

# Schutz vor Über- und Unterversorgung - gemeinsam entscheiden (Living Guideline)

## Priorisierte Empfehlungen

S2e-Leitlinie

AWMF-Register-Nr. 053-045

DEGAM-Leitlinie Nr. 21

Autoren

Martin Scherer, Hans-Otto Wagner, Dagmar Lüthmann, Günther Egidi, Thomas Kühlein, Dorit Abiry, Anne Barzel, Cathleen Muche-Borowski

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion

Ständige Leitlinien-Kommission der DEGAM

Stand 06/2019

1. Aktualisierung 3. Kapitel 10/2020

2. Aktualisierung 3. Kapitel 03/2021

3. Aktualisierung 3.Kapitel und die gesamte Leitlinie 02/2022

Komplettrevision geplant 2024

## Inhaltsverzeichnis

3	Empfehlungen aus den Leitlinien (priorisiert u. kommentiert) .....	3
3.1	Empfehlungen aus der Leitlinie „Halsschmerzen“ [2] .....	4
3.2	Empfehlungen aus der Leitlinie „Akuter und chronischer Husten“ [3] .....	9
3.3	Empfehlungen aus der Nationalen VersorgungsLeitlinie „Diabetes“ [4] .....	13
3.4	Empfehlungen aus der Nationalen Versorgungsleitlinie „Chronische KHK“ [5] .....	16
3.5	Empfehlungen aus der Leitlinie „Multimedikationen“ [6] .....	18
3.6	Empfehlungen aus der LL „Müdigkeit“ (geprüft 2022) [7] .....	21
3.7	Empfehlungen aus der LL „Demenzen“ (geprüft 2022) [8] .....	22
3.8	Empfehlung aus der LL „Prävention von Hautkrebs“ (geändert 2022) [9] .....	23
3.9	Empfehlungen aus der Nationalen VersorgungsLeitlinie „Kreuzschmerz“ (geprüft 2022) [10] .....	24
3.10	Empfehlung aus der Nationalen VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ (geprüft 2022) [11] .....	28
3.11	Empfehlungen aus der LL „Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention“ (1. Aktualisierung) geprüft 2022 [12] .....	29
3.12	Empfehlung aus der LL „Multimorbidität“ (1. Aktualisierung) geprüft 2022 [13].	32
3.13	Empfehlung aus der LL „Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis“ .....	34
	(1. Aktualisierung) geprüft 2022 [14] .....	34
3.14	Empfehlung aus der LL „Schlaganfall“ (2. Aktualisierung) geprüft 2022 [15] .....	35
3.15	Empfehlungen aus der LL „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“ (2. Aktualisierung) geprüft 2022 [16] .....	36
3.16	Empfehlung aus der LL „Versorgung von Patienten mit chronischer nicht-dialysepflichtiger Nierenerkrankung in der Hausarztpraxis“ (2. Aktualisierung) geprüft 2022 [17] .....	38
6.	Literatur .....	40

### 3 Empfehlungen aus den Leitlinien (priorisiert u. kommentiert)

Eine ihrer Aufgaben sieht die DEGAM in der Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Versorgung durch ressourcenschonende Vermeidung unnötiger und schädlicher medizinischer Maßnahmen.

In der DEGAM-Zukunftsposition Nr. 8 ist formuliert: „Hausärztliche Versorgung – der beste Schutz vor zu viel und falscher Medizin“ [1]. Ein wichtiges Instrument zur Erreichung dieses Ziels ist die Erstellung evidenzbasierter Leitlinien und deren Implementierung. Die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen im klinischen Alltag kann so zu einer Verbesserung der Versorgung, einer Vermeidung von Über-, Unter- oder Fehlversorgung beitragen.

Die Relevanz der hier priorisierten Empfehlungen ergibt sich aus Sicht der DEGAM aus der Klarheit der Empfehlungen in den Leitlinien und der im Gegensatz dazu immer noch weit verbreiteten fehlenden Umsetzung im Praxisalltag.

#### Was ist Neu!

3.1 Empfehlungen aus der Leitlinie „Halsschmerzen“

3.2 Empfehlungen aus der Leitlinie „Akuter und chronischer Husten“

3.3 Empfehlungen aus der Nationalen Versorgungsleitlinie „Diabetes“

3.4 Empfehlungen aus der Nationalen Versorgungsleitlinie „Chronische KHK“

3.5 Empfehlungen aus der Leitlinie „Multimedikationen“

Keine Empfehlungen wurden aus den Nationalen Versorgungsleitlinien „Chronische Herzinsuffizienz“ „Asthma“ und „COPD“ priorisiert.

## 3.1 Empfehlungen aus der Leitlinie „Halsschmerzen“ [2]

### 12 Empfehlungen aus der Leitlinie „Halsschmerzen“

#### 3.1.1 Ätiologie

Infektiologische Ursachen

Statement: Die häufigste, infektiologisch bedingte Ursache des Halsschmerzes sind (altersunabhängig) selbst-limitierende virale Infektionen des Pharynx.

Evidenzlevel: K Ia

#### **Kommentar**

Bakterielle Erreger wie Streptokokken der Gruppe A (GAS) werden bei Tonsillopharyngitis in Abhängigkeit von Saison, Region und Patientenalter nur in ca. 20%–34 % der Fälle nachgewiesen, der überwiegende Anteil akuter Halsschmerzen sind virale Infektionen des Pharynx. Unabhängig von ihrer Genese dauern akute Halsschmerzen durchschnittlich eine Woche an und bedürfen somit überwiegend lediglich einer symptomatischen Therapie.

Die Relevanz dieser Empfehlung hinsichtlich Überversorgung ergibt sich aus der Tatsache, dass viele Infektionen des Pharynx in der ambulanten Medizin antibiotisch behandelt werden, obwohl die häufigste Ursache virale Infekte sind. Somit werden die Patient:innen dem Risiko unerwünschter Nebenwirkungen ausgesetzt und das Risiko von Antibiotikaresistenzen erhöht.

#### 3.1.2 Abwendbar gefährliche Verläufe und Red Flags

Statement: Gefährliche Komplikationen bei Halsschmerzen sind in Ländern wie Deutschland, dem Vereinigten Königreich und den Niederlanden sehr selten.

Evidenzlevel: K Ia

#### **Kommentar**

Die Jahresinzidenz des ARF für Deutschland wird auf weniger als 1/1 000 000 Einwohner:innen geschätzt und ist damit im Vergleich zu vielen Entwicklungsländern sehr niedrig. Die APSGN tritt in den westlichen Industrieländern zwar häufiger als das ARF auf, dennoch ist sie heutzutage eine seltene Erkrankung. Es wird eine stetig rückläufige Inzidenz angenommen und es besteht eine gute Prognose für eine vollständige Ausheilung. Deshalb sind in Deutschland antibiotischen Behandlungen bei akuten Halsschmerzen mit dem Ziel der Vermeidung von Poststreptokokkenkrankungen nicht empfohlen.

Auf Grund der niedrigen Rate an gefährlichen Komplikationen, hat eine antibiotische Behandlung einer bakteriellen Tonsillopharyngitis in der Regel das Ziel einer Verkürzung der Symptombdauer. Somit kann einer antibiotische Behandlung eine Überversorgung darstellen, da Patient:innen dem Risiko unerwünschter Nebenwirkungen ausgesetzt werden und das Risiko von Antibiotikaresistenzen erhöht wird.

#### 3.1.3 Abwendbar gefährliche Verläufe und Red Flags

Eine Re-Evaluation sollte erfolgen, wenn bei Patienten mit Halsschmerzen eine Verschlechterung oder nach 3 bis 4 Tagen keine Besserung auftritt. Dabei soll Folgendes berücksichtigt werden:

- Differentialdiagnosen wie infektiöse Mononukleose,
- Symptome oder Anzeichen, die auf eine ernsthaftere bzw. systemische Erkrankung hinweisen,
- vorherige Behandlung mit Antibiotika, die zu Resistenzen führen können

Evidenzlevel: GCP

### **Kommentar**

Da eine Verschlechterung der Symptome und des Allgemeinzustandes bei akuten Halsschmerzen nach 3-4 Tagen stark vom typischen Spontanverlauf abweicht, sollten zu diesem Zeitpunkt weitere Differenzialdiagnosen miteinbezogen werden.

Die Relevanz dieser Empfehlung hinsichtlich Unterversorgung ergibt sich aus der Tatsache, dass bei Nichtbeachtung der hier genannten abwendbar gefährlichen Verläufe und Red Flags bei betroffenen Patient:innen bedrohliche Gesundheitszustände nicht erkannt werden könnten.

#### 3.1.4 Abwendbar gefährliche Verläufe und Red Flags

Eine sofortige Klinikeinweisung soll erfolgen, wenn zusätzlich zum Symptom Halsschmerz folgende Erkrankungen bzw. abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) vorliegen:

- Stridor oder Atembeeinträchtigung (bei V.a. Epiglottitis, infektiöse Mononukleose)
- Hinweise auf eine schwere systemische Erkrankung (z. B. Meningitis, Diphtherie, Kawasaki-Syndrom, Lemierre-Syndrom)
- Hinweise auf schwere suppurative Komplikationen (peritonsillärer, parapharyngealer oder retropharyngealer Abszess)
- Zeichen einer gestörten Flüssigkeitsaufnahme mit drohender Exsikkose

Evidenzlevel: GCP

### **Kommentar**

Bei entsprechender Klinik oder Grunderkrankung sind fulminante Verläufe, systemische Erkrankungen oder weitere Differenzialdiagnosen abzugrenzen, die ein individuelles Handeln oder die Zuweisung in eine andere Versorgungsebene erfordern.

Die Relevanz dieser Empfehlung hinsichtlich Unterversorgung ergibt sich aus der Tatsache, dass bei Nichtbeachtung der hier genannten abwendbar gefährlichen Verläufe und Red Flags bei betroffene Patient:innen bedrohliche Gesundheitszustände nicht erkannt werden könnten.

#### 3.1.5 Diagnostisches Vorgehen in der Hausarztpraxis

##### Labor

Die Bestimmung von Laborparametern wie Leukozyten, C-reaktives Protein, Blutsenkungsgeschwindigkeit und Procalcitonin sollte im Rahmen der Diagnostik bei Patienten mit akuten Halsschmerzen (< 14 Tage Dauer) ohne RED FLAGS nicht routinemäßig erfolgen.

Evidenzlevel: GCP

### 3.1.6 Diagnostisches Vorgehen in der Hausarztpraxis

Labor

Die Bestimmung des Antistreptolysin-Titers (ASL-Titers) und anderer Streptokokken- Antikörper-Titer soll bei akuter und rezidivierender Tonsillopharyngitis nicht durchgeführt werden.

Empfehlungsgrad: A

Evidenzlevel: D Ia

#### **Kommentar**

Die Abnahme unnötiger Laborparameter bei akuten Halsschmerzen ohne Red Flags birgt bei nicht belegter Relevanz für Therapieentscheidungen oder spätere Indikationsstellung zur Tonsillektomie immer ein Risiko für eine Überversorgung, da auffällige Parameter – wenn auch nicht relevant für die aktuellen Beschwerden – oft weitere potentiell unnötige Diagnostik bedingen.

