Leitlinienreport zur S2e-Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden“ (AWMF-Registernr. 053-045LG)

Stand: Version 7.1, März 2025

Schlüsselwörter (Deutsch): Überversorgung, Unterversorgung, hausärztliche, primärärztliche Versorgung, Leitlinienentwicklung, klinische Leitlinien
Keywords (Englisch): Overuse, underuse, primary care, guideline development, clinical practice guidelines

Was ist neu?

Im Zuge der 6. Aktualisierung wurden alle Empfehlungen aus drei im Jahr 2024 publizierten Nationalen VersorgungsLeitlinