

Wie viel Über- u. Unterversorgung gibt es?

Versorgungsunterschiede zwischen Regionen oder Kliniken sowie zeitliche Veränderungen von Versorgungshäufigkeiten sind Indizien für Über- bzw. Unterversorgung, aber keine Beweise. Um feststellen zu können, wie häufig Über- und Unterversorgung sind, bräuchte man idealerweise eine eindeutige Definition der Krankheit, perfekte Diagnostik zum irrtumsfreien Erkennen der Krankheit und ebenso irrtumsfreie Kenntnisse darüber, welche Therapien welchen Nutzen und Schaden mit welchen Wahrscheinlichkeiten mit sich bringen. Diese Klarheit ist nicht gegeben. Häufig fehlen Forschungsergebnisse oder sie sind uneindeutig oder irreführend aufgrund methodisch mangelhafter Studien. 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 sind Über- und Unterversorgung nicht vollständig erfassbar und auch nicht vollständig vermeidbar, aber – und das ist ein Ziel dieser Leitlinie – minimierbar.

Wer empfiehlt hier was und warum?

Hausärztinnen und Hausärzte sind Vermittler zwischen Patienten und weiteren Spezialisten. Sie haben den ganzen Patienten im Blick und können daher die Bedarfe im Einzelfall am besten einschätzen. Die Leitlinie macht auf Bereiche aufmerksam, in denen Über- und Unterversorgung nach aktuellem Ermessen sehr wahrscheinlich sind. Eine Gruppe erfahrener 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. Die Empfehlungen sollen Ärzten dabei helfen, die Bedarfe ihrer Patienten möglichst genau zu erfüllen.

© DEGAM

Autoren M. Scherer, H.-O. Wagner, D. Lühmann, H.-H. Dubben, G. Egidi, T. Kühlein, D. Abiry, A. Barzel, C. Mucho-Borowski

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion
SLK-Leitungsteam der DEGAM

Stand 2018

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

Oberstes Ziel unseres Gesundheitssystems ist das Patientenwohl. Der Patient erhält die medizinische Behandlung, die er benötigt. Vor unnötigen Behandlungen wird er geschützt. Das nützt dem Patienten doppelt. Zum einen kann zu viel Medizin schädlich sein und zum anderen verbleiben durch das Weglassen unnötiger Dinge mehr Ressourcen für die nötigen. Unser Gesundheitssystem und die darin arbeitenden Menschen müssen sich auch ökonomisch behaupten. Daher werden 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. Da es mehr gesunde als kranke gibt, eröffnen auch im Nutzen unbelegte Früherkennungs- und Screeninguntersuchungen riesige Märkte. Laboranalysen, bildgebende Verfahren, spezialistische Expertisen und neue Pharmaka werden in Zweck und Wirksamkeit regelmäßig überschätzt. Über mögliche Schäden und über fehlende wissenschaftliche Untermauerung der Angebote wird selten gesprochen. Es gibt zahlreiche Maßnahmen, die Leitlinien zufolge überflüssig sind (Übersversorgung), aber auch solche, die zu selten eingesetzt werden (Unterversorgung). In einer weiteren Leitlinie² wurden diese Maßnahmen zusammengefasst, um eine bessere, gerechtere, sicherere und menschenfreundlichere medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Passgenaue Versorgung setzt voraus, den Versorgungsbedarf zu kennen. 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 Überversorgung und Verschwendung von Ressourcen. Unterlassene oder zu spät erfolgte Versorgung heißt Unterversorgung, die ebenfalls teuer werden kann. Zur Überversorgung zählt auch die Überdiagnostik. Sie bezeichnet diagnostische Maßnahmen, die für das Erkennen einer Erkrankung oder für Therapieentscheidungen überflüssig sind bzw. deren Nutzen durch Schäden kompensiert wird. Zu den Schäden der Überdiagnostik zählen auch Überdiagnosen und deren Folgen, insbesondere Überbehandlungen, d.h. unnötige Behandlungen mit ebenso unnötigen Nebenwirkungen. Die Verschwendung bezahlen die Patienten - und solche, die es werden sollen - mit Lebenszeit, Lebensqualität, Gesundheit, Krankenkassenbeiträgen.

¹ Diese Patienteninformation ist nicht für die Selbstdiagnose oder Selbstbehandlung gedacht und ersetzt nicht einen Arztbesuch.
² 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	Ü/U
	Prävention	
Husten	Alle Patienten mit Husten sollen nach ihrem Tabakkonsum gefragt werden. Der Raucherstatus soll regelmäßig dokumentiert werden.	□
	Screening	
Prävention von Hautkrebs	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.	■
Alkoholbezogene Störungen	„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.“	■
Prostatakarzinom	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.	■
	Diagnostik	
Halsschmerzen	Bei 0 bis 2 Centor-Kriterien (McIsaac-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.	■
Müdigkeit	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.	□
Brustschmerz	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.	■
Demenz	Bei Hinweisen auf behandelbare Demenzen soll mit den Patientinnen und Patienten bzw. ihren gesetzlichen Vertretern die Möglichkeit einer bildgebenden Diagnostik besprochen werden.	■

Kreuzschmerz	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.	■
	Therapie	
Halsschmerzen	Der Hausarzt soll verständlich machen, dass die meisten Halsschmerzen viral bedingt sind und dass bei Virusinfektionen Antibiotika nicht helfen.	■
Husten	Bei ambulant erworbener Pneumonie und fehlenden Risikofaktoren sollte eine empirische orale antibiotische Therapie über 5-7 Tage mit einem Aminopenicillin, alternativ mit einem Tetracyclin 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.	■
Demenz	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.	■
Kreuzschmerz	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.	■
	Langzeit-Primärversorgung	
Demenz	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.	□
Kreuzschmerz	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.	■