### 3.1.7 Diagnostisches Vorgehen in der Hausarztpraxis

Streptokokken-Schnelltests und Abstrich-Untersuchungen

Statement: Eine sichere Unterscheidung zwischen Infektion und Trägerstatus ist weder durch mikrobiologische Kulturen noch durch Schnelltests möglich.

Evidenzlevel: D II

### 3.1.8 Diagnostisches Vorgehen in der Hausarztpraxis

Streptokokken-Schnelltests und Abstrich-Untersuchungen

Schnelltest auf Gruppe-A-Streptokokken

Bei Kindern und Jugendlichen (Alter  $\leq 15$  Jahren) mit akuten Halsschmerzen ohne RED FLAGS sollte bei einem negativen Schnelltestergebnis für Gruppe-A-Streptokokken auf eine antibiotische Therapie verzichtet werden.

Empfehlungsgrad: B

Evidenzlevel: T II

#### **Kommentar**

Bei Erwachsenen finden sich bis zu 4-10% symptomlose Träger von GAS und bis zu 12% Streptokokken der Gruppe C und G im Falle einer bakteriellen Tonsillopharyngitis, weshalb Schnelltests auf GAS bei dieser Patient:innengruppe wenig aussagekräftig sind. Bei Kindern hingegen wird eine bakterielle Tonsillopharyngitis hier nahezu immer durch GAS verursacht. Da Kinder jedoch vor allem in der Winterzeit bis zu 15% Träger von GAS sind, sollte frühestens ab einem Score  $\geq 3$  für diese Altersgruppe (3-15 Jahre) ein Schnelltest angewendet werden.

Die Relevanz dieser Empfehlung zur Vermeidung von Überversorgung ergibt sich aus der Tatsache, dass trotz hohem klinischem Risiko für eine bakterielle Tonsillopharyngitis, das sich beispielsweise aus einem hohen Punktescore ergibt, bei Kindern und Jugendlichen bei Vorliegen von einem negativen GAS-Schnelltest auf eine (potentiell unnötige) antibiotische Therapie verzichtet werden könnte.

### 3.1.9 Symptomatische Lokalthherapie

Das Lutschen von medizinischen Lutschtabletten mit Lokalantiseptika und/oder Antibiotika zur lokalen Schmerzlinderung soll nicht empfohlen werden.

Empfehlungsgrad: A

Evidenzlevel: T IV / GCP

#### **Kommentar**

Die Relevanz dieser Empfehlung zur Vermeidung von Überversorgung ergibt sich aus der Tatsache, dass für Rachentherapeutika (Lutschtabletten, Gurgellösungen, Sprays) und Lokalanästhetika und/oder nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) keine ausreichende Wirkungsnachweise bezüglich des Krankheitsverlaufs erbracht werden konnten, die den qualitativen Standards-of-reporting der gängigen medizinischen Fachzeitschriften entsprechen. Es besteht ein Risiko für ernste unerwünschte Nebenwirkungen wie allergische Reaktionen, die potentiell bedrohlich für die Patient:innen sein können.

### 3.1.10 Symptomatische systemische Therapie

Kortikosteroide

Kortikosteroide sollen nicht zur analgetischen Therapie bei Halsschmerzen genutzt werden.

Empfehlungsgrad: A

Evidenzlevel: T Ia

#### **Kommentar**

Auch wenn Belege für eine Wirksamkeit von oralen Kortikosteroiden bei akuten Halsschmerzen existieren, z.B. durch die Einmalgabe von Dexamethason, wird eine Gabe von oralen Kortikosteroiden bei einem durch Selbstmanagement und freiverkäuflichen Substanzen gut behandelbaren Beschwerdebild nicht empfohlen.

Die Relevanz dieser Empfehlung zur Vermeidung von Überversorgung ergibt sich aus der Tatsache, dass mit freiverkäuflichen Substanzen das Krankheitsbild ausreichend gut behandelt werden kann, so dass bei Kortikosteroiden das Risiko eine unnötigen Medikalisierung der Patient:innen besteht.

### 3.1.11 Systemische Antibiotikatherapie

Re-Evaluation und Absetzen eines Antibiotikums

Wenn eine antibiotische Therapie zur Behandlung einer bakteriellen Tonsillopharyngitis nach 3 bis 4 Tagen keine Wirkung zeigt, kann sie (nach ärztlicher Re-Evaluation und unter Beachtung von

Differentialdiagnosen) beendet werden, um das Risiko für Resistenzentwicklungen und unerwünschte Nebenwirkungen zu minimieren.

Evidenzlevel: GCP

### **Kommentar**

Die Relevanz dieser Empfehlung zur Vermeidung von Überversorgung ergibt sich aus der Tatsache, dass sich zum einen die Patient:innensicherheit und zum anderen mit jedem Tag der Einnahme von systemischen Antibiotika das Risiko für Resistenzentwicklung und unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen erhöht. Da erfahrungsgemäß eine adäquate Antibiotikatherapie am 2-3 Tag Wirkung zeigt, ergibt sich ein negatives Kosten-Nutzen-Verhältnis.

### 3.1.12 Nachsorge

#### Ärztliche Wiedervorstellung

Statement: Eine routinemäßige ärztliche Wiedervorstellung und Kontrolluntersuchungen nach erfolgreicher Behandlung von Halsschmerzen sind nicht notwendig.

Evidenzlevel: GCP

### **Kommentar**

Durch eine klare Empfehlung bei Patient:innen mit akuter Tonsillopharyngitis ohne Red Flags, ergibt sich die Relevanz dieser Empfehlung zur Vermeidung von Überversorgung aus der Tatsache, dass bei dem sehr geringen Risiko für kurzfristige und langfristige Komplikationen bei einer Tonsillopharyngitis, eine unnötige Wiedervorstellung zu einer ungewollten iatrogenen Fixierung führen könnte.



## 3.2 Empfehlungen aus der Leitlinie „Akuter und chronischer Husten“ [3]

### 9 Empfehlungen aus der Leitlinie „Akuter und chronischer Husten“

#### 3.2.1 Anamnese und körperliche Untersuchung

Statement: Bei erwachsenen Patienten mit akutem Husten ohne Red Flags sind eine gründliche Anamnese und eine symptomorientierte klinische Untersuchung zur Diagnosefindung ausreichend.

Evidenzlevel: V

#### 3.2.2 Anamnese und körperliche Untersuchung

Statement: Die häufigste Ursache für den akuten Husten bei erwachsenen Patienten ist eine selbstlimitierende Virusinfektion der Atemwege.

Evidenzlevel: K Ia

#### **Kommentar**

Die Definition des akuten Hustens mit einer Dauer von bis zu acht Wochen ermöglicht bei prolongierten Verläufen akuter Atemwegsinfekte ohne Warnsignale, welche meist viral verursacht sind, ein längeres abwartendes Offenhalten. (Relevant hinsichtlich Überversorgung)

#### 3.2.3 Relevante Differentialdiagnosen des akuten und des subakuten Hustens

Erkältungskrankheiten (common cold und akute Bronchitis)

Bei klinischer Diagnose einer Erkältungskrankheit oder einer akuten Bronchitis soll bei erwachsenen Patienten ohne Red Flags auf Blutuntersuchungen, Sputumdiagnostik und Röntgenthorax-Aufnahmen verzichtet werden.

Empfehlungsgrad: A

Evidenzlevel: D V

#### 3.2.4 Relevante Differentialdiagnosen des akuten und des subakuten Hustens

Erkältungskrankheiten (common cold und akute Bronchitis)

Die Erkältungskrankheit und die akute Bronchitis des erwachsenen Patienten ohne Red Flags sollen nicht mit Antibiotika behandelt werden.

Empfehlungsgrad: A

Evidenzlevel: T Ia

#### **Kommentar**

Da es sich bei unkomplizierten oberen Atemwegsinfekten und der akuten Bronchitis meist um virale, selbstlimitierende Erkrankungen handelt, ist diagnostische Zurückhaltung geboten, um eine unnötige Belastung des/der Patient:in zu verhindern. Bei akuter Bronchitis, unabhängig von viraler oder

bakterieller Genese, bringt die antibiotische Therapie nur eine marginale Erleichterung der Symptome sowie eine geringe Verkürzung der Krankheitsdauer, die klinisch nicht relevant ist. (Relevant hinsichtlich Überversorgung)

Klimafakt: Ein ungerechtfertigter Einsatz von Antibiotika sollte auch deshalb unterlassen werden, da Medikamente einen großen Anteil der CO<sub>2</sub>-Emissionen des Gesundheitssystems verursachen. Schätzungen gehen davon aus, dass der CO<sub>2</sub>-Fußabdruck von Pharmaunternehmen über 50% größer ist, als der der Automobilindustrie.

### 3.2.5 Relevante Differentialdiagnosen des akuten und des subakuten Hustens

#### Pneumonie

Statement: Bei erwachsenen Patienten mit einem akuten Atemwegsinfekt ist bei normalen Vitalparametern (Temperatur, Atemfrequenz und Herzfrequenz) und unauffälliger pulmonaler Auskultation eine Pneumonie sehr unwahrscheinlich.

Evidenzlevel: T Ia

### 3.2.6 Relevante Differentialdiagnosen des akuten und des subakuten Hustens

#### Pneumonie

Statement: Bei der Entscheidungsfindung zur stationären Einweisung von Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie scheint der CRB-65 Score in der primärärztlichen Versorgung das Risiko zu hoch einzuschätzen. Eine individuelle Risikoeinschätzung ist daher ergänzend sinnvoll.

Evidenzlevel: T Ia

### **Kommentar**

Ein klinischer Score allein kann eine Pneumonie nicht sicher vorhersagen, bei normalen Vitalparametern (Temperatur, Atemfrequenz und Herzfrequenz) und unauffälliger Auskultation ist eine solche jedoch sehr unwahrscheinlich. Der CRB-65-Index schätzt nach Studienlage das Letalitätsrisiko für eine Pneumonie in der primärärztlichen Versorgung als zu hoch ein und könnte somit, allein verwendet, zu höheren Hospitalisierungsraten führen. Eine individuelle Risikoeinschätzung unter Beachtung weiterer Komorbiditäten ist daher ergänzend sinnvoll, um eine leichte und (mittel-) schwere Pneumonie voneinander abzugrenzen. (Relevant hinsichtlich Überversorgung)

### 3.2.7 Akuter (< 3 Wochen) und subakuter Husten (< 8 Wochen)

#### Allgemeine Beratung und Selbstmanagement

Erwachsene Patienten ohne Red Flags sollen über den Spontanverlauf eines akuten Hustens im Rahmen eines Atemwegsinfektes sowie zu den Möglichkeiten des Selbstmanagements aufgeklärt werden.

Evidenzlevel: GCP

### **Kommentar**

Bei unkomplizierten oberen Atemwegsinfekten und der akuten Bronchitis ist neben der diagnostischen und therapeutischen Zurückhaltung die Beratung ein wichtiger Bestandteil der Konsultation, in denen Patient:innen zum Selbstmanagements bestärkt werden, weitere Informationen angeboten und die Entbehrlichkeit von medikamentösen Therapien wie Hustenmedikamente und Antibiotika erläutert werden sollen. (Relevant hinsichtlich Überversorgung)

### 3.2.8 Akuter (< 3 Wochen) und subakuter Husten (< 8 Wochen)

Medikamentöse Behandlungsoptionen

Antitussiva

Statement: Der akute Husten im Rahmen eines Atemwegsinfektes bei erwachsenen Patienten klingt auch ohne medikamentöse Behandlung ab.

