

Häufige Gichtanfälle und Chronische Gicht in der hausärztlichen Versorgung

AWMF-Registernr. 053/032a
Klasse S1

Autoren: Bettina Engel, Horst Prautzsch

Paten: Michael Becker, Isabell Gareus, Ilja Karl, Stefan Zutz, Klaus Weckbecker,
Günther Egidi, Albrecht Stein, Anton Beck, Til Uebel

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion: M. Scherer, C. Muche-Borowski,
A. Wollny

Autorisiert durch das DEGAM-Präsidium

Stand: 09/2013

Gültig bis: 09/2018

Für die Aktualisierung sind die Autoren und Paten verantwortlich.

Interessenkonflikte wurden mit dem AWMF-Formblatt eingeholt. Nach Bewertung durch ein Gremium der SLK wurden keine Interessenkonflikte festgestellt.

Schlüsselwörter: DEGAM, S1, Gicht, chronisch, Gelenkentzündung

Häufige Gichtanfälle und Chronische Gicht in der hausärztlichen Versorgung

Definition

Chronische Gicht ist durch eine chronische Gelenkentzündung gekennzeichnet, die zu Ruhe- und Bewegungsschmerzen führen kann. Menschen mit Gicht können auch Gichttophi (Anhäufungen von Uratkristallen in Weichteilgeweben) entwickeln - normalerweise in kühlen Regionen des Körpers (z.B. distale kleine Gelenke, Ellenbogen, Ohren).

Epidemiologie / Versorgungsproblem

Die Prävalenz der Gicht beträgt 1-2% der erwachsenen westlichen Bevölkerung, wobei die Daten nicht zwischen der akuten Gicht und der chronischen Gicht differenzieren. Im höheren Alter kann sie auf bis zu 7% ansteigen. Eine Überversorgung mit harnsäuresenkenden Substanzen ohne ausreichende Indikation sollte abgebaut werden.

Prognose/Verlauf

Die akute Gicht geht nur selten in eine chronische Gicht über (es liegen keine Daten zur Prävalenz vor).

Diagnostik

Die Diagnose wird i.d.R. klinisch gestellt (Gichtanfall siehe DEGAM S1-Handlungsempfehlung akute Gicht).

Therapieziel

Ziel sollte sein, ein Fortschreiten der Gicht und neue Gichtanfälle zu vermeiden, eventuelle Uratablagerungen abzubauen und die Tophusbildung rückgängig zu machen.

Therapieprinzip

1. Eine erhöhte Serumharnsäure (HS) ohne Folgeerkrankung, wie Gicht und Urolithiasis, stellt keine Indikation zur medikamentösen Therapie dar. Sie ist nicht ursächlich für die Entstehung von kardiovaskulären Erkrankungen. (sporadisch rezidivierende Gicht siehe DEGAM S1-Handlungsempfehlung akute Gicht)
2. Die chronische Gicht sollte mit Harnsäuresenkern behandelt werden (CAVE häufige Wechselwirkung z.B. mit Cumarinen und Immunsuppressiva, Dosisanpassung bei Niereninsuffizienz siehe z.B. www.dosing.de).
3. Nach einem ersten Gichtanfall sollte der Patient eine Aufklärung über mögliche Lebensstilveränderungen erhalten (siehe DEGAM Patienteninformation Gicht).
4. Nach rezidivierenden Gichtanfällen soll über Nutzen und Risiken einer harnsäuresenkenden Therapie aufgeklärt werden.

Beginn oder Veränderung einer Dauertherapie frühestens 2 Wochen nach einem akuten Gichtanfall

bei Patienten mit:

- z.B. mehr als 2 Gichtanfällen pro Jahr
- vorhandenen Uratsteinen im Harntrakt und Gicht (CAVE Urikosurika)
- bekannter HS-Überproduktion (z.B. unter Chemotherapie)
- bereits vorhandenen Tophi

Harnsäuresenkende Therapie

In den ersten Wochen bis Monaten nach Beginn einer harnsäuresenkenden Therapie (insbesondere um die 8.-12. Woche) wurde ein vermehrtes Auftreten von Gichtanfällen beobachtet. In solchen Fällen wird eine Anfallsprophylaxe mit niedrig dosiertem Kolchizin (0,5mg 1 x tgl.) oder Naproxen (500mg 1 x tgl.) über z.B. 6 Monate empfohlen.

Falls die Standardtherapie mit 300mg Allopurinol nicht zu einer ausreichenden Reduktion der Krankheitslast führt, kann aus pathophysiologischen Erwägungen die Senkung der Serum-HS unter das Löslichkeitsprodukt (ca. 387µmol/l = 6,5mg/dl) erwogen werden. Um ggf. eine Dosisanpassung des harnsäuresenkenden Mittels vornehmen zu können, kann anfangs ca. alle 3 Monate die Harnsäurekonzentration im Serum kontrolliert werden. Nach Erreichen des Zielwertes wird einmal jährlich empfohlen.

Ein Auslassversuch der Therapie kann nach >5 Jahren erfolgreicher Senkung der Harnsäure versucht werden. Je niedriger der HS-Spiegel unter Therapie war, desto länger braucht es, bis es zu erneuten Gichtanfällen kommt.

In internationalen Leitlinien werden Xanthinoxidase-Hemmer (XOH Leitsubstanz Allopurinol) als Mittel der ersten Wahl und Urikosurika (Leitsubstanz Probenecid) als Mittel der zweiten Wahl angesehen. Vitamin C 500mg/d kann erwogen werden. Febuxostat stellt eine Alternative bei Unverträglichkeit dar.

Häufige Gichtanfälle und Chronische Gicht

Beginn einer Dauertherapie frühestens 2 Wochen nach dem akuten Gichtanfall bei Patienten mit:

- mehr als 2 Gichtanfällen pro Jahr
- vorhandener Urolithiasis und Gicht
- bekannter HS-Überproduktion (z.B. unter Chemotherapie)
- bereits vorhandenen Tophi

Vor Therapiebeginn Kontrolle HS, Leber- und Nierenwerte (bei Niereninsuffizienz, Blutbild)

Patientenaufklärung +

100 bis 300mg Allopurinol

(CAVE Dosisreduktion bei Niereninsuffizienz, häufige Wechselwirkungen z.B. Cumarine, Immunsuppressiva, Zytostatika etc...)

Bei nicht ausreichender Wirkung

Allopurinol

höher dosieren unter Kontrolle HS und Nierenwerte

Bei Unverträglichkeit
oder nicht ausreichender Wirkung

Vitamin C 500mg/die
und/oder

Probenecid (bei normaler Nierenfunktion)

oder bei Unverträglichkeit
Febuxostat

+

falls es nach Therapiebeginn zum vermehrten Auftreten von Gichtanfällen kommt → Anfallsprophylaxe mit Einmalgabe von Naproxen 500mg/die ± PPI oder 0,5mg Kolchizin/die für ca. 6 Monate

Kontrolle HS-Spiegel nach 3 Monaten, nach Erreichen des Zielwertes in ca. einjährigem Abstand

Therapie sollte lebenslang erfolgen, bei langjähriger gut kontrollierter HS-Senkung (ca. 5 Jahre) Auslassversuch möglich

Literatur:

1. Wallace S, Robinson H, Yü T. Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of primary gout. *Arthritis & Rheumatism* 1977 [cited 2013 Jan 23]. Available from: URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.1780200320/abstract>.
2. Harris H. NHS Fife Gout Management Guidelines; 2012 [cited 2012 Nov 27]. Available from: URL:<http://www.fifeadtc.scot.nhs.uk/formulary/support%20info/10C%20Gout%20Management%20Guidelines.pdf>.
3. Underwood M. Diagnosis and management of gout. *BMJ* 2006; 332(7553):1315–9.
4. Mikuls TR. Gout epidemiology: results from the UK General Practice Research Database, 1990-1999. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2005; 64(2):267–72.
5. 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 (ESCSIT). *Annals of the Rheumatic Diseases* 2006; 65(10):1301–11.
6. Choi H, Atkinson K, Karlson EW. Alcohol intake and risk of incident gout in men: a prospective study. *The Lancet*, Volume 358, Issue 9281, 18 August 2001, Pages 525 2004; (Volume 363, Issue 9417, 17 April 2004,):1277–81.
7. Terkeltaub RA. Gout. *N Engl J Med* 2003; 349(17):1647–55.
8. Choi HK. A prescription for lifestyle change in patients with hyperuricemia and gout. *Current Opinion in Rheumatology* 2010; 22(2):165–72.
9. Dincer HE, Dincer AP, Levinson DJ. Asymptomatic hyperuricemia: to treat or not to treat. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2002; 69(8):594.
10. Champion E, Delabry L. Asymptomatic hyperuricemia. Risks and consequences in the normative aging study. *The American Journal of Medicine* 1987 [cited 2013 Jan 23]; Volume 82, Issue 3, March 1987, Pages:421–6. Available from: URL:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0002934387904414>.
11. Snaitth ML, Coomes EN. Gout with normal serum urate concentration. *BMJ. British medical journal* 1977 [cited 2013 Jan 24]; 1977(1):685–6. Available from: URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1605587/>.
12. Janssens HJEM. Gout, not induced by diuretics? A case-control study from primary care. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2006; 65(8):1080–3.
13. Jacobs Jw. Gout and diuretics; still an issue. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde* [2007, 151(8):458-460] 2007 [cited 2013 Jan 25]; 151(8):458–60. Available from: URL:<http://europepmc.org/abstract/MED/17378300>.
14. Hunter DJ, Zhang Y. Recent diuretic use and the risk of recurrent gout attacks: the online case-crossover gout study. *The Journal of Rheumatology* 2006 [cited 2013 Jan 25]; 33(7):1341–5. Available from: URL:<http://jrheum.org/content/33/7/1341.abstract>.
15. Maihak-Sauvageoll. Rheumazentrale.de - Gicht - bei den Füßen fängt sie meist an [cited 2013 Jan 23]. Available from: URL:<http://www.rheumazentrale.de/beitraege/aktuell/96/173.html>.
16. Joosten LAB, Netea MG, Mylona E, Koenders MI, Malireddi RKS, Oosting M et al. Engagement of fatty acids with toll-like receptor 2 drives interleukin-1 β production via the ASC/caspase 1 pathway in monosodium urate monohydrate crystal-induced gouty arthritis. *Arthritis & Rheumatism* 2010; 62(11):3237–48.
17. Choi HK. Obesity, Weight Change, Hypertension, Diuretic Use, and Risk of Gout in MenThe Health Professionals Follow-up Study. *Arch Intern Med* 2005; 165(7):742.

18. Jordan RW, Khan SA. The management of gout in primary care. *InnovAiT* 2012; 5(9):503–8.
19. Singh JA, Reddy SG, Kundukulam J. Risk factors for gout and prevention: a systematic review of the literature. *Curr Opin Rheumatol* 2011; 23(2):192–202.
20. Grahame R, Scott JT. Clinical survey of 354 patients with gout. *Annals of the Rheumatic Diseases* 1970 [cited 2013 Jan 23]; (1970 September; 29(5): 461–468.). Available from: URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1010557/>.
21. Berufsverband deutscher Rheumatologen e.V. Informationen für Patienten | Wissenswertes über Rheuma | Gicht; 2013 [cited 2013 Jan 29]. Available from: URL:<http://www.bdrh.de/informationen-fuer-patienten/wissenswertes-ueber-rheuma/gicht.html>.
22. Gresser U. Diagnose und Therapie der Gicht. *Deutsches Ärzteblatt* 2003; 100(44):2235. Available from: URL:http://sfx.hbz-nrw.de/sfx_ubo?sid=google&aunit=U&aualast=Gresser&atitle=Diagnose%20und%20Therapie%20der%20Gicht&title=D deutsches%20%C3%84rzteblatt&volume=100&issue=44&date=2003&spage=2235&issn=0012-1207.
23. Janssens HJEM. A Diagnostic Rule for Acute Gouty Arthritis in Primary Care Without Joint Fluid Analysis Diagnostic Rule for Acute Gouty Arthritis. *Arch Intern Med* 2010; 170(13):1120.
24. Gresser U. Uric acid levels in southern Germany in 1989. *Klinische Wochenschrift* 1990 [cited 2013 Jan 25]; Volume 68, Issue 24 pp(24):1222–8. Available from: URL:<http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF01796514?LI=true#>.
25. 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 (ESCSIT). *Annals of the Rheumatic Diseases* 2006; 65(10):1312–24.
26. Hamburger M, Edwards NL, Baraf HSB. 2011 Recommendations for the Diagnosis and management of Hyperuricaemia and gout; 2011 [cited 2012 Nov 5].
27. Lottmann K, Chen X, Schadlich PK. Association between gout and all-cause as well as cardiovascular mortality: a systematic review. *Curr Rheumatol Rep* 2012; 14(2):195–203.
28. Abbott RD, Brand FN, Kannel WB, Castelli WP. Gout and coronary heart disease: the Framingham Study. *J Clin Epidemiol* 1988; 41(3):237–42.
29. Choi HK, Curhan G. Independent impact of gout on mortality and risk for coronary heart disease. *Circulation* 2007; 116(8):894–900.
30. Feig DI, Kang D, Johnson RJ. Uric Acid and Cardiovascular Risk. *N Engl J Med* 2008; 359(17):1811–21.
31. Khanna D, Fitzgerald JD, Khanna PP, Bae S, Singh MK, Neogi T 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(10):1431–46.
32. Lee SJ, Terkeltaub RA, Kavanaugh A. Recent developments in diet and gout. *Current Opinion in Rheumatology* 2006; 18(2):193–8.
33. Harrold LR, Yood RA. Patient Knowledge and Beliefs Concerning Gout and Its Treatment. []. *Arthritis & Rheumatism* 2010 [cited 2012 Oct 19]; 62(10):156. Available from: URL:<http://www.blackwellpublishing.com/acrmeeting/abstract.asp?MeetingID=774&id=88811>
34. Choi HK. Vitamin C Intake and the Risk of Gout in Men A Prospective Study. *Arch Intern Med* 2009; 169(5):502.

