

### Genug ist besser als zu viel oder zu wenig

Das oberste Ziel unseres Gesundheitssystems sollte Ihr Wohl sein, das der Patientinnen und Patienten. Sie sollen die medizinische Behandlung erhalten, die Sie benötigen. Vor unnötigen Behandlungen sollen Sie geschützt werden. Das nützt Ihnen doppelt: zu viel Medizin kann schädlich sein, und durch das Weglassen unnötiger Dinge bleiben mehr Mittel für die nötigen. Unser Gesundheitssystem und die darin arbeitenden Menschen müssen sich auch ökonomisch behaupten. Daher werden Patientinnen und Patienten häufig als Verbraucher angesehen, die frei entscheiden können.

Übersehen wird dabei, dass die Entscheidungsfreiheit von Menschen in Not eingeschränkt ist. Es wird um diese Menschen und für Angebote einer Gesundheitsindustrie geworben. „Gesundheitsinformationen“ sind oft interessengeleitet.

Es gibt glücklicherweise mehr gesunde als kranke Menschen. Die vielen Gesunden sind allerdings auch ein großer Markt. Ihnen werden z. B. Früherkennungsuntersuchungen angeboten, deren Nutzen nicht bewiesen ist. Der Wert vieler Laborwerte, Röntgenuntersuchungen und Medikamente wird regelmäßig überschätzt. Über mögliche Schäden und über den fehlenden Beweis für einen Nutzen wird selten gesprochen. Es gibt zahlreiche überflüssige Maßnahmen (Übersversorgung) - und dabei geht es nicht um Selbstzahlerleistungen (IGeL). Es gibt aber auch medizinische Maßnahmen, die zu selten eingesetzt werden (Unterversorgung). In unserer Leitlinie wurden diese Maßnahmen zusammengefasst. Wir wollen damit zu einer besseren, gerechteren, sichereren und menschenfreundlicheren medizinischen Versorgung beitragen.

Passgenaue Versorgung setzt voraus, dass wir wissen: Wie hoch ist der Bedarf eigentlich? Wann ist etwas eine Krankheit, die behandelt werden muss? Die meisten Kopfschmerzen gehen von selber weg - aber nicht alle. Welche Behandlungen mit nachgewiesenem Nutzen stehen zur Verfügung? Alles, was über den Bedarf hinausgeht ist Übersversorgung und Verschwendung von Ressourcen. Unterlassene oder zu spät erfolgte Versorgung ist Unterversorgung, die ebenfalls teuer werden kann. Zur Übersversorgung zählt auch die Überdiagnostik; das sind Maßnahmen, die für das Erkennen einer Erkrankung oder für eine bestimmte Behandlung überflüssig sind. Oder deren Schaden größer ist als ihr Nutzen. Zu den Schäden

der Überdiagnostik zählen auch Überdiagnosen und Überbehandlungen. Gesunde werden auf einmal als krank diagnostiziert und erhalten unnötige Behandlungen mit ebenso unnötigen Nebenwirkungen. Diese Gefährdung und Verschwendung bezahlen Sie - mit Lebenszeit, Lebensqualität und mit Ihren Krankenkassenbeiträgen.

### Wie viel Über- und Unterversorgung gibt es?

Wenn in einem Landkreis viel häufiger die Galle operiert wird als in einem anderen, kann das ein Hinweis auf mögliche Über- oder Unterversorgung sein. Ein Beweis ist das noch nicht. Wir bräuchten ganz klare Definitionen von Krankheiten und ideale Tests und Behandlungen. Diese Klarheit gib es oft nicht. Häufig fehlen Forschungsergebnisse, oder sie sind nicht eindeutig. Oder die Studien sind mangelhaft. Prinzipiell sind Diagnosen und Prognosen nur mit bestimmten Wahrscheinlichkeiten richtig und Behandlungen wirken nicht unbedingt bei allen Patienten und auch nicht in gleichem Ausmaß. Daher können Über- und Unterversorgung weder vollständig erfasst noch vollständig vermieden werden. Wir wollen aber mit unserer Leitlinie dazu beitragen, dass sie weniger häufig vorkommen.

### Wer empfiehlt hier was und warum?

Wir Hausärztinnen und Hausärzte sehen uns als Vermittler zwischen Ihnen und weiteren Spezialisten. Wir haben den ganzen Menschen im Blick und können daher eher einschätzen, was Sie brauchen. Unsere Leitlinie macht auf Bereiche aufmerksam, in denen Über- und Unterversorgung nach aktuellem Ermessen sehr wahrscheinlich sind. Eine Gruppe erfahrener Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner hat dazu alle besonders gut belegten Empfehlungen aus Leitlinien (Nationale Versorgungsleitlinien und Leitlinien der DEGAM) einer zusätzlichen Bewertung unterzogen. Wichtig waren dabei die Relevanz der Empfehlungen für Über- und Unterversorgung, deren wissenschaftliche Basis, und deren Bedeutsamkeit für übergeordnete Versorgungsziele. Hoch bewertete Empfehlungen wurden in die Leitlinie aufgenommen. Damit wird Ihrer Hausarztpraxis geholfen, noch besser im Dienst Ihrer Gesundheit tätig zu werden.

<sup>1</sup> Diese Patienteninformation ist nicht für die Selbstdiagnose oder Selbstbehandlung gedacht und ersetzt nicht einen Arztbesuch. <sup>2</sup> Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“. Die Empfehlungen in dieser Kurzfassung stammen von dort und aus den dort genannten Leitlinien, in denen sie auch weiter erläutert und begründet werden.

Tabelle: Priorisierte Leitlinien-Empfehlungen zum Schutz vor Über- (■) und Unterversorgung (□)

Leitlinie DEGAM oder NVL	Empfehlung	
	<b>Prävention</b>	
<b>Husten</b>	Alle Patienten mit Husten sollen nach ihrem Tabakkonsum gefragt werden. Der Raucherstatus soll regelmäßig dokumentiert werden.	□
<b>Kardiovaskuläre Prävention*</b>	Bei der Gesundheitserhaltung sollen alle bekannten Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen berücksichtigt werden.	■ □
	Das Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen soll mit wissenschaftlich anerkannter Methode berechnet werden.	■ □
	Für die Senkung des Langzeitblutzuckerwertes (HbA1c) auf unter 6,5 % mithilfe von Medikamenten ist kein Nutzen nachgewiesen. Die medikamentöse Senkung des HbA1c zur kardiovaskulären Prävention unter diesen Wert sollte daher unterbleiben.	■
<b>Schlaganfall**</b>	Bei Schlaganfallpatienten mit hohem Sturzrisiko sollte eine umfassende Beurteilung der Sturzgefahren im häuslichen Umfeld erfolgen. Patienten und Angehörige sollten beraten werden, Gefahrenquellen zu beseitigen.	□
<b>Pflegende Angehörige von Erwachsenen**</b>	Pflegende Angehörige sollen bei möglichen Anamnesegesprächen bzw. Angehörigenassessments die Möglichkeit erhalten, ihre Bedürfnisse zu äußern. Entscheidungen über daraus abgeleitete Maßnahmen sollen gemeinsam getroffen werden.	□
	Der Hausarzt bzw. die Hausärztin soll mit pflegenden Angehörigen frühzeitig ein wertschätzendes Beratungsgespräch über die Nutzung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten führen.	□
	<b>Screening</b>	
<b>Prävention von Hautkrebs</b>	Die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) bewertet die Evidenz für den Nutzen eines generellen Hautkrebs-Screenings als unzureichend. Im Einzelfall kann eine Früherkennung auf Hautkrebs nach ausgewogener Aufklärung über Vor- und Nachteile durchgeführt werden.	■
<b>Alkoholbezogene Störungen</b>	„Die DEGAM empfiehlt im hausärztlichen Versorgungsbereich kein Screening auf schädlichen Alkoholgebrauch, sondern unter Beachtung der individuellen Situation der Patienten ein Case finding, d. h. die Identifikation von Personen mit besonderem Risiko. Die Evidenz für ein Screening ist aus Sicht der DEGAM unzureichend.“	■
<b>Prostatakarzinom</b>	Männer, die den Wunsch nach einer Früherkennungsuntersuchung mittels PSA in der Hausarztpraxis nicht von sich aus äußern, sollen darauf nicht aktiv angesprochen werden. Diejenigen Männer, die von sich aus nach einer Früherkennung fragen, sollen ergebnisoffen über die Vor- und Nachteile aufgeklärt werden. Dabei sollen der mögliche Nutzen wie auch die Risiken (Überdiagnose und Übertherapie) in natürlichen Zahlen und auch grafisch dargestellt werden. Ebenso soll die Aussagekraft von positiven und negativen Testergebnissen dargestellt werden.	■

Leitlinie DEGAM oder NVL	Empfehlung
	<b>Diagnostik</b>
<b>Halsschmerzen</b>	Bei 0 bis 2 Centor-Kriterien (Mclsaac-Score <3) ist die Wahrscheinlichkeit einer GAS-Pharyngitis gering. Auch bei positivem Rachenabstrich wird heute in vielen Fällen eher eine Pharyngitis anderer Ätiologie bei asymptomatischem GAS-Trägerstatus angenommen. Bei diesen Patienten sollten daher kein Rachenabstrich für Schnelltest oder Kultur durchgeführt und keine Antibiotika verordnet werden. ■
<b>Müdigkeit</b>	Bei primär ungeklärter Müdigkeit sollen anhand von Screeningfragen eine Depression oder Angststörung sowie vorherige Infektion eruiert werden. □ Weitergehende Labor- oder apparative Untersuchungen sollen nur bei auffälligen Vorbefunden/spezifischen Hinweisen in der empfohlenen Basisdiagnostik erfolgen. ■
<b>Brustschmerz</b>	Schätzen Sie bei jedem Patienten mit Brustschmerz die Wahrscheinlichkeit (gering, mittel oder hoch) einer KHK ein. Zur konkreten Stratifizierung der Wahrscheinlichkeit empfehlen wir den speziell für den allgemeinärztlichen Versorgungsbereich entwickelten Marburger Herz-Score. ■ Empfehlen Sie dem Patienten eine Koronarangiographie nur, wenn damit ein definierter diagnostischer und/oder therapeutischer Nutzen zu erwarten ist. ■
<b>Demenz</b>	Bei Hinweisen auf behandelbare Demenzen soll mit den Patientinnen und Patienten bzw. ihren gesetzlichen Vertretern die Möglichkeit einer bildgebenden Diagnostik besprochen werden. ■
<b>Kreuzschmerz</b>	Finden sich bei Patienten mit Kreuzschmerzen durch Anamnese und körperliche Untersuchung beim Erstkontakt keine Hinweise auf gefährliche Verläufe oder andere ernstzunehmende Pathologie, sollen vorerst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden. ■ Bei akuten und rezidivierenden Kreuzschmerzen soll ohne relevanten Hinweis auf gefährliche Verläufe oder andere ernstzunehmende Pathologien in Anamnese und körperlicher Untersuchung keine bildgebende Diagnostik durchgeführt werden. ■
<b>Unipolare Depression</b>	Depressive Menschen berichten selten von sich aus über typische Symptome einer Depression. Sie klagen eher über unspezifische Beschwerden wie schlechten Schlaf, zu frühes Erwachen, Appetitminderung, allgemeine Kraftlosigkeit, anhaltende Schmerzen und/oder körperliche Beschwerden. Der Arzt sollte dann das Vorliegen einer depressiven Störung erwägen und gezielt nach weiteren, typischeren Symptomen fragen. □ ■
<b>Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis*</b>	Nur bei wenigen Patienten, die beim Hausarzt über Schwindel klagen, wird eine spezifische Diagnose gestellt. Akuter Schwindel, für den keine spezifische Diagnose gefunden wird, verschwindet meist von selbst. Nach Ausschluss abwendbar gefährlicher Verläufe ist beobachtendes Abwarten sinnvoll. □