Evidenzlevel: T Ia

### **Kommentar**

Die Verordnung von Antitussiva beeinflusst nicht den Spontanverlauf akuter oberer Atemwegserkrankungen/ akuten Bronchitiden und hat zum Teil erhebliche Nebenwirkungen (schlechte Steuerbarkeit bei Codein, missbräuchliche Anwendung bei Dextrometorphan), ohne dass eine zufriedenstellende Evidenz für eine klinisch signifikante Linderung des Hustens vorliegt. (Relevant hinsichtlich Überversorgung)

### 3.2.9 Chronischer Husten (> 8 Wochen)

Diagnostik

Anamnese und Beratung

Die Raucheranamnese soll bei jedem erwachsenen Patienten mit chronischem Husten erhoben werden.

Empfehlungsgrad: A

Evidenzlevel: T Ia

### **Kommentar**

Die Erfragung des Tabakkonsums (inklusive E-Zigaretten/Vernebler) ist zentral, da Husten als Folge des Rauchens sowie auch tabakassoziierte Differenzialdiagnosen wie die chronisch (obstruktive) Bronchitis oder das Bronchialkarzinom bedacht werden müssen. Nur bei Erhebung einer aktuellen Raucheranamnese können Patient:innen zum Rauchstopp motiviert werden. Nach anfänglicher Verschlechterung ist innerhalb von wenigen Monaten mit einer Hustenreduktion zu rechnen. (Relevant hinsichtlich Unterversorgung)

Klimafakt: Ein weiteres Argument für einen Rauchverzicht sind die CO<sub>2</sub> Emissionen die durch das Rauchen verursacht werden. Schätzungsweise 0,2% aller Treibhausgasemissionen weltweit werden dadurch verursacht (DOI: 10.1021/acs.est.8b01533).

### 3.3 Empfehlungen aus der Nationalen VersorgungsLeitlinie „Diabetes“ [4]

#### 6 Empfehlungen aus der nvl „Typ-2-Diabetes“

##### 3.3.1 Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) und Teilhabe in allen relevanten Lebensbereichen

Vereinbarung und kontinuierliche Überprüfung individueller Therapieziele

Menschen mit Typ-2-Diabetes und ihre Ärztin/ihr Arzt sollen initial und wiederholt im Erkrankungsverlauf gemeinsam individuelle Therapieziele vereinbaren und priorisieren.

Empfehlungsgrad: A

#### **Kommentar**

Diese Empfehlung dient in erster Linie dem Abbau von Überversorgung. Ärzt:innen tendieren leicht dazu, Messwerte wie HbA1c oder Blutdruck ins Zentrum ihrer therapeutischen Bemühungen zu stellen. Dabei geht es um das Leben – sowohl die Prognose als auch die Lebensqualität - der betroffenen Patient:innen. Und letztlich können nur diese selbst entscheiden, welche Behandlungsziele für sie wesentlich sind.

##### 3.3.2 Vereinbarung und kontinuierliche Überprüfung individueller Therapieziele

Individuell mit der Patientin/dem Patienten vereinbarte Therapieziele sollen im Laufe der Behandlung regelmäßig und je nach Bedarf evaluiert und entsprechend den Ergebnissen weiter verfolgt oder angepasst werden.

Empfehlungsgrad: A

#### **Kommentar**

Diese Empfehlung besitzt Relevanz sowohl hinsichtlich des Abbaus von Über- als auch von Unterversorgung. Die regelmäßige Überprüfung von Therapiezielen kann beispielsweise dazu führen, dass ein 75-jähriger Mann mit wiederholten HbA1c-Messungen ohne antihyperglykämische Medikation um 6,5% aus dem DMP Diabetes ausgeschrieben wird. Die entsprechenden Zeitressourcen können für andere Patient:innen-Probleme verwendet werden – oder auch für einen Fokus auf Menschen mit Diabetes, deren Prognose sehr ungünstig wirkt.

Umgekehrt kann z.B. eine deutliche Verschlechterung der Stoffwechsel-Situation dazu führen, die Therapieziele zu verschärfen, um eine Unterversorgung mit präventiven Interventionen zu verhindern.

##### 3.3.3 Medikamentöse Therapie des Glukosestoffwechsels

Allgemeine Therapieprinzipien für nicht-medikamentöse und medikamentöse Therapie

Vor jeder Therapie-Eskalation sollen Ursachen für die Nicht-Erreichung bisher vereinbarter Therapieziele evaluiert und berücksichtigt werden.

Empfehlungsgrad: A

##### 3.3.4 Allgemeine Therapieprinzipien für nicht-medikamentöse und medikamentöse Therapie

Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes soll eine Therapie-Deeskalation oder eine Veränderung der Therapiestrategie regelmäßig geprüft werden, insbesondere:

- wenn die negativen Effekte der Therapie auf die Sicherheit und die Lebensqualität der/des Betroffenen überwiegen;
- wenn die individuelle Situation dafür spricht, dass prognostische Aspekte eine geringere Rolle spielen als die aktuelle Lebensqualität;
- wenn das individuelle Therapieziel unterschritten wird;
- bei Multimorbidität und Polymedikation;
- bei Auftreten von akuten Erkrankungen.

Empfehlungsgrad: A

### **Kommentar**

Diese Empfehlung hilft, Überversorgung zu vermeiden. Neu ist vor Allem der Rat, immer wieder zu prüfen, ob eine Therapie-Deeskalation möglich ist.

### 3.3.5 Insuline

#### Indikation zur Insulintherapie

Die Deeskalation der Insulintherapie soll bei Menschen mit Typ-2-Diabetes in folgenden Situationen geprüft werden:

- Wenn die Indikation (z. B. akute Erkrankung, metabolische Entgleisung, Verschlechterung der Nierenfunktion) nicht mehr besteht;
- die Zielwerte des Glukosestoffwechsels erreicht sind oder unterschritten werden;
- Hypoglykämien auftreten;
- sich das individuelle Therapieziel ändert (z. B. in Folge von Multimorbidität).

Empfehlungsgrad: A

### **Kommentar**

Auch diese Empfehlung dient vorrangig dem Abbau von Überversorgung. Eine Insulinbehandlung – und hier insbesondere eine intensiviertere Therapieform – kann zu relevanten Hypoglykämien führen. Hypoglykämien nahmen in Deutschland bis zum Jahr 2011 zu (Müller et al. 2020).

Müller N, Lehmann T, Klöss A, Günster C, Kloos C, Müller UA Changes in incidence of severe hypoglycaemia in people with type 2 diabetes from 2006 to 2016: analysis based on health insurance data in Germany considering the anti-hyperglycaemic medication. Diabet Med 2020;37:1326-1332

### 3.3.6 Medikamentöse Therapie des Glukosestoffwechsels

#### HbA1c-Zielkorridor

Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes sollen individualisierte Therapieziele für HbA1c vereinbart werden. Dabei sollen die Aspekte gemäß Abbildung 8 berücksichtigt werden.

Empfehlungsgrad: A

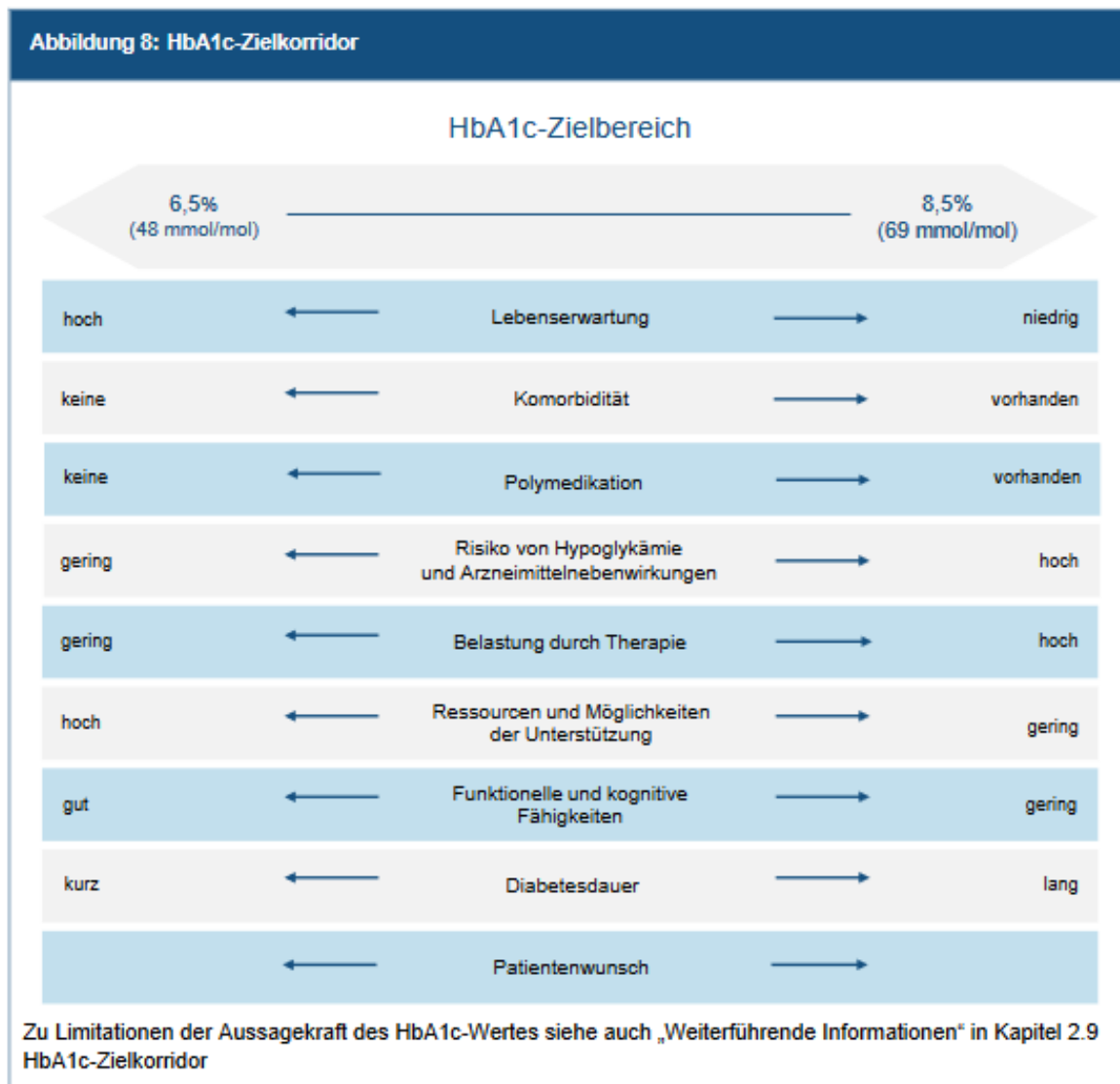


Abbildung 8 zum HbA1c-Zielbereich bezieht sich nicht auf Patient\*innen mit einer schweren Stoffwechseldekomensation.