35. Choi HK. Soft drinks, fructose consumption, and the risk of gout in men: prospective cohort study. *BMJ. British medical journal* 2008; 336(7639):309. Available from: URL:http://sfx.hbz-nrw.de/sfx_ubo?sid=google&auinit=HK&aulast=Choi&atitle=Soft%20drinks%2C%20fructose%20consumption%2C%20and%20the%20risk%20of%20gout%20in%20men%3A%20prospective%20cohort%20study&id=doi%3A10.1136%2Fbmj.39449.819271.BE&title=BMJ.%20British%20medical%20journal&volume=336&issue=7639&date=2008&spage=309.
36. Schlesinger N, Detry MA, Holland BK, Baker DG, Beutler AM, Rull M et al. Local ice therapy during bouts of acute gouty arthritis. *The Journal of Rheumatology* 2002; 29(2):331–4.
37. Jordan KM. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of gout. *Rheumatology* 2007; 46(8):1372. Available from: URL:http://sfx.hbz-nrw.de/sfx_ubo?sid=google&auinit=KM&aulast=Jordan&atitle=British%20Society%20for%20Rheumatology%20and%20British%20Health%20Professionals%20in%20Rheumatology%20guideline%20for%20the%20management%20of%20gout&id=doi%3A10.1093%2Frheumatology%2Fkem056a&title=Rheumatology&volume=46&issue=8&date=2007&spage=1372.
38. Conway N, Schwartz S. Diagnosis and management of acute gout. *Med Health R I* 2009; 92(11):356–8.
39. 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 - Terkeltaub - 2010 - *Arthritis & Rheumatism* - Wiley Online Library. *Arthritis & Rheumatism* 2010 [cited 2013 Jan 25]; 62(4):1060–1068. Available from: URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.27327/full>.
40. Zychowicz ME, Pope RS, Graser E. The current state of care in gout: Addressing the need for better understanding of an ancient disease - Zychowicz - 2010 - *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* - Wiley Online Library 2010 [cited 2012 Nov 23]. Available from: URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2010.00556.x/full>.
41. Janssens HJEM, 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(9627):1854–60.
42. So A, Busso N. Update on gout 2012. *Joint Bone Spine* 2012 [cited 2013 Jan 21]; (79):539–43. Available from: URL:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1297319X12002102>.
43. Becker MA, Schumacher HR, Wortmann RL, MacDonald PA, Eustace D, Palo WA et al. Febuxostat Compared with Allopurinol in Patients with Hyperuricemia and Gout. *N Engl J Med* 2005; 353(23):2450–61.
44. Perez-Ruiz F. Treating to target: a strategy to cure gout. *Rheumatology* 2009 [cited 2013 Jan 23]; (Rheumatology (2009) 48 (suppl 2): ii9-ii14.). Available from: URL:http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/48/suppl_2/ii9.full.pdf+html.
45. J G. Gicht: Alte Erkrankung - neue Therapie; 2012 [cited 2012 Nov 22]. Available from: URL:<http://www.kup.at/kup/pdf/8132.pdf>.
46. Wortmann RL, MacDonald PA, Hunt B, Jackson RL. Effect of Prophylaxis on Gout Flares After the Initiation of Urate-Lowering Therapy: Analysis of Data From Three Phase III Trials. *Clinical therapeutics* 2010 [cited 2013 Feb 6]; 32(14):2386–97. Available from: URL:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149291811000099>.
47. Annemans L, Spaepen E, Gaskin M, Bonnemaire M, Malier V, Gilbert T et al. Gout in the UK and Germany: prevalence, comorbidities and management in general practice 2000–2005. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2007; 67(7):960–6.