Leitlinie DEGAM oder NVL	Empfehlung	
	<b>Therapie</b>	
<b>Halsschmerzen</b>	Der Hausarzt soll verständlich machen, dass die meisten Halsschmerzen viral bedingt sind und dass bei Virusinfektionen Antibiotika nicht helfen.	■
<b>Husten</b>	Bei ambulant erworbener Pneumonie und fehlenden Risikofaktoren sollte eine empirische orale antibiotische Therapie über 5-7 Tage mit einem Aminopenicillin, alternativ mit einem Tetrazyklin oder einem Makrolid, erfolgen.	■
	Eine unkomplizierte akute Bronchitis soll nicht mit Antibiotika behandelt werden.	■
	Neuraminidase-Inhibitoren zur Therapie der saisonalen Influenza sollten nur in Ausnahmefällen angewandt werden.	■
	Ein akuter Husten im Rahmen eines Infektes sollte nicht mit Expektorantien (Sekretolytika, Mukolytika) behandelt werden.	■
<b>Demenz</b>	Die Arzneimittelrichtlinie lässt eine Verordnung von Antidementiva zu Lasten der GKV nur zu, wenn Verlaufskontrollen durchgeführt werden und diese Kontrollen nicht eine deutliche Verschlechterung zeigen. Vor einer Behandlung sollen darum die Betroffenen und ggfs. ihre Angehörigen darauf hingewiesen werden, dass eine Verlaufskontrolle geplant wird und ggfs. zu einem Abbruch der Behandlung führen kann.	■
<b>Kreuzschmerz</b>	Transdermale Opioide sollen nicht zur Behandlung akuter und subakuter nicht-spezifischer Kreuzschmerzen angewendet werden.	■
	NSAR sollen nicht parenteral verabreicht werden.	■
	Intravenös, -muskulär oder subkutan applizierbare Schmerzmittel, Lokalanästhetika, Glukokortikoide und Mischinfusionen sollen nicht zur Behandlung nicht-spezifischer Kreuzschmerzen angewendet werden.	■
<b>Versorgung von Patienten mit CKD**</b>	Bei erwachsenen Patienten, die dauerhaft potentiell nephrotoxische Medikamente einnehmen, sollte mindestens einmal jährlich die Überprüfung der Nierenfunktion durchgeführt werden.	□
	Bei Patienten mit CKD (GFR < 60 ml/min/1,73m <sup>2</sup> ) soll vor der Verordnung neuer Medikamente geprüft werden, ob eine Anpassung der Dosierung notwendig ist oder eine Kontraindikation vorliegt.	□
	<b>Langzeit-Primärversorgung</b>	
<b>Demenz</b>	In den meisten Fällen zieht die Demenz eines Betroffenen die ganze Familie in Mitleidenschaft. Subjektiv leiden die An- und Zugehörigen häufig stärker unter der Demenz der Indexperson als die Betroffenen selbst. In der hausärztlichen Behandlung von Personen mit Demenz soll ein besonderer Fokus auf die spezifischen Risiken der übrigen Familienmitglieder als besonders vulnerabler Gruppe gelegt werden.	□
<b>Kreuzschmerz</b>	Die Opioidtherapie soll regelmäßig reevaluiert werden, bei akuten nicht-spezifischen Kreuzschmerzen nach spätestens vier Wochen, bei chronischen Kreuzschmerzen nach spätestens drei Monaten.	■
	Die Opioidtherapie soll beendet werden, wenn das vereinbarte Therapieziel nicht erreicht wird.	■
	Für den gesamten Versorgungsprozess soll ein Arzt eine „Lotsenfunktion“ übernehmen. Dieser Arzt ist erste Anlaufstelle für die Erkrankten und koordiniert sämtliche Behandlungsschritte.	□

Leitlinie DEGAM oder NVL	Empfehlung	
<b>Multimorbidität*</b>	<p>Bei Menschen mit mehreren chronischen Krankheiten ist es aus medizinischen Gründen nicht immer möglich bzw. sinnvoll, alles gleichzeitig zu behandeln. In welcher Reihenfolge und mit welchen Schwerpunkten Krankheiten und Beschwerden behandelt werden, hängt davon ab, welche Erkrankungen der Patient hat, wie schwer er erkrankt ist, was den Patienten aus seiner Sicht am meisten belastet und was der Arzt für dringlich hält. Patient und Arzt sollten u.a. besprechen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ wie der Patient seine Rolle im Berufs- und im Familienleben sowie seine Teilnahme an sozialen Aktivitäten am besten erhalten könnte,</li> <li>■ wie der Patient Ereignisse wie einen Schlaganfall, einen Sturz oder einen Herzinfarkt vermeiden könnte,</li> <li>■ wie die Nebenwirkungen von erforderlichen Medikamenten oder anderen Behandlungen begrenzt werden könnten,</li> <li>■ wie der Patient zu einem gesunden Leben beitragen könnte.</li> </ul> <p>Es sollte auch besprochen werden, ob und inwieweit Partner, Angehörige oder Pflegende in Entscheidungen eingebunden werden sollen. Bei der Gelegenheit kann auch geklärt werden, ob alle Beteiligten (Patient, Angehörige, Hausarzt, etwaige Spezialärzte und etwaiges Pflegepersonal) voneinander wissen und sich, falls erforderlich, untereinander abstimmen.</p>	<p>□</p> <p>■</p> <p>□</p> <p>■</p>
<b>Pflegende Angehörige von Erwachsenen**</b>	<p>Hausärzte und Hausärztinnen sollten die Initiative ergreifen und verschiedene Anlässe, Patienten Anliegen oder anamnestische Wahrnehmungen nutzen, um ein Anamnesegespräch oder ein (wiederholtes) Assessment der Pflegesituation und Belastung zu veranlassen.</p> <p>MFAs sollten Beobachtungen und in informellen Gesprächen gewonnene Informationen an den Hausarzt bzw. die Hausärztin weiterleiten.</p>	<p>□</p> <p>□</p>
<b>Versorgung von Patienten mit CKD**</b>	<p>Bei Patienten mit CKD (GFR &lt; 60 ml/min) soll mindestens einmal jährlich ein Medikamentenreview der Dauermedikation durchgeführt werden.</p>	<p>□</p>

\* Diese Empfehlung stammt aus der 1. Aktualisierung der Living Guideline, Stand 10/2020

\*\* Diese Empfehlung stammt aus der 2. Aktualisierung der Living Guideline, Stand 03/2021