozesses waren das Regelwerk der AWMF (<http://www.awmf-leitlinien.de>) sowie die im Deutschen Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung von AWMF und ÄZQ formulierten Anforderungen (DELBI, <http://www.delbi.de>). Neben 3 Quelleitlinien wurde eine Vielzahl von Metaanalysen und randomisierten Studien bei der Erstellung der Leitlinie berücksichtigt.

Bei der Darstellung der Inhalte wurde zwischen Empfehlungen (in Tabellen), deren Herleitung (Fließtext, Quellenangaben) und der Darstellung der Primärliteratur (in Evidenztabelle) unterschieden. Grundsätzlich wird in der Leitlinie zwischen 3 Empfehlungsgraden unterschieden, deren unterschiedliche Qualität bzw. Härte durch die Formulierung

Tab. 1 Grad der Empfehlung, ABO-Schema

A	„Soll“-Empfehlung: zumindest eine randomisierte, kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib)
B	„Sollte“-Empfehlung: gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II und III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt
0	„Kann“-Empfehlung: Bericht von Expertenkreisen oder Expertenmeinungen und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzebene IV) oder Extrapolation von Evidenzebene Ia, Ib oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar sind
KKP	(Klinischer Konsenspunkt) „Standard in der Behandlung“: empfohlen als gute klinische Praxis im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist

(„soll“, „sollte“, „kann“) ausgedrückt wird (■ **Tab. 1**). Empfehlungen gegen eine Intervention werden entsprechend ausgedrückt („soll nicht“, „sollte nicht“) bei Verwendung der gleichen Symbole.

Die Qualität der vorliegenden Evidenz (Evidenzstärke) bestimmt letztlich den Empfehlungsgrad. Die Empfehlungen richten sich also wesentlich, aber nicht ausschließlich nach der verfügbaren Evidenz. Bei fehlender oder lückenhafter Evidenz wurden nach gründlicher interdisziplinärer Diskussion und erreichter Übereinstimmung Empfehlungen auf Konsensusbasis formuliert (klinischer Konsenspunkt [KKP]).

Die S2e-Leitlinie „Gichtarthritis – fachärztlich“ gliedert sich in 6 große Kapitel zu Diagnostik, medikamentöser Therapie, zur komplizierten Gicht, zu Einflussfaktoren auf den Verlauf der Gicht (Lebensstil und Komorbiditäten) sowie zur Patientenschulung. Innerhalb der einzelnen Kapitel werden sog. Schlüsselfragen beantwortet, die zuvor bei der ersten Konsensuskonferenz nach dem PICO (Patient, Intervention, Control, Outcome)-Schema konsentiert worden waren.

In diesem Heft der *Zeitschrift für Rheumatologie* wird nun die bereits auf der Homepage der AWMF online verfügbare Langfassung der S2e-Leitlinie „Gichtarthritis – fachärztlich“ publiziert. Kurzversionen dieser Leitlinie werden in Kürze in deutscher Sprache erscheinen, außerdem ist eine Patientenleitlinie in Planung.

Die Leitliniengruppe wünscht sich eine breite Akzeptanz der konsentierten

Empfehlungen. Es ist zu hoffen, dass die Leitlinie zu einem besseren Verständnis der Diagnostik und Therapie der Gichtarthritis beitragen wird.

Mit den besten Grüßen
Uta Kiltz und Jürgen Braun

Korrespondenzadresse

Dr. U. Kiltz

Rheumazentrum Ruhrgebiet
Claudiusstr. 45, 44649 Herne, Deutschland
Uta.Kiltz@elisabethgruppe.de

Interessenkonflikt. U. Kiltz und J. Braun geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Angaben zum Interessenkonflikt aller Leitlinienautoren finden sich im Leitlinienreport <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/060-005.html>.