

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.

Übersorgung 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 Übersorgung 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 Bedarfe 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   |                  |
|---|--|------------------|
|   | <b>Prävention</b>  |                  |
| <b>Halsschmerzen*</b>                       | Die häufigste, infektiologisch bedingte Ursache des Halsschmerzes sind (altersunabhängig) selbst-limitierende virale Infektionen des Pharynx.  | ■                |
|   | Gefährliche Komplikationen bei Halsschmerzen sind in Ländern wie Deutschland, dem Vereinigten Königreich und den Niederlanden sehr selten.   | ■                |
| <b>Husten*</b>                              | Erwachsene Patienten ohne Red Flags sollen über den Spontanverlauf eines akuten Hustens im Rahmen eines Atemwegsinfektes sowie zu den Möglichkeiten des Selbstmanagements aufgeklärt werden.   | ■                |
|   | Die Raucheranamnese soll bei jedem erwachsenen Patienten mit chronischem Husten erhoben werden.  | □                |
| <b>Kardiovaskuläre Prävention</b>           | In der Primärprävention soll das globale, absolute kardiovaskuläre Risiko als vorrangige Entscheidungsgrundlage dienen.  | ■<br>□<br>■<br>□ |
|   | 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.   | ■                |
| <b>Schlaganfall</b>                         | Bei Schlaganfallpatienten mit hohem Sturzrisiko sollte eine umfassende Beurteilung der Sturzgefahren im häuslichen Umfeld erfolgen. Patienten und Angehörige sollten beraten werden, Gefahrenquellen zu beseitigen.  | □                |
| <b>Pflegende Angehörige von Erwachsenen</b> | Pflegende Angehörige sollen bei möglichen Anamnesegesprächen bzw. Angehörigenassessments die Möglichkeit erhalten, ihre Bedürfnisse zu äußern. Entscheidungen über daraus abgeleitete Maßnahmen sollen gemeinsam getroffen werden.   | □                |
|   | Pflegende Angehörige sollen über Unterstützungs- und Entlastungsangebote informiert werden.  | □                |
|   | Der Hausarzt bzw. die Hausärztin soll mit pflegenden Angehörigen frühzeitig ein wertschätzendes Beratungsgespräch über die Nutzung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten führen.  | □                |
|   | Das hausärztliche Team sollte einen Überblick über das lokale/regionale Angebotsspektrum haben.  | □                |
|   | <b>Screening</b>   |                  |
| <b>Prävention von Hautkrebs</b>             | Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sowie die Deutsche Gesellschaft Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde (DGHNO), Kopf- und Hals-Chirurgie 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.   | ■                |