#### Kommentar

Diese Empfehlung ist relevant hinsichtlich Über- und Unterversorgung. Die Orientierung an den individuellen Eigenschaften der Patient:innen kann sowohl zu einer Eskalation (z.B. junge, rauchende Patient:innen mit einer positiven Familienanamnese für kardiovaskuläre Ereignisse) führen – als auch zu einer Deeskalation der Therapie (Verzicht auf eine antihyperglykämische Medikation bei einer 80-jährigen Frau mit HbA1c-Werten nie über 7,5%).

### 3.4 Empfehlungen aus der Nationalen Versorgungsleitlinie „Chronische KHK“ [5] 3 Empfehlungen aus der nvl „Chronische KHK“

#### 3.4.1 Invasive Koronarangiographie

Eine invasive Koronarangiographie soll nicht durchgeführt werden

- bei niedriger Wahrscheinlichkeit für eine stenosierende KHK;
- bei mittlerer Wahrscheinlichkeit für eine stenosierende KHK und fehlendem Ischämie-Nachweis nach nicht-invasiver Diagnostik;
- bei hoher Komorbidität, bei der das Risiko der Koronarangiographie größer ist als der Nutzen durch die Sicherung der Diagnose und hieraus resultierender therapeutischer Maßnahmen;
- bei Patienten ohne symptomatische Indikation, die nach der Beratung mit dem Patientenblatt „Verdacht auf koronare Herzkrankheit: Brauche ich eine Herzkatheter-Untersuchung?“ (Patientenblatt in Überarbeitung) zu einer Bypass-OP aus prognostischer Indikation nicht bereit sind;
- nach Intervention (Bypass-OP oder PCI) ohne erneute Angina pectoris und ohne Ischämienachweis in der nicht-invasiven Diagnostik oder ohne Befundänderung in der nicht-invasiven Bildgebung im Vergleich zum Status vor Intervention.

Empfehlungsgrad: A

#### Kommentar

In Deutschland wurden 2019 nach dem aktuellen Deutschen Herzbericht (<https://www.herzstiftung.de/e-paper/#58>) in der vertragsärztlich ambulanten und der belegärztlich stationären Versorgung fast 73 000 Herzkatheteruntersuchungen und in der stationären Versorgung ca. 730 000 Linksherzkatheter durchgeführt. Dabei zeigt sich eine erhebliche regionale Varianz mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in der stationären Versorgung um +43% in Bremen bis -17,3% in Niedersachsen. Nach Angaben der ESC lag Deutschland auch 2017 mit 9360 invasiven Koronarangiographien/ 1 Million Einwohner an erster Stelle der ESC-Mitgliedsstaaten. Der Durchschnitt in den Ländern mit hohem Durchschnittseinkommen lag bei 5178 Eingriffen/ 1 Million Einwohner. (Timmis 2020) Dabei lag die altersstandardisierte kardiovaskuläre Mortalitätsrate 2017 in Deutschland im Vergleich zu den meisten dieser Länder deutlich höher (OECD). Die hohe regionale Varianz als auch die im internationalen Vergleich weisen auf ein (Über-)Versorgungsproblem hin.

Trotz breiter Konsentierung im Rahmen der Entwicklung der Nationalen Versorgungsleitlinie chronische KHK wird das Patient:innenblatt zur entsprechenden Aufklärung nach unserer Beobachtung nicht konsequent eingesetzt. Diesbezüglich kommt dem allgemeinmedizinischen Bereich eine wichtige Beratungsfunktion zu.

Timmis A, Townsend N, Gale CP. European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2019. European Heart Journal 2020;41(1):12–85.

OECD library. Mortality from circulatory diseases. Verfügbar unter: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4b1b32a8-en/index.html?itemId=/content/component/4b1b32a8-en>



### 3.4.2 Routinemäßige Verlaufsbeobachtung von Patienten mit gesicherter stenosierender KHK

Bei asymptomatischen Patienten soll im Rahmen der Verlaufsbeobachtung keine spezielle kardiologische Diagnostik (einschließlich Ergometrie, Echokardiographie) zur Abklärung der stenosierenden KHK erfolgen.

Empfehlungsgrad: A

#### **Kommentar**

Es gibt keinerlei Nachweis, dass beschwerdefreie Menschen mit einer chronischen KHK von wiederholten speziellen kardiologischen Untersuchungen profitieren. Eine routinemäßige Wiedervorstellung in kardiologischen Praxen hat damit keine rationale Grundlage. Dagegen haben wir wie im vorigen Punkt ausgeführt eine erhebliche Überversorgung bezüglich invasiver Untersuchungen und Interventionen. Statt dieser sollte der Fokus auf der Adhärenz an prognoseverbessernde Maßnahmen und Förderung der Lebensqualität durch psychosoziale Unterstützung liegen.

### 3.4.3 PCSK9-Inhibitoren

Sondervotum der AkdÄ

PCSK9-Inhibitoren sollten nicht routinemäßig bei Patienten mit KHK eingesetzt werden, es sei denn, der Einsatz der PCSK9-Inhibitoren erfolgt zur Vermeidung einer Lipid-Apherese (entsprechend AM-RiLi [274–276]).

Empfehlungsgrad: B

#### **Kommentar**

PCSK9-Inhibitoren sind extrem teuer. Da jeder Euro nur einmal ausgegeben werden kann, müssen wir immer auch diese sogenannten Opportunitätskosten mit bedenken. Lediglich bei Vermeidung einer Lipidapherese spricht das Kosten-Nutzen-Risikoverhältnis eindeutig für die Verordnung dieser Substanzen. Dies betrifft im Wesentlichen Menschen mit schweren Stoffwechselstörungen, die in dauerhafter Mitbetreuung entsprechender Spezialist:innen sein sollten. Somit wird eine Verordnung in der Hausarztpraxis die absolute Ausnahme sein, auch wenn sie nach Erstverordnung durch Spezialist:innen erlaubt ist. Eine weitere mögliche Nischenindikation ist die Verordnung bei Hochrisikopatient:innen mit chronischer KHK, bei denen Statine kontraindiziert sind.

### 3.5 Empfehlungen aus der Leitlinie „Multimedikationen“ [6]

#### 4 Empfehlungen aus der Leitlinie „Multimedikation“

##### 3.5.1 Bestandsaufnahme

Die Medikation soll strukturiert bewertet werden, z. B. mittels eines Instrumentes, wie dem modifizierten Medikationsangemessenheitsindex\*, unter besonderer Berücksichtigung von

- PIM-Listen/anticholinerg Last, QTc –Zeit verlängernden Medikamenten,
- Unterversorgung,
- Adhärenz.

Empfehlungsgrad: A

Evidenzgrad: V

\*Medication Appropriateness Index (MAI)

**Tabelle 1: Medication Appropriateness Index (MAI) (durch Leitliniengruppe modifiziert nach Hanlon <sup>73</sup>)**

Bewertungsdimension	Leitfragen	MAI-Item Nr.	Seiten-Nr.
<b>1. Indikation – Evidenz – Therapiedauer</b>	• Gibt es eine Indikation für das Medikament?	1	39
	• Ist das Medikament wirksam für die Indikation und die Patientengruppe?	2	39
	• Ist die Dauer der medikamentösen Therapie adäquat? ( <i>seit wann verordnet?*</i> )	9	41
<b>2. Dosierung – Arzneimittelwechselwirkungen - Gegenanzeigen und Anwendungsbeschränkungen</b>	• Stimmt die Dosierung? <i>Besteht eine relevante Einschränkung der Nieren oder Leberfunktion?</i>	3	42
	• Gibt es klinisch relevante Interaktionen mit anderen Medikamenten?	6	48
	• Gibt es klinisch relevante Interaktionen mit anderen Krankheiten / Zuständen? <i>Bestehen kardiale Vorerkrankungen und/oder eine QT- oder AV-Verlängerung? Gibt es Altersbeschränkungen (PIM, FRID, ACh)?*</i>	7	50 52 54 59
<b>3. Medikationsplan - Einnahmевorschriften – Anwendbarkeit – Doppelverordnungen – Adhärenz</b>	• <i>Liegt ein aktueller und schriftlicher Einnahmeplan vor? Sind die Einnahmевorschriften korrekt? (Applikationsmodus, Einnahmefrequenz, Einnahmezeit, Relation zu den Mahlzeiten)</i>	4	61
	• Sind die Handhabung und Anwendungsvorschriften praktikabel?	5	61
	• Bestehen Doppelverschreibungen?	8	62
	• Ist die Adhärenz zur Therapie gegeben? (s. Abschnitt Informationsgewinnung und Kommunikation)	-	63
<b>4. Unterversorgung</b>	• <i>Wird jede behandlungsbedürftige Indikation therapiert?</i>	-	64
<b>5. Wirtschaftlichkeit</b>	• Wurde die kostengünstigste Alternative vergleichbarer Präparate ausgewählt?	10	65

*\*Leitfragen in kursiv betreffen Operationalisierungen bzw. Ergänzungen des MAI-Items durch die Leitliniengruppe*

**Abkürzungen:** ACh – Anticholinergika/Medikamente mit anticholinergen Effekten, FRID – Fall Risk Inducing Drugs (sturzinduzierende Medikamente), PIM – Potentiell Inadäquate Medikamente

## **Kommentar**

Je mehr Medikamente verordnet werden, umso größer wird die Gefahr, dass die Übersicht verloren geht und Indikationen übersehen werden oder Therapien nicht beendet werden, die nicht mehr indiziert sind.

Notwendig, jedoch auch anspruchsvoll ist es, die verschiedenen Listen mit Hinweisen auf altersbetreffende, cardiale oder zentrale etc. Nebenwirkungen in die Medikamenten-Verordnungen einzubeziehen. (Relevant hinsichtlich Überversorgung)

### **3.5.2 Verordnungsvorschlag und Kommunikation**

Bei jeder Medikationsüberprüfung soll geklärt werden, ob Medikamente fehlen, abgesetzt oder in der Dosis angepasst werden können.

Empfehlungsgrad: A

Evidenzgrad: V

## **Kommentar**

Es ist wichtig, nicht unkritisch Dauerverordnungen zu veranlassen, da sich sowohl die Indikation als auch die Komedikation ändern kann. Das gilt auch für Indikationen, die vorher nicht medikamentös behandelt wurden.

Die Frage, ob z.B. Schmerzen oder andere Beschwerden ausreichend kontrolliert sind, gehört in jede Überprüfung des Medikamentenplans. (Relevant hinsichtlich Überversorgung / Relevant hinsichtlich Unterversorgung)

### **3.5.3 Verordnungsvorschlag und Kommunikation**

Der Medikationsplan soll stets vollständig und aktuell sein, der bundeseinheitliche Medikationsplan (BMP)\* ist das bevorzugte Format. Die Koordination liegt beim Hausarzt/hauptbehandelnden Arzt. Der Medikationsplan ist bei jeder Konsultation und in der Apotheke vorzulegen.