48. 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 & Rheumatism* 2006; 55(5):786–90.
49. Pazár Maldonado B, So A. Ätiologie und Management der Gicht. *Z. Rheumatol.* 2012; 71(2):127–37.
50. Khanna D, Khanna PP, Fitzgerald JD, Singh MK, Bae S, Neogi T 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(10):1447–61.
51. NHS . National Guideline Clearinghouse | Management of chronic gout in adults.; 2012 [cited 2013 Feb 13]. Available from: URL:<http://guideline.gov/content.aspx?id=37278#Field118>.
52. Yamanaka H. Japanese Guideline for the Management of Hyperuricemia and Gout: Second Edition. *Nucleosides, Nucleotides and Nucleic Acids* 2011; 30(12):1018–29.
53. NHS . National Guideline Clearinghouse | Management of initial gout in adults.; 2009 [cited 2013 Feb 13]. Available from: URL:<http://guideline.gov/content.aspx?id=14867#Field118>.
54. NHG. NHG-Standaard Artritis: Nederlandse Leidlinie; 2009 [cited 2013 Feb 13]. Available from: URL:http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M90_std.htm#N68267.
55. Grusch B, Rintelen B, Leeb B. Evidenzbasierte Empfehlungen der „European League Against Rheumatism“ zur Diagnostik und Therapie der Gicht. *Z. Rheumatol.* 2007; 66(7):568–72.
56. prodigy. Clinical topic - Gout; 2007 [cited 2013 Feb 13]. Available from: URL:http://prodigy.clarity.co.uk/gout/management/scenario_acute_gout/assessment/basis_for_recommendation#290955006.
57. Adel G.; gout, diet and the insulin resistance syndrome; the journal of rheumatology, 2002; <http://jrheum.com/subscribers/02/07/1350.html>
58. Janssens H.; use of oral prednisolone or naproxen for the treatment of gout arthritis: a double-blind, randomised equivalence trial, the lancet 371:1854-60, 2008

Leitlinie: Häufige Gichtanfälle und Chronische Gicht
Registernr: 053/032a

	Horst Prautzsch	Bettina Engel	Günther Egidi	Til Uebel	Michael Becker	
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	ja Teilnahme am Expertenworkshop zu Patienten-relevanten Endpunkten in der Diabetologie	nein	nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	ja Coventus GmbH (NVL Diabetes)	ja IHF, Erstellung von Fortbildungsmaterialien	ja Moderator AQUA-Institut und von Supervisions-treffen
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	nein	nein	nein	nein	nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein	nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein	nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	ja DEGAM, SLK der DEGAM	nein	ja DEGAM , SLK der DEGAM	nein	ja DEGAM, Hausärzteverband des Landesverbandes Baden-Württemberg
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	nein	nein	ja strenge Orientierung an Evidenzbasierung und Patientenorientierung, Anhänger einer Pharmakritischen Linie	nein	nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Selbstständig in eigener Praxis	UKB	Selbstständig in eigener Praxis	Selbstständig	ACMRL Klinik Baden-Baden, St. Rochus Klinik Bad Schönborn, Direktion Innere des Kantons Zürich

	Anton Beck	Isabell Gareus	Ilja Karl	Albrecht Stein	Stefan Zutz
1 Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein
2 Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein
3 Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein
4 Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	nein	nein	nein	nein	nein
5 Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	ja Aktien de WEBMD, USA, Gesundheitsin formationsdie nst	nein	nein	nein	ja Fonds möglich, aber ohne ohne spezielle Auswahl
6 Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	ja Senior Vice President Business Incontinence Management der Hartmann AG (bester Freund)	nein	nein	nein	nein
7 Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	nein	nein	ja DEGAM	ja DEGAM	ja DEGAM, Hausärzteverband
8 Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	nein	nein	nein	nein	nein
9 Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Selbstständig in eigener Praxis	Uni Düsseldorf, Hausarztpraxis	Selbstständig in eigener Praxis	Niedergelas- sener Vertragsarzt	Selbstständig in eigener Praxis

		Klaus Weckbecker			
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	ja Essex (wiss. Beirat für nicht interventionelle Beobachtungsstudien)			
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	ja Schulung MFA für DG für Suchtmedizin			
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	ja Für Vortrag Suchtmedizin / Schwangerschaft			
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	nein			
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	nein			
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	nein			
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	ja DGS, DEGAM, Hausärzteverband			
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	nein			
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Selbstständig in eigener Praxis			