

Gesundheitssysteme unterliegen zunehmender Ökonomisierung. Patienten werden als Verbraucher angesehen, die frei entscheiden können. Gesundheitsinformationen sind oft interessengeleitet. Früherkennungs- und Screeninguntersuchungen, Laboranalysen, bildgebende Verfahren, neue Pharmaka sowie Experten und spezialistische Expertisen werden überschätzt. Mögliche Schäden oder fehlende Evidenz werden selten thematisiert. Diese Leitlinie fasst die wichtigsten Leitlinienempfehlungen zu Über- und Unterversorgung zusammen. Ziel ist eine bessere, gerechtere, sicherere und menschenfreundlichere Medizin.

Definitionen

Versorgungsbedarf bezeichnet einen Zustand, dessen Behandlung gesundheitlichen Nutzen erwarten lässt. Überversorgung ist Versorgung, die über die Bedarfsdeckung hinausgeht. Die erbrachten Leistungen sind meist ohne hinreichenden Nutzen oder nicht indiziert. Unterversorgung besteht, wenn bei anerkanntem Bedarf die Versorgung ganz oder teilweise nicht erfolgt, obwohl sie mit hinreichend gesichertem Nutzen und effizient zur Verfügung steht. Überdiagnostik bezeichnet diagnostische Maßnahmen, die für das Erkennen einer Erkrankung oder für die Therapieentscheidung überflüssig sind bzw. deren Nutzen durch Schäden kompensiert wird, also Überversorgung sind. Zu den Schäden der Überdiagnostik zählen auch Überdiagnosen und deren Folgen, insbesondere Überbehandlungen.

Häufigkeit von Über- und Unterversorgung

Versorgungsunterschiede (z. B. zwischen Kliniken oder regional) sowie zeitliche Veränderungen von Versorgungshäufigkeiten können ein Indiz für Über- bzw. Unterversorgung sein, sind aber kein hinreichender Beleg. Im konkreten Versorgungsfall, müssen die obigen abstrakten Definitionen so formuliert werden, dass eine objektive Messung von Über- und Unterversorgung möglich wird. Dafür werden idealerweise benötigt: eine klare Definition der Krankheit, valide Diagnostik zum objektiven Feststellen der Krankheit und valide Kenntnis darüber, welche Therapien erfolgversprechend sind und welchen Nutzen und Schaden sie mit welcher Wahrscheinlichkeit mit sich bringen. Diese Klarheit ist jedoch selten gegeben. Häufig fehlen Forschungsergebnisse oder sie sind unklar und irreführend aufgrund methodisch mangelhafter Studien. Ungewissheit bedeutet auch, dass im Einzelfall Diagnosen und Prognosen nur mit bestimmten Wahrscheinlichkeiten richtig sind und dass eine Intervention nicht unbedingt bei allen und im gleichen Ausmaß wirkt. Daher sind Über- und Unterversorgung nicht vollständig erfassbar und auch nicht vollständig vermeidbar, aber – und das ist ein Ziel dieser Leitlinie – minimierbar.

Auswahl der Empfehlungen

Hausärztinnen und Hausärzte haben eine Vermittlerrolle zwischen Patienten und weiteren Spezialisten. Sie haben den ganzen Patienten im Blick und können daher die Bedarf im Einzelfall am besten einschätzen. Diese Leitlinie soll dabei helfen und auf Bereiche aufmerksam machen, in denen Über- und Unterversorgung nach aktuellem Ermessen sehr wahrscheinlich sind. Dazu wurden sämtliche starke Empfehlungen aus den relevanten Leitlinien (DEGAM, NVL) durch ein Panel klinisch tätiger Allgemeinmediziner bewertet. Zu den Auswahl- und Priorisierungskriterien gehörten die Einschätzung der Relevanz für Über- und Unterversorgung, die Qualität der Evidenzbasis, die Empfehlungsstärke und die Einordnung im Hinblick auf übergeordnete Versorgungsziele. Hoch priorisierte Empfehlungen fanden Aufnahme in die vorliegende Leitlinie. Die Empfehlungen sollen dabei helfen, das eigene ärztliche Handeln an möglichst relevanten Leistungen zu reflektieren. Die Empfehlungen in dieser Kurzfassung stammen aus der Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“. Dort und in den dort genannten Leitlinien werden sie erläutert und begründet.

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

Leitlinie DEGAM oder NVL	Empfehlung	
	Prävention	
Husten	Alle Patienten mit Husten sollen nach ihrem Tabakkonsum gefragt werden. Der Raucherstatus soll regelmäßig dokumentiert werden.	□
Kardiovaskuläre Prävention*	In der Primärprävention soll das globale, absolute kardiovaskuläre Risiko als vorrangige Entscheidungsgrundlage dienen. Zur Kalkulation des kardiovaskulären Risikos soll ein evaluierter Risiko-Algorithmus verwandt werden. Eine medikamentöse Senkung des HbA1c unter 6,5 % erbringt keinen Nettonutzen und soll daher nicht zur kardiovaskulären Prävention eingesetzt werden.	■ □ ■ □ ■
Schlaganfall**	Bei Schlaganfallpatienten mit hohem Sturzrisiko sollte eine umfassende Beurteilung der Sturzgefahren im häuslichen Umfeld erfolgen. Patienten und Angehörige sollten beraten werden, Gefahrenquellen zu beseitigen.	□

Leitlinie DEGAM oder NVL	Empfehlung	
Pflegende Angehörige von Erwachsenen**	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.	□ □
	Screening	
Prävention von Hautkrebs	Die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- u. 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 i. 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	
Halschmerzen	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.	■ ■
Unipolare Depression	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.	□ ■

Leitlinie DEGAM oder NVL	Empfehlung	
Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis*	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.	<input type="checkbox"/>
	Therapie	
Halsschmerzen	Der Hausarzt soll verständlich machen, dass die meisten Halsschmerzen viral bedingt sind und dass bei Virusinfektionen Antibiotika nicht helfen.	<input checked="" type="checkbox"/>
Husten	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.	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
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.	<input checked="" type="checkbox"/>
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.	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Versorgung von Patienten mit CKD**	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 ²) soll vor der Verordnung neuer Medikamente geprüft werden, ob eine Anpassung der Dosierung notwendig ist oder eine Kontraindikation vorliegt.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	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.	<input type="checkbox"/>
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.	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Leitlinie DEGAM oder NVL	Empfehlung	
Multimorbidität*	Bei der Ermittlung von Patientenpräferenzen und Wertvorstellungen sind folgende Aspekte anzusprechen: Patienten sollen ermutigt werden, ihre persönlichen Ziele und Prioritäten darzulegen. Hierzu gehört Klärung des Stellenwertes von: ■ Erhalt der sozialen Rolle: in Berufs-/Arbeitsfähigkeit, 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. Expertenkonsens: Es sollte mit dem Patienten geklärt werden, ob und inwieweit Partner, Angehörige oder Pflegende in wichtige Versorgungsentscheidungen eingebunden werden sollen. 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.	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Pflegende Angehörige von Erwachsenen**	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. MFAs sollten Beobachtungen und in informellen Gesprächen gewonnene Informationen an den Hausarzt bzw. die Hausärztin weiterleiten.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Versorgung von Patienten mit CKD**	Bei Patienten mit CKD (GFR < 60 ml/min) soll mindestens einmal jährlich ein Medikamentenreview der Dauermedikation durchgeführt werden	<input type="checkbox"/>

* Diese Empfehlung stammt aus der 1. Aktualisierung der Living Guideline, Stand 03/2020

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