Empfehlungsgrad: A

Evidenzgrad: V

## **Kommentar**

Ohne Übersicht ist eine Bewertung der Medikation nicht möglich. Die Übersicht soll einheitlich sein und einer dafür verantwortlich sein, sonst bleibt es beim alten „Chaos“. (Relevant hinsichtlich Überversorgung)

### **3.5.4 Arzneimittelanwendung / Selbstmanagement**

Vom koordinierenden Arzt\* sollte sichergestellt werden, dass jeder Patient/jede Patientin mit Multimedikation einen aktuellen Medikationsplan hat.

Empfehlungsgrad: B

Evidenzgrad: V

\*Hierunter ist der hauptsächlich behandelnde Arzt zu verstehen. Überwiegend wird diese Funktion der Hausarzt übernehmen, in Ausnahmen jedoch auch Fachspezialisten beispielsweise bei Patienten mit Dialyse oder seltenen Erkrankungen.

### **Kommentar**

Ein alter, ungültiger Plan ist genauso problematisch als gar kein Plan. Hier ist ein Verantwortlicher zu bestimmen, üblicherweise der/die Hausarzt:in. (Relevant hinsichtlich Überversorgung / Relevant hinsichtlich Unterversorgung)

### 3.6 Empfehlungen aus der LL „Müdigkeit“ (geprüft 2022) [7]

#### 2 Empfehlungen aus der Leitlinie „Müdigkeit“

##### 3.6.1

**Bei primär ungeklärter Müdigkeit sollen anhand von Screeningfragen eine Depression oder Angststörung sowie vorherige Infektion eruiert werden.**

##### **Kommentar**

Depression und Angst sind die häufigsten identifizierten Ursachen bei primär ungeklärter Müdigkeit. In der Praxis sehen wir außerdem häufig Infektionen als Auslöser von Müdigkeit, die gelegentlich auch lange anhalten kann. Diese Auslöser sollen daher systematisch erfasst werden, zumal es sich oft um Komorbiditäten/parallele Symptomursachen handelt.

##### 3.6.2

**Weitergehende Labor- oder apparative Untersuchungen sollen nur bei auffälligen Vorbefunden/spezifischen Hinweisen in der empfohlenen Basisdiagnostik erfolgen.**

##### **Kommentar**

Je mehr Test durchgeführt werden, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit falsch positiver Befunde. Neben den nicht gerechtfertigten Kosten für diese Untersuchungen entstehen dadurch auch erhebliche potentielle Belastungen der Patienten und Fehlleitungen in der Patientenkarriere. Insbesondere entsteht leicht ein Teufelskreis selbst erfüllender Prophezeihungen und Scheinassoziationen (siehe Kapitel 8. der Leitlinie).

Klimafakt: Unnötige Laboruntersuchungen sollten auch deshalb unterlassen werden, da Laborleistungen viel Energie verbrauchen und somit zu den Emissionen des Gesundheitswesens beitragen. (Lopez, J.B. 2017)

Lopez, J.B.; Jackson, D.; Gammie, A.; Badrick, T. Reducing the Environmental Impact of Clinical Laboratories. Clin. Biochem. Rev. 2017, 38, 3–11.

### 3.7 Empfehlungen aus der LL „Demenzen“ (geprüft 2022) [8]

#### 3 Empfehlungen aus der Leitlinie „Demenzen“ (Sonderkapitel DEGAM)

##### 3.7.1

**Bei Hinweisen auf behandelbare Demenzen soll mit den Patientinnen und Patienten bzw. ihren gesetzlichen Vertretern die Möglichkeit einer bildgebenden Diagnostik besprochen werden.**

##### Kommentar

Die DEGAM setzt sich generell für einen rationalen Umgang bildgebenden Diagnostik ein und verweist auch in anderen Leitlinien auf die Bedeutung der therapeutischen Konsequenz. Gerade in die Klientel, das von einer Demenzerkrankung betroffen ist, sind viele Personen anzutreffen deren Patient:innen relevantes Outcome nicht durch eine Bildgebung zu beeinflussen ist – zum einen aufgrund der verhältnismäßig geringen Wahrscheinlichkeit einer behandelbaren Ursache, zum anderen aufgrund des Fehlens einer therapeutischen Konsequenz.

##### 3.7.2

**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.**

##### Kommentar

Gerade die Patient:innen, die von einer Demenzerkrankung betroffen sind leiden häufig unter einer hohen medikamentösen Last. Polypharmakotherapie und Multimorbidität sind häufige Begleiterscheinungen einer Demenzerkrankung. Daher ist es ein Anliegen der DEGAM, bei jeder hinzukommenden Medikation eine strenge auf den Patient:innennutzen bezogene Indikationsstellung durchzuführen.

##### 3.7.3

**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.**

##### Kommentar

Durch die naturgemäße Fokussierung auf den betroffenen Patient:innen besteht die Gefahr, Familienmitglieder als vulnerabler Gruppe außer Acht zu lassen. Hier sieht die DEGAM die Gefahr einer Unterversorgung im sozialen Umfeld des oder der Demenzkranken.

### 3.8 Empfehlung aus der LL „Prävention von Hautkrebs“ (geändert 2022) [9]

#### 1 Empfehlung aus der LL „Prävention von Hautkrebs“

##### 3.8.1

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sowie die Deutsche Gesellschaft für Hals-, Kopf- und Halschirurgie e.V. bewerten die Evidenz für den Nutzen eines generellen Hautkrebs-Screenings im Vergleich zu einem opportunistischen Screening, in Übereinstimmung mit internationalen Institutionen weiterhin als unzureichend. Seit der Einführung des Hautkrebs-Screening ist die Mortalität am Hautkrebs in Deutschland nicht gesunken.

Daher soll kein anlassloses Hautkrebs-Screening angeboten werden. Im Einzelfall kann eine Früherkennung auf Hautkrebs nach ausgewogener Aufklärung über Vor- und Nachteile durchgeführt werden, insbesondere bei Menschen mit erhöhtem Risiko.

#### Kommentar

Menschen mit einem auffälligen Hautbefund sollen dies ärztlich abklären lassen. Für ein anlassloses systematisches Screening wird in Australien und in den USA die Evidenz als unzureichend eingestuft [Wernli 2016]. Die Empfehlung 5.4 der Leitlinie „Prävention von Hautkrebs“ lautet: „Im Rahmen der Prävention von Hautkrebs sollte ein Hautkrebs Screening angeboten werden“ (Empfehlungsstärke B. Level of Evidence 2++). Sie basiert lediglich auf einer Beobachtungsstudie in Schleswig-Holstein, in der zum Ende eine Abnahme der Mortalität am malignen Melanom beobachtet wurde [Breitbart 2012]. Die Studie war Grundlage für die Einführung des Hautkrebscreenings in Deutschland im Jahr 2008 und wurde als Nachweis der Effektivität des Screenings angeführt, den dieser Studientyp jedoch prinzipiell nicht erbringen kann. Es gab deutliche Hinweise, dass es sich bei der beobachteten Abnahme der Mortalität um eine zufällige Schwankung handelte. Eine Bewertung, orientiert an den Kriterien von Wilson und Jungner, kam zu dem Schluss, dass ein Nutzen nicht wahrscheinlich ist [Chenot 2015].

Das Hautkrebscreening kann zu unnötigen Hautbiopsien, Überdiagnose und Übertherapie führen sowie psychosozial belasten. Die Anzahl notwendiger Biopsien für einen positiven Befund (Number needed to excise (NNE)) liegt zwischen 3 bis 179 für alle Hautkrebsarten zusammengenommen.

Neben der individuellen Gesundheitsperspektive ist zu berücksichtigen, dass das Hautkrebscreening ökonomische Ressourcen (720 Mio € von 2008-2013) und ärztliche Arbeitskraft bindet, die dann für andere, effektivere Maßnahmen nicht zur Verfügung steht.

Inzwischen hat eine Studie [Katalinic 2015], die den Einfluss des Hautkrebscreenings von 2008 bis 2013 in Deutschland untersucht und keine Abnahme der Mortalität am malignen Melanom nachweisen konnte, das Sondervotum der DEGAM bestätigt.

### 3.9 Empfehlungen aus der Nationalen VersorgungsLeitlinie “Kreuzschmerz“ (geprüft 2022) [10]

#### 8 Empfehlungen aus der nvl „Kreuzschmerz“

##### 3.9.1

**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.**

**Empfehlungsgrad: ↓↓**

**Evidenzgrad: Expertenkonsens**

##### 3.9.2

**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.**

**Literatur [Chou 2009, Jarvik 2015]**

**Empfehlungsgrad: ↓↓**

#### Kommentar

Dass in Deutschland zu früh und sehr häufig eine Bildgebung durchgeführt wird, wurde mehrfach gezeigt. Der Anteil der Patient:innen ist wesentlich höher als in anderen Industrieländern.

- Linder R, Horenkamp-Sonntag D, Engel S, Schneider U, Verheyen F. Radiologische Bildgebung bei Rückenschmerzen. Dtsch Med Wochenschr 2016; 141: e96–e103 e96.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Faktencheck Rücken – Analyse Ausmaß und regionale Variationen von Behandlungsfällen und bildgebender Diagnostik. 1. Auflage 2016, <http://www.bertelsmannstiftung.de/de/publikationen/publikation/did/faktencheck-ruecken-analyse/>

Die Diagnose altersabhängiger regelhaft vorhandener Normabweichungen macht eine kausale Annahme zur Schmerzursache schwierig und hat nur selten einen therapiesteuernd Effekte (therapeutic impact). Die Mitteilung von der Norm abweichender Befunde kann nachweislich die Genesung behindern.

- Ash LM, Modic MT, Obuchowski NA, Ross JS, Brant-Zawadzki MN, Grooff PN. Effects of diagnostic information, per se, on patient outcomes in acute radiculopathy and low back pain. AJNR Am J Neuroradiol. 2008 Jun;29(6):1098-103.

Weitere Argument sind für einige Untersuchungen Strahlenschutzaspekte, sowie der effiziente Einsatz limitierter Ressourcen.

Klimafakt: Bei jeder Bildgebung sollte zusätzlich auch die massive CO2 Bilanz berücksichtigt werden. So verursacht beispielsweise die Schnittbildgebung (CT und MRT) eines Universitätsklinikums über ein Jahr den Energieverbrauch eines Dorfes mit 852 Einwohner:innen



(<https://doi.org/10.1148/radiol.2020192084>). Die Einsparung technischer Diagnostik zugunsten psychosozialer Anamnese ist für Patient:innen und Klima zuträglich (Veitel et al. 2021).

Veitel et al (2021) Die Hausarztpraxis von morgen: Komplexe Anforderungen erfolgreich bewältigen – Ein Handbuch. Kohlhammer Verlag

### 3.9.3

**Für den gesamten Versorgungsprozess soll ein Arzt eine „Lotsenfunktion“ übernehmen. Dieser Arzt ist erste Anlaufstelle für die Erkrankten und koordiniert sämtliche Behandlungsschritte.**

**Empfehlungsgrad:** ↑↑

**Evidenzgrad:** Expertenkonsens

#### Kommentar

Im deutschen System ist es möglich, eine beliebige Zahl von Ärzt:innen gleicher oder verschiedener Versorgungsebenen oder Fachgruppen zuzahlungsfrei zu konsultieren. Dabei sind die Informationsverluste besonders groß. Dadurch entstehen neben Ressourcenverschwendung Gefährdungen durch nicht miteinander abgestimmte Medikationen und Fehlleitungen in der Patient:innenkarriere. Dies ist durch eine gute und zuverlässige Koordination durch einen verantwortlichen Arzt:in zu vermeiden.