| Leitlinie DEGAM oder NVL | Empfehlung  |   |
|--------------------------|---|---|
|                          | <b>Diagnostik</b>   |   |
| <b>Halsschmerzen*</b>    | <p>Die Bestimmung von Laborparametern wie Leukozyten, C-reaktives Protein, Blutsenkungsgeschwindigkeit und Procalcitonin sollte im Rahmen der Diagnostik bei Patienten mit akuten Halsschmerzen (&lt; 14 Tage Dauer) ohne RED FLAGS nicht routinemäßig erfolgen.</p> <p>Die Bestimmung des Antistreptolysin-Titers (ASL-Titers) und anderer Streptokokken- Antikörper-Titer soll bei akuter und rezidivierender Tonsillopharyngitis nicht durchgeführt werden.</p> <p>Eine sichere Unterscheidung zwischen Infektion und Trägerstatus ist weder durch mikrobiologische Kulturen noch durch Schnelltests möglich.</p> <p>Bei Kindern und Jugendlichen (Alter ≤ 15 Jahren) mit akuten Halsschmerzen ohne RED FLAGS sollte bei einem negativen Schnelltestergebnis für Gruppe-A-Streptokokken auf eine antibiotische Therapie verzichtet werden.</p>   | <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p>                   |
| <b>Husten*</b>           | <p>Bei erwachsenen Patienten mit akutem Husten ohne Red Flags sind eine gründliche Anamnese und eine symptomorientierte klinische Untersuchung zur Diagnosefindung ausreichend.</p> <p>Die häufigste Ursache für den akuten Husten bei erwachsenen Patienten ist eine selbstlimitierende Virusinfektion der Atemwege.</p> <p>Bei klinischer Diagnose einer Erkältungskrankheit oder einer akuten Bronchitis soll bei erwachsenen Patienten ohne Red Flags auf Blutuntersuchungen, Sputumdiagnostik und Röntgenthorax-Aufnahmen verzichtet werden.</p> <p>Die Erkältungskrankheit und die akute Bronchitis des erwachsenen Patienten ohne Red Flags sollen nicht mit Antibiotika behandelt werden.</p> <p>Bei erwachsenen Patienten mit einem akuten Atemwegsinfekt ist bei normalen Vitalparametern (Temperatur, Atemfrequenz und Herzfrequenz) und unauffälliger pulmonaler Auskultation eine Pneumonie sehr unwahrscheinlich.</p> <p>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.</p> | <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> |
| <b>Chronische KHK*</b>   | <p>Eine invasive Koronarangiographie soll nicht durchgeführt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ bei niedriger Wahrscheinlichkeit für eine stenosierende KHK;</li> <li>■ bei mittlerer Wahrscheinlichkeit für eine stenosierende KHK und fehlendem Ischämie-Nachweis nach nicht-invasiver Diagnostik;</li> <li>■ bei hoher Komorbidität, bei der das Risiko der Koronarangiographie größer ist als der Nutzen durch die Sicherung der Diagnose und hieraus resultierender therapeutischer Maßnahmen;</li> <li>■ 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;</li> <li>■ 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.</li> </ul>  | <p>■</p>  |
| <b>Müdigkeit</b>         | <p>Bei primär ungeklärter Müdigkeit sollen anhand von Screeningfragen eine Depression oder Angststörung sowie vorherige Infektion eruiert werden.</p> <p>Weitergehende Labor- oder apparative Untersuchungen sollen nur bei auffälligen Vorbefunden/spezifischen Hinweisen in der empfohlenen Basisdiagnostik erfolgen.</p>   | <p>□</p> <p>■</p>                                     |
| <b>Demenz</b>            | <p>Bei Hinweisen auf behandelbare Demenzen soll mit den Patientinnen und Patienten bzw. ihren gesetzlichen Vertretern die Möglichkeit einer bildgebenden Diagnostik besprochen werden.</p>  | <p>■</p>  |
| <b>Kreuzschmerz</b>      | <p>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.</p> <p>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.</p>   | <p>■</p> <p>■</p>                                     |

| Leitlinie DEGAM oder NVL                      | Empfehlung  |                            |
|---|---|----------------------------|
| <b>Unipolare Depression</b>                   | <p>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.</p>   | <p>□</p> <p>■</p>          |
| <b>Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis</b> | <p>Betrachtet man Patienten mit dem Symptom Schwindel in der Hausarztpraxis, so wird vielfach nur bei einem kleineren Teil der Patienten eine spezifische Diagnose gestellt.</p> <p>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.</p>   | <p>□</p>                   |
|   | <b>Therapie</b>   |                            |
| <b>Halsschmerzen*</b>                         | <p>Eine sofortige Klinikeinweisung soll erfolgen, wenn zusätzlich zum Symptom Halsschmerz folgende Erkrankungen bzw. abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Stridor oder Atembeeinträchtigung (bei V.a. Epiglottitis, infektiöse Mononukleose)</li> <li>■ Hinweise auf eine schwere systemische Erkrankung (z. B. Meningitis, Diphtherie, Kawasaki-Syndrom, Lemierre-Syndrom)</li> <li>■ Hinweise auf schwere suppurative Komplikationen (peritonsillärer, parapharyngealer oder retropharyngealer Abszess)</li> <li>■ Zeichen einer gestörten Flüssigkeitsaufnahme mit drohender Exsikkose</li> </ul> <p>Das Lutschen von medizinischen Lutschtabletten mit Lokalanesthetika und/oder Antibiotika zur lokalen Schmerzlinderung soll nicht empfohlen werden.</p> <p>Kortikosteroide sollen nicht zur analgetischen Therapie bei Halsschmerzen genutzt werden.</p> | <p>□</p> <p>■</p> <p>■</p> |
| <b>Husten*</b>                                | <p>Der akute Husten im Rahmen eines Atemwegsinfektes bei erwachsenen Patienten klingt auch ohne medikamentöse Behandlung ab.</p>  | <p>■</p>                   |
| <b>Typ-2-Diabetes*</b>                        | <p>Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes sollen individualisierte Therapieziele für HbA1c vereinbart werden. Dabei sollen die Aspekte gemäß Abbildung 8 (s. LL) berücksichtigt werden.</p>  | <p>□</p> <p>■</p>          |
| <b>Chronische KHK*</b>                        | <p>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 AMRiLi).</p>  | <p>■</p>                   |
| <b>Demenz</b>                                 | <p>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.</p>  | <p>■</p>                   |
| <b>Kreuzschmerz</b>                           | <p>Transdermale Opioide sollen nicht zur Behandlung akuter und subakuter nicht-spezifischer Kreuzschmerzen angewendet werden.</p> <p>NSAR sollen nicht parenteral verabreicht werden.</p> <p>Intravenös, -muskulär oder subkutan applizierbare Schmerzmittel, Lokalanästhetika, Glukokortikoide und Mischinfusionen sollen nicht zur Behandlung nicht-spezifischer Kreuzschmerzen angewendet werden.</p>  | <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> |
| <b>Versorgung von Patienten mit CKD</b>       | <p>Bei erwachsenen Patienten, die dauerhaft potentiell nephrotoxische Medikamente einnehmen, sollte mindestens einmal jährlich die Überprüfung der Nierenfunktion durchgeführt werden.</p> <p>Bei Patienten mit CKD (GFR &lt; 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>) soll vor der Verordnung neuer Medikamente geprüft werden, ob eine Anpassung der Dosierung notwendig ist oder eine Kontraindikation vorliegt.</p>   | <p>□</p> <p>□</p>          |