### 3.9.4

**NSAR sollen nicht parenteral verabreicht werden.**

**Literatur [Roelofs 2008]**

**Empfehlungsgrad:** ↓↓

#### Kommentar

Injektionstherapien mit Lokalanästhetika, Schmerzmitteln, Steroiden und anderen Substanzen bei Kreuzschmerzen sind immer noch verbreitet und werden von Patient:innen teilweise gewünscht. Der Nutzen oder ein Vorteil gegenüber der oralen Applikation ist durch wissenschaftliche Studien nicht belegt, dafür aber substanzspezifische und injektionsbedingte Komplikationen (Abszesse, Verletzung, Blutung). In der Fachinformation zu Diclofenac werden wegen des möglichen Auftretens anaphylaktischer Reaktionen bis hin zum Schock die Bereithaltung eines funktionstüchtigen Notfallbestecks und die Notwendigkeit einer einstündigen Überwachung gefordert. Das ist im Praxisalltag nicht gewährleistet. Zur Häufigkeit von Komplikationen können keine zuverlässigen Angaben gemacht werden, sie sind insgesamt selten. Weitere Argumente gegen die Injektion von NSAR sind die kurze Wirkdauer von wenigen Stunden bei einem im Regelfall mehrere Tage bis Wochen dauernden Schmerzproblem sowie eine iatrogen Fixierung.

Die orale Einnahme von Schmerzmedikamenten oder nichtinvasive physikalische Maßnahmen sind immer zu bevorzugen. Die Injektion stellt für injizierende Ärzte ein forensisches Risiko im Falle von Komplikationen dar, da eine Indikation nicht angenommen werden kann.

-

Chenot JF. Injektionstherapien bei Rücken- und Nackenschmerzen. internistische praxis. Zeitschrift für die gesamte Innere Medizin. 2017; 57(3):473-478.

### 3.9.5

**Die Opioidtherapie soll regelmäßig reevaluiert werden, bei akuten nicht-spezifischen Kreuzschmerzen nach spätestens vier Wochen, bei chronischen Kreuzschmerzen nach spätestens drei Monaten.**

**Referenzleitlinie [Deutsche Schmerzgesellschaft 2014]**

**Empfehlungsgrad: ↑↑**

### 3.9.6

**Die Opioidtherapie soll beendet werden, wenn das vereinbarte Therapieziel nicht erreicht wird.**

**Referenzleitlinie [Deutsche Schmerzgesellschaft 2014]**

**Empfehlungsgrad: ↑↑**

#### **Kommentar**

Dass Opioidverordnungen in Deutschland ansteigen und oft nicht Indikationen und Kontraindikationen berücksichtigt werden, konnte belegt werden.

- Werber A, Marschall U, L'hoest H, Hauser W, Moradi B, Schiltenswolf M. Opioid therapy in the treatment of chronic pain conditions in Germany. Pain Physician. 2015 May-Jun;18(3):E323-31.

Nach dem Abschluss der Evidenzrecherche für die 2. Auflage der NVL Kreuzschmerz wurde eine Metanalyse publiziert, die die Wirksamkeit von Opioiden bei Rückenschmerzen in Zweifel zieht und die Notwendigkeit den Nutzen der Opioide regelmäßig zu prüfen, betont.

- Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, Day R, McLachlan AJ. Efficacy, Tolerability, and Dose-Dependent Effects of Opioid Analgesics for Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2016; 176: 958-68.

Bisher spielt die iatrogen induzierte Opioidsucht anders als in den USA in Deutschland noch keine große Rolle.

### 3.9.7

**Transdermale Opioide sollen nicht zur Behandlung akuter und subakuter nicht-spezifischer Kreuzschmerzen angewendet werden.**

**Empfehlungsgrad: ↓↓**

**Evidenzgrad: Expertenkonsens**

#### **Kommentar**

Die Verordnung von transdermalen Opioiden hat keinen Vorteil bei Patient:innen ohne Schluckstörung. Sie ist unwirtschaftlich und mit unnötigen Risiken behaftet.

### **3.9.8**

**Intravenös, -muskulär oder subkutan applizierbare Schmerzmittel, Lokalanästhetika, Glukokortikoide und Mischinfusionen sollen nicht zur Behandlung nicht-spezifischer Kreuzschmerzen angewendet werden.**

**Literatur [Abholz 2001, Brune 1985, Schabitz 2001, Ezzedine 2004, Weinschack 2012, Balague 2012, Holland 2012, Garvey 1989 Leite 2014]**

**Empfehlungsgrad: ↓↓**

#### **Kommentar**

Siehe Kommentar zu NSAR/Injektionen

### 3.10 Empfehlung aus der Nationalen VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ (geprüft 2022) [11]

#### 1 Empfehlung aus der nvl „Unipolare Depression“

##### 3.10.1 Diagnostik

**Da depressive Patienten selten spontan über typische depressive Kernsymptome berichten und eher unspezifische Beschwerden wie Schlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen, Appetitminderung, allgemeine Kraftlosigkeit, anhaltende Schmerzen und/oder körperliche Beschwerden angeben, soll das Vorliegen einer depressiven Störung bzw. das Vorhandensein weiterer Symptome einer depressiven Störung aktiv exploriert werden.**

**Empfehlungsgrad: A**

**LoE IV: Expertenkonsens basierend auf Referenzleitlinie [Härter 2007]**

##### Kommentar

Depressionen und depressive Symptome sind bei Patient:innen in der Hausarztpraxis häufig. Nicht selten sind diese durch Komorbiditäten überlagert oder durch körperliche Symptome verschleiert. Auch besteht eine gewisse Scheu bei Patient:innen darüber zu reden. Deshalb ist es aus der Sicht der DEGAM wichtig, depressive Patient:innen zu erkennen, um eine adäquate Behandlung anbieten zu können und sowohl Überdiagnostik im somatischen Bereich wie auch Underdiagnostik und Fehlversorgung zu vermeiden. Hierzu empfiehlt sich gezieltes Nachfragen und im Einzelfall die aktive Exploration, ggf. mit standardisierten Fragen. Um Patient:innen nicht zu irritieren, ist ein zurückhaltendes Vorgehen angezeigt. Auch ist zu respektieren, wenn Patient:innen (noch) nicht darüber reden wollen. Trotzdem ist es in jedem Fall sinnvoll, wenn eine vorhandene Depression erkannt und zum Gegenstand der Arzt-Patienten-Gespräche gemacht werden kann. Dies verbessert die Vertrauensbasis in der Arzt-Patienten-Beziehung, eröffnet Behandlungschancen, hilft Fehlversorgung zu vermeiden und auch gefährliche Verläufe frühzeitig zu erkennen.

### 3.11 Empfehlungen aus der LL „Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention“ (1. Aktualisierung) geprüft 2022 [12]

#### 3 Empfehlungen aus der Leitlinie „Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention“

##### 3.11.1

##### Diagnostisches Vorgehen in der Risikokalkulation

##### Gesamtrisikofaktorenkonzept

In der Primärprävention soll das globale, absolute kardiovaskuläre Risiko als vorrangige Entscheidungsgrundlage dienen.

Empfehlungsgrad: A

Level of Evidence: GCP

Leitlinienadaption: SIGN [14], ESC [13], WHO [15], ACCF-AHA [16]; Studien [17-19]

##### Kommentar

Der Ansatz des globalen Risikos trägt der in vielen prospektiven Kohortenstudien (z. B. [20-23]) gut belegten Tatsache Rechnung, dass sich das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse aus dem gemeinsamen Wirken verschiedener Risikofaktoren ergibt. Eine Person mit einem stark erhöhten und ansonsten normalen Risikofaktor hat möglicherweise ein geringeres Risiko als eine Person mit mehreren, jeweils nur mäßig erhöhten Risikofaktoren [15]. Betrachtet man bei Therapieentscheidungen nur den einzelnen Risikofaktor anstelle des Gesamtrisikos, kann dies sowohl zu einer Über- als auch Unterbehandlung führen [13]

20. Kannel WB, Dawber TR, Kagan A, Revotskie N, Stokes J., 3rd. Factors of risk in the development of coronary heart disease--six year follow-up experience. The Framingham Study. *Annals of internal medicine* 1961; 55:33–50.
21. Assmann G, Schulte H, Cullen P, Seedorf U. Assessing risk of myocardial infarction and stroke: new data from the Prospective Cardiovascular Munster (PROCAM) study. *Eur J Clin Invest* 2007; 37:925–32.
22. Menotti A, Lanti M, Puddu PE, Kromhout D. Coronary heart disease incidence in northern and southern European populations: a reanalysis of the seven countries study for a European coronary risk chart. *Heart* 2000; 84:238–44.
23. D'Agostino, R. B., Sr., Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, Kannel WB. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2008; 117:743–53.
15. World Health Organization (WHO). Prevention of Cardiovascular Disease guidelines for assessment and management of cardiovascular risk: Guidelines for Assessment and Management of Cardiovascular Risk. With CD-ROM. Geneva: World Health Organization; 2007. Verfügbar unter: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/guidelines/Full%20text.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf) [zuletzt geprüft am: 19.08.2013].
13. Perk J, Backer G de, Gohlke H, Graham I, Reiner Ž, Verschüren M et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European heart journal* 2012; 33:1635–701.

### **3.11.2**

#### **Diagnostisches Vorgehen in der Risikokalkulation**

##### **Risiko-Algorithmen**

**Zur Kalkulation des kardiovaskulären Risikos soll ein evaluierter Risiko-Algorithmus verwandt werden.**

**Empfehlungsgrad: A**

**Level of Evidence: P Ia**

**Leitlinienadaption: SIGN [14], ESC [13], WHO [15], ACCF-AHA [16]**

#### **Kommentar**

Es existiert eine Vielzahl von Algorithmen zur Risikoprädiktion kardiovaskulärer Ereignisse, aber nur ca. 36% dieser Instrumente wurden extern validiert [1]. Somit ist die prognostische Güte vieler Instrumente fragwürdig. Die Berechnung des objektiven Risikos ist jedoch ein wichtiger Baustein sowohl in der Beratung als auch der Entscheidungsfindung. Eine Annahme ist, dass die Prävention kardiovaskulärer Ereignisse umso wirksamer ist, je präziser Personen mit einem erhöhten Gesamtrisiko identifiziert werden und ihnen eine entsprechende Behandlung vorgeschlagen wird [2]. Die Validität der Risikokalkulation ist somit sowohl zur Vermeidung von Unter- oder Überversorgung, aber auch aus Gründen der Transparenz und Vergleichbarkeit relevant.

[1] Damen, Johanna A. A. G.; Hooft, Lotty; Schuit, Ewoud; Debray, Thomas P. A.; Collins, Gary S.; Tzoulaki, Ioanna et al. (2016): Prediction models for cardiovascular disease risk in the general population: systematic review. In: BMJ (Clinical research ed.) 353, i2416. DOI: 10.1136/bmj.i2416.

[2] Eddy DM, Adler J, Patterson B, Lucas D, Smith KA, Morris M. Individualized guidelines: the potential for increasing quality and reducing costs. Annals of internal medicine 2011; 154:627–34.

### **3.11.3**

#### **Therapeutisches Vorgehen**

##### **Medikamentöse Maßnahmen**

##### **Diabetestherapie**

**Eine medikamentöse Senkung des HbA1c unter 6,5 erbringt keinen Nettonutzen und soll daher nicht zur kardiovaskulären Prävention eingesetzt werden.**

**Empfehlungsgrad: A**

**Level of Evidence: Ia**

**Evidenzrecherche durch das IQWiG [241], NVL Therapie Diabetes mellitus Typ 2 [51]**

#### **Kommentar**

Im DMP Diabetes Nordrhein haben 46% der eingeschlossenen Patient:innen ein HbA1c unter 6,5% [1]. Man könnte fast sagen: sie haben keinen Diabetes – zumindest dann nicht, wenn sie nicht medikamentös behandelt sind. Nicht eine randomisierte, kontrollierte Interventions-Studie konnte den Nutzen einer HbA1c-Senkung unter 7,0% nachweisen [2]. Dagegen hängt der potenzielle Schaden Hypoglykämie zumindest bei Verwendung von Sulfonylharnstoffen oder Insulin wesentlich vom Ziel-HbA1c ab [3-6].

Auch andere unerwünschte Wirkungen anderer Antidiabetika (Pankreatitis [7] und Pankreas-Karzinom [8] bei DPP4-Hemmern, Genitalinfekte und Ketoazidosen bei SGLT-2-Hemmern [9]) lassen begründen,

dass ein Einsatz dieser Substanzen nur gerechtfertigt ist, wenn der Nutzen höher ist. Dies ist bei SGLT-2-Hemmern nur bei manifester KHK [10], bei DPP4-Hemmern gar nicht der Fall.

Eine medikamentöse Senkung des HbA1c unter 7,0% muss darum als Überversorgung bezeichnet werden.

Zugleich gibt es eine Fehlversorgung – das national und international von allen Leitlinien als medikamentöse Erstlinien-Therapie empfohlene Metformin bekommen in 45% der medikamentös behandelten Patient:innen – sie erhalten also nicht primär empfohlene Substanzen, für deren Anwendung es keine ausreichende Studien-Evidenz gibt.

Klimafakt: Eine Senkung des HbA1c auf Werte unter 6,5% erbringt keinen Nutzen und sollte daher auch unter dem Aspekt, dass Medikamente für einen Großteil der CO<sub>2</sub>-Emissionen verantwortlich sind, unterlassen werden.

1. Groos S, Kretschmann J, Macare C, Weber A, Hagen B. Für die Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung. Qualitätsbericht 2015 Disease-Management-Programme in Nordrhein [www.kvno.de/downloads/quali/qualbe\\_dmp15.pdf](http://www.kvno.de/downloads/quali/qualbe_dmp15.pdf) (letzter Zugriff am 28.11.2019)
2. Egidi G HbA1c – the lower the better? Überblick zu Studien, die eine Antwort geben. *Z Allg Med* 2010;86:60-67
3. Lipska K, Ross J, Miao Y, Shah N, Lee S, Steinman M. Potential overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glycemic control. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 356–62
4. Mc Coy R, Lipska K, Yao X, Ross J, Montori V, Shah N. Intensive treatment and severe hypoglycemia among adults with type 2 diabetes. *JAMA Intern Med* 2016; 176: 969–78
5. Müller N, Khunti K, Kuss O, et al. Is there evidence of potential overtreatment of glycaemia in elderly people with type 2 diabetes? Data from the Guidance study. *Acta Diabetol* 2017; 54: 209–14
6. Müller N, Lehmann T, Gerste B, et al. Increase in the incidence of severe hypoglycaemia in people with Type 2 diabetes in spite of new drugs: analysis based on health insurance data from Germany. *Diabet Med* 2017; 34, 1212–1218
7. Singh S, Chang H-J, Richards TM, et al. Glucagonlike peptide 1– based therapies and risk of hospitalization for acute pancreatitis in type 2 diabetes mellitus. A population-based matched casecontrol study. *JAMA Intern Med* 2013; 173: 534–9
8. Lee M, Sun J, Han M et al. Nationwide trends in pancreatitis and pancreatic cancer risk among patients with newly diagnosed type 2 diabetes receiving dipeptidyl peptidase-4 inhibitors. *Diab Care* 2019;doi.org/10.2337/dc18-2195
9. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft Atypische diabetische Ketoazidosen im Zusammenhang mit SGLT-2-Hemmern (Gliflozine) („Aus der UAW-Datenbank“) *Dtsch Arztebl* 2018 <https://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/Bekanntgaben/Archiv/20> - letzter Zugriff am 28.12.2019
10. Zelniker D, Wiviott S, Raz I et al. Comparison of the Effects of Glucagon-Like Peptide Receptor Agonists and Sodium-Glucose Cotransporter 2 Inhibitors for Prevention of Major Adverse Cardiovascular and Renal Outcomes in Type 2 Diabetes Mellitus Systematic Review and Meta-Analysis of Cardiovascular Outcomes Trials *Circulation*. 2019;139:2022–2031

### 3.12 Empfehlung aus der LL „Multimorbidität“ (1. Aktualisierung) geprüft 2022 [13] 2 Empfehlungen aus der Leitlinie „Multimorbidität“

#### 3.12.1

##### **Patientenperspektive**

**Bei der Ermittlung von Patientenpräferenzen und Wertvorstellungen sind folgende Aspekte anzusprechen (130, 134, 137, 138 und Adaptation aus NICE-Guideline [4]):**

**Patienten sollen ermutigt werden, ihre persönlichen Ziele und Prioritäten darzulegen. Hierzu gehört Klärung des Stellenwertes von:**

- **Erhalt der sozialen Rolle: in Berufs-/Arbeitstätigkeit, Teilnahme an sozialen Aktivitäten, Familienleben;**
- **Verhinderung von spezifischen Ereignissen (z. B. Schlaganfall);**
- **Minimierung von Medikamentennebenwirkungen;**
- **Verringerung der Belastung durch Behandlungen;**
- **Lebensverlängerung.**

**Die Einstellung der Patienten zu ihrer Therapie und deren möglichem Nutzen soll exploriert werden.**

**Empfehlungsgrad: A**

**Level of Evidence: 1a**

**Expertenkonsens: Es sollte mit dem Patienten geklärt werden, ob und inwieweit Partner, Angehörige oder Pflegende in wichtige Versorgungsentscheidungen eingebunden werden sollen.**

##### **Kommentar**

Entscheidungen orientieren sich immer am Patient:innenwohl und nicht in erster Linie an dem was medizinisch möglich ist. Die Patient:innenperspektive, auch wenn sie durch die erlebte Anamnese in Teilen bekannt sein sollte, sollte immer wieder neu im Gespräch ermittelt und geklärt werden. Deren Kenntnis ist für die Beratungssituation von enormer Bedeutung, da sie bei der Priorisierung von (empfehlenswerten) medizinischen Maßnahmen im Abgleich mit den Patientenwünschen und -zielen hilfreich ist. So können sowohl Über- wie auch Unterversorgung verhindert werden, da Werte und Ziele des Patient:innen der rein medizinischen Entscheidung Vorrang eingeräumt wird.

#### 3.12.2

##### **Kooperation mit Spezialisten**

**Wenn mehrere Gesundheitsprofessionen an der Behandlung von Patienten mit Multimorbidität beteiligt sind, sollten sich die Beteiligten (Patient, Spezialisten, Hausarzt, Angehörige, Pflegepersonal) hinsichtlich Diagnostik und Therapie abstimmen.**

**Empfehlungsgrad: Konsensbasierte Empfehlung**

##### **Kommentar**

Der Stellenwert einer Koordination gesundheitlicher Versorgung nimmt aufgrund der zunehmenden Komplexität von Erkrankungen und deren Behandlungsverläufen zu. Dieser Herausforderung wird die Regelversorgung in Deutschland kaum gerecht. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat dies in seinem Gutachten 2018 deutlich kritisiert. Bemängelt wird vor allem eine unzureichende Steuerung von Inanspruchnahmen, die zu Termin- und



Kapazitätsproblemen führt. Als Lösung schlägt der Rat u. a. verstärkte Anreize für hausärztlich koordinierte Versorgungsmodelle vor, die vorsehen, dass immer zuerst der/die Hausarzt:in aufgesucht wird. Ein hausärztliches Primärarztmodell mit der entsprechenden Steuerungs- und Abstimmungsmöglichkeit kann die Versorgung multimorbider Patient:innen verbessern und auch grundsätzlich Über- und Unterversorgung verringern.

3.13 Empfehlung aus der LL „Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis“  
(1. Aktualisierung) geprüft 2022 [14]

**1 Empfehlung aus der Leitlinie „Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis“**

**3.13.1 Statement**

**Verteilung der Schwindelursachen**

**Betrachtet man Patienten mit dem Symptom Schwindel in der Hausarztpraxis, so wird vielfach nur bei einem kleineren Teil der Patienten eine spezifische Diagnose gestellt.**

**Akuter Schwindel, der trotz adäquater primärer Abklärung inklusive Berücksichtigung abwendbar gefährlicher Verläufe keiner spezifischen Diagnose zugeordnet werden kann, sistiert häufig spontan und macht daher nach Ausschluss abwendbar gefährlicher Verläufe eine Strategie des abwartenden Offenhaltens/Watchful waiting sinnvoll.**

**Kommentar**

Dieses Statement kann Hausärzt:innen darin bestärken, unnötige und frustrane Diagnostik zu unterlassen, sofern abwendbar gefährliche Verläufe ausgeschlossen sind und keine Schwindelursache primär zu identifizieren ist. Unnötige Überweisungen zu Fachspezialist:innen oder die Initiierung (belastender und/oder invasiver) Diagnostik können so vermieden werden. Dadurch ist ein Schutz der Patient:innen vor Überversorgung, teilweise auch vor Fehlversorgung gegeben.

### 3.14 Empfehlung aus der LL „Schlaganfall“ (2. Aktualisierung) geprüft 2022 [15]

#### 1 Empfehlung aus der Leitlinie „Schlaganfall“

##### 3.14.1

##### **Empfehlungen zur Therapie nach Schlaganfall**

##### **Bewegung und Mobilität**

##### **Stürze**

**Bei Schlaganfallpatienten mit hohem Sturzrisiko sollte eine umfassende Beurteilung der Sturzgefahren im häuslichen Umfeld erfolgen. Patienten und Angehörige sollten beraten werden, Gefahrenquellen zu beseitigen.**

**Leitlinienadaption: AUS 2017 [39]**

##### **Kommentar**

Die Sturzgefahr nach Schlaganfall beinhaltet ein sehr großes Risiko schwerwiegender Konsequenzen, wie proximale Femurfrakturen mit den drohenden Folgen: Krankenhausbehandlung-Lungenentzündung-Tod, oder deutlicher Abbau der Mobilität durch Verschlechterung der Schlaganfallfolgen durch die Sturzfolgen. Deshalb scheint uns diese Empfehlung besonders bedeutsam, um Unterversorgung in diesem Bereich entgegenzuwirken.