| Leitlinie DEGAM oder NVL | Empfehlung  |  |
|--------------------------|---|--|
|                          | <b>Langzeit-Primärversorgung</b>  |  |
| <b>Halsschmerzen*</b>    | <p>Wenn eine antibiotische Therapie zur Behandlung einer bakteriellen Tonsillopharyngitis nach 3-4 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.</p> <p>Eine routinemäßige ärztliche Wiedervorstellung und Kontrolluntersuchungen nach erfolgreicher Behandlung von Halsschmerzen sind nicht notwendig.</p> <p>Eine Re-Evaluation sollte erfolgen, wenn bei Patienten mit Halsschmerzen eine Verschlechterung oder nach 3-4 Tagen keine Besserung auftritt. Dabei soll Folgendes berücksichtigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Differentialdiagnosen wie infektiöse Mononukleose,</li> <li>■ Symptome oder Anzeichen, die auf eine ernsthaftere bzw. systemische Erkrankung hinweisen,</li> <li>■ vorherige Behandlung mit Antibiotika, die zu Resistenzen führen können</li> </ul>   | <p>■</p> <p>■</p> <p>□</p>                                     |
| <b>Typ-2-Diabetes*</b>   | <p>Menschen mit Typ-2-Diabetes und ihre Ärztin/ihr Arzt sollen initial und wiederholt im Erkrankungsverlauf gemeinsam individuelle Therapieziele vereinbaren und priorisieren.</p> <p>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.</p> <p>Vor jeder Therapie-Eskalation sollen Ursachen für die Nicht-Erreichung bisher vereinbarter Therapieziele evaluiert und berücksichtigt werden.</p> <p>Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes soll eine Therapie-Deeskalation oder eine Veränderung der Therapie-strategie regelmäßig geprüft werden, insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ wenn die negativen Effekte der Therapie auf die Sicherheit u. die Lebensqualität der/des Betroffenen überwiegen;</li> <li>■ wenn die individuelle Situation dafür spricht, dass prognostische Aspekte eine geringere Rolle spielen als die aktuelle Lebensqualität;</li> <li>■ wenn das individuelle Therapieziel unterschritten wird;</li> <li>■ bei Multimorbidität und Polymedikation;</li> <li>■ bei Auftreten von akuten Erkrankungen.</li> </ul> <p>Die Deeskalation der Insulintherapie soll bei Menschen mit Typ-2-Diabetes in folgenden Situationen geprüft werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wenn die Indikation (z. B. akute Erkrankung, metabolische Entgleisung, Verschlechterung der Nierenfunktion) nicht mehr besteht;</li> <li>■ die Zielwerte des Glukosestoffwechsels erreicht sind oder unterschritten werden;</li> <li>■ Hypoglykämien auftreten;</li> <li>■ sich das individuelle Therapieziel ändert (z. B. in Folge von Multimorbidität).</li> </ul> | <p>■</p> <p>□</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> |
| <b>Chronische KHK*</b>   | Bei asymptomatischen Patienten soll im Rahmen der Verlaufsbeobachtung keine spezielle kardiale Diagnostik (einschließlich Ergometrie, Echokardiographie) zur Abklärung der stenosierenden KHK erfolgen.   | ■  |
| <b>Multi-medikation*</b> | <p>Die Medikation soll strukturiert bewertet werden, z. B. mittels eines Instrumentes, wie dem modifizierten Medikationsangemessenheitsindex*, unter besonderer Berücksichtigung von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ PIM-Listen/anticholinerg Last, QTc –Zeit verlängernden Medikamenten,</li> <li>■ Unterversorgung,</li> <li>■ Adhärenz.</li> </ul> <p>Bei jeder Medikationsüberprüfung soll geklärt werden, ob Medikamente fehlen, abgesetzt oder in der Dosis angepasst werden können.</p> <p>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.</p> <p>Vom koordinierenden Arzt sollte sichergestellt werden, dass jeder Patient/jede Patientin mit Multimedikation einen aktuellen Medikationsplan hat.</p>  | <p>■</p> <p>□</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>□</p> <p>■</p>          |

| Leitlinie DEGAM oder NVL                    | Empfehlung  |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <b>Demenz</b>                               | In den meisten Fällen zieht die Demenz eines Betroffenen die ganze Familie in Mitleidenschaft. Subjektiv leiden die An- und Zugehörigen häufig stärker unter der Demenz der Indexperson als die Betroffenen selbst. In der hausärztlichen Behandlung von Personen mit Demenz soll ein besonderer Fokus auf die spezifischen Risiken der übrigen Familienmitglieder als besonders vulnerabler Gruppe gelegt werden.  | □                                   |
| <b>Kreuzschmerz</b>                         | <p>Die Opioidtherapie soll regelmäßig reevaluiert werden, bei akuten nicht-spezifischen Kreuzschmerzen nach spätestens vier Wochen, bei chronischen Kreuzschmerzen nach spätestens drei Monaten.</p> <p>Die Opioidtherapie soll beendet werden, wenn das vereinbarte Therapieziel nicht erreicht wird.</p> <p>Für den gesamten Versorgungsprozess soll ein Arzt eine „Lotsenfunktion“ übernehmen. Dieser Arzt ist erste Anlaufstelle für die Erkrankten und koordiniert sämtliche Behandlungsschritte.</p>  | <p>■</p> <p>■</p> <p>□</p>          |
| <b>Multimorbidität</b>                      | <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erhalt der sozialen Rolle: in Berufs-/Arbeits-tätigkeit, Teilnahme an sozialen Aktivitäten, Familienleben;</li> <li>■ Verhinderung von spezifischen Ereignissen (z. B. Schlaganfall);</li> <li>■ Minimierung von Medikamentennebenwirkungen;</li> <li>■ Verringerung der Belastung durch Behandlungen;</li> <li>■ Lebensverlängerung.</li> </ul> <p>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 Pflegenden in wichtige Versorgungsentscheidungen eingebunden werden sollen.</p> <p>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.</p> | <p>□</p> <p>■</p> <p>□</p> <p>■</p> |
| <b>Pflegende Angehörige von Erwachsenen</b> | <p>Hausärzte und Hausärztinnen sollten die Initiative ergreifen und verschiedene Anlässe, Patienten anliegen oder anamnestische Wahrnehmungen nutzen, um ein Anamnese-gespräch oder ein (wiederholtes) Assessment der Pflegesituation und Belastung zu veranlassen.</p> <p>MFAs sollten Beobachtungen und in informellen Gesprächen gewonnene Informationen an den Hausarzt bzw. die Hausärztin weiterleiten.</p>   | <p>□</p> <p>□</p>                   |
| <b>Versorgung von Patienten mit CKD</b>     | Bei Patienten mit CKD (GFR < 60 ml/min) soll mindestens einmal jährlich ein Medikamentenreview der Dauermedikation durchgeführt werden  | □                                   |

\* Die Empfehlungen stammen aus der 3. Aktualisierung der Living Guideline, Stand 02/2022

Alle anderen Empfehlungen wurden im Jahr 2022 geprüft.

Version 4.0

Erstveröffentlichung 06/2019

Überarbeitung von 02/2022

nächste Überarbeitung geplant 02/2023