### 3.15 Empfehlungen aus der LL „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“ (2. Aktualisierung) geprüft 2022 [16]

#### 6 Empfehlungen aus der Leitlinie „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“

##### 3.15.1

###### **Gespräche und Assessments zur Pflege- und Belastungssituation:**

**Hausärzte und Hausärztinnen sollten die Initiative ergreifen und verschiedene Anlässe, Patientenangelegenheiten oder anamnestische Wahrnehmungen nutzen, um ein Anamnesegespräch oder ein (wiederholtes) Assessment der Pflegesituation und Belastung zu veranlassen.**

**Empfehlungsgrad: B**

##### 3.15.2

###### **Gespräche und Assessments zur Pflege- und Belastungssituation:**

**MFAs sollten Beobachtungen und in informellen Gesprächen gewonnene Informationen an den Hausarzt bzw. die Hausärztin weiterleiten.**

**Empfehlungsgrad: B**

#### **Kommentar**

Im Sinne von antizipierenden Maßnahmen sollte bei o. g. Anlässen oder Auffälligkeiten bei Pflegebedürftigen bzw. deren Pflegenden Angehörigen eine drohende Unterversorgung frühzeitig günstig beeinflusst bzw. durch das Hausarztteam evtl. verbessert werden. Dies kann durch Informationen der Betroffenen über Unterstützungsangebote oder auch z. B. durch Einbindung von ambulanten/stationären Pflegeeinrichtungen erfolgen.

##### 3.15.3

###### **Anamnesegespräche/Angehörigenassessments in der Hausarztpraxis:**

**Pflegerische Angehörige sollen bei möglichen Anamnesegesprächen bzw.**

**Angehörigenassessments die Möglichkeit erhalten, ihre Bedürfnisse zu äußern. Entscheidungen über daraus abgeleitete Maßnahmen sollen gemeinsam getroffen werden.**

**Empfehlungsgrad: A**

#### **Kommentar**

Bei langzeitiger Kenntnis einer Pflegefamilie soll vorausschauend bei auffälligen Verläufen durch vom gesamten Hausarztteam initiierten Gesprächen/Assessments ein Fragenkatalog mit möglichen verbessernden Interventionen erarbeitet werden und gemeinsam mit den Betroffenen abgestimmt werden, um so drohende Unterversorgung zu lindern bzw. möglichst zu vermeiden.

##### 3.15.4

###### **Informationsbedarf pflegender Angehöriger:**

**Pflegerische Angehörige sollen über Unterstützungs- und Entlastungsangebote informiert werden.**

**Empfehlungsgrad: A**

### **Kommentar**

Neben offiziellen Informationsmaterialien soll das Hausarztteam, besonders bei Veränderungen in der Pflegesituation, individuell Pflegenden Angehörige über Entlastungs- und Unterstützungsangebote informieren um eine drohender Unterversorgung entgegenzuwirken.

#### **3.15.5**

##### **Hausärztliches Beratungsgespräch zur Nutzung von weiterführenden Unterstützungs- und Hilfsangeboten:**

**Der Hausarzt bzw. die Hausärztin soll mit pflegenden Angehörigen frühzeitig ein wertschätzendes Beratungsgespräch über die Nutzung von Hilfs- und Unterstützungsangebote führen.**

**Empfehlungsgrad A**

#### **3.15.6**

##### **Hausärztliches Beratungsgespräch zur Nutzung von weiterführenden Unterstützungs- und Hilfsangeboten:**

**Das hausärztliche Team sollte einen Überblick über das lokale/regionale Angebotsspektrum haben.**

**Empfehlungsgrad B**

### **Kommentar**

Besonders bei wertschätzender Würdigung der bisherigen Tätigkeit der Pflegenden Angehörigen soll der/die Hausärzt:in frühzeitig zu Nutzung von Hilfs- und Unterstützungsangebote beraten; das hausärztliche Team sollte einen Überblick über das lokale/regionale Angebotsspektrum haben. Diese Maßnahmen erscheinen auch relevant gegenüber Unterversorgung.

3.16 Empfehlung aus der LL „Versorgung von Patienten mit chronischer nicht-dialysepflichtiger Nierenerkrankung in der Hausarztpraxis“ (2. Aktualisierung) geprüft 2022 [17]

**3 Empfehlungen aus der Leitlinie „Versorgung von Patienten mit chronischer nicht-dialysepflichtiger Nierenerkrankung in der Hausarztpraxis“**

**3.16.1**

**Nephrotoxische Medikamente**

**Bei erwachsenen Patienten, die dauerhaft potentiell nephrotoxische Medikamente einnehmen, sollte mindestens einmal jährlich die Überprüfung der Nierenfunktion durchgeführt werden.**

**Empfehlungsgrad B**

**Kommentar**

Viele Medikamente müssen an die Nierenfunktion angepasst werden. Ziel ist es Nierenversagen und die weitere Progression der CKD zu vermeiden. Über die Empfehlung bestand ein hoher Konsens. Für viele potentiell nephrotoxischen Substanzen bestehen Empfehlungen für kürzere Monitoringintervalle. Siehe dazu die S1-Leitlinie Medikamentenmonitoring (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-037.html>). Das Monitoring per se kann kein akutes Nierenversagen oder die Progression der CKD verhindern, das gilt insbesondere für akute Ereignisse. Für Monitoringintervalle gibt es keine empirische Grundlage, konkret heißt das, es ist nicht belegt, dass einmal im Jahr Laborkontrollen effektiver sind als zwei, drei oder vier. Zur Vermeidung von Unterversorgung kann beim neuen Ansetzen eines potentiell nephrotoxischen Medikaments initial ein kürzerer Monitoringabstand sinnvoll sein.

**3.16.2**

**Medikamentenreview**

**Bei Patienten mit CKD (GFR < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) soll vor der Verordnung neuer Medikamente geprüft werden, ob eine Anpassung der Dosierung notwendig ist oder eine Kontraindikation vorliegt.**

**Empfehlungsgrad A**

**Level of Evidenz T 1b**

Leitlinienadaptation: KDIGO (recommendation 4.4.1, 1A) [KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease 2013], (recommendation 18, strong for; recommendation 19, weak for) [Johnson et al. 2013] UMHS (1D) [Reilly Lukela et al. 2014], VA-DoD [United States Department of Veterans Affairs, Department of Defense 2014]

**Kommentar**

Ziel ist es ein akutes Nierenversagen (AKI acute kidney injury) und die weitere Progression der CKD zu vermeiden. Patient:innen mit CKD werden oft aus Studien ausgeschlossen um Komplikationen zu vermeiden und sind dann formal kontraindiziert, ohne dass eine Nephrotoxizität belegt ist. Teilweise gibt es auch abweichende Empfehlungen zu Fachinformationen. So ist Phenprocoumon bei CKD G4 (eGFR < 30 ml/min) formal kontraindiziert, wird aber anders als DOAKs gerade dann ausdrücklich zur oralen Antikoagulation empfohlen, weil eine Dosierung nach Wirkung (INR) möglich ist. Viele Packungsbeilagen machen überhaupt keine Empfehlungen zur Dosisanpassung bei CKD. Informationen zur Dosisanpassung bei Nierenfunktionsstörung finden sich unter [www.dosing.de](http://www.dosing.de).

### **3.16.3**

#### **Medikamentenmonitoring**

**Bei Patienten mit CKD (GFR < 60 ml/min) soll mindestens einmal jährlich ein Medikamentenreview der Dauermedikation durchgeführt werden.**

#### **Empfehlungsgrad A**

**Leitlinienadaptation: ACP [Qaseem et al. 2013], VA [United States Department of Veterans Affairs, Department of Defense 2014], HAS [Haute Autorité de Santé 2012]**

#### **Kommentar**

Ziel ist es, ein akutes Nierenversagen (AKI acute kidney injury) und die weitere Progression der CKD zu vermeiden. In der Praxis sind die meisten Menschen mit CKD multimorbid und nehmen mehr als 5 Medikamente ein. Hier wird unabhängig von der CKD eine Medikamentenreview empfohlen. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-043.html>. Es ist bekannt, dass ein hoher Anteil von Patient:innen mit CKD kontraindizierte oder angepasst sind (Mahner et al. 2018).

Um eine Unterversorgung dieser Patientengruppe zu vermeiden, sollte ein besonderes Augenmerk auf das

- Absetzen von Thiaziddiuretika bei eGFR < 30 ml/min (wirken dann nicht mehr),
- Vermeiden von NSAR (sie sind formal erst ab einer eGFR < 30 ml/min kontraindiziert),
- Absetzen nicht-indizierten Allopurinols<sup>1</sup>,
- Anpassen der Metformindosis bei CKD liegen.

## 6. Literatur

1. [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber\\_uns/Positionspapere/DEGAM\\_Zukunftspositionen.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf) (letzter Zugriff am 20.01.2022)
2. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Halsschmerzen. Stand 2021. AWMF-Registernr. 053-010. [www.degam.de](http://www.degam.de)
3. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Akuter und chronischer Husten. Stand 2021. AWMF-Registernr. 053-013. [www.degam.de](http://www.degam.de)
4. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes – Teilpublikation der Langfassung. 2. Auflage. Version 1. 2021 [cited: YYYY-MM-DD]. DOI: 10.6101/AZQ/000475. [www.leitlinien.de/diabetes](http://www.leitlinien.de/diabetes)
5. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK – Langfassung, 5. Auflage. Version 1. 2019 [cited: YYYY-MM-DD]. DOI: 10.6101/AZQ/000419.
6. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Hausärztliche Leitlinie: Multimedikation. Version 2.0. AWMF-Registernr. 053-043. [www.degam.de](http://www.degam.de)
7. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Müdigkeit. Stand 2017. AWMF-Registernr. 053-002. [www.degam.de](http://www.degam.de)
8. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). Demenzen. Stand 2016. AWMF-Registernr. 038-013. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-013.html>
9. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Prävention von Hautkrebs, Langversion 2.1, 2021, AWMF-Registernr. 032/052OL. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/hautkrebs-praevention/> (abgerufen am: TT.MM.JJJJ)



10. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: jjjj mmm tt]. DOI: 10.6101/AZQ/000353. <http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de/>
11. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression\*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015 [cited: YYYY-MM-DD]. DOI:10.6101/AZQ/000364. [www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de).
12. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention. Stand 2016. AWMF-Registernr. 053-024. [www.degam.de](http://www.degam.de)
13. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Multimorbidität. Stand 2017. AWMF-Registernr. 053-047. [www.degam.de](http://www.degam.de)
14. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis. Stand 2015. AWMF-Registernr. 053-018. [www.degam.de](http://www.degam.de)
15. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Schlaganfall. Stand 2020. AWMF-Registernr. 053-011. [www.degam.de](http://www.degam.de)
16. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Pflegende Angehörige von Erwachsenen. Stand 2018. AWMF-Registernr. 053-006. [www.degam.de](http://www.degam.de)
17. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Versorgung von Patienten mit chronischer nicht-dialysepflichtiger Nierenerkrankung in der Hausarztpraxis. Stand 2019. AWMF-Registernr. 053-048. [www.degam.de](http://www.degam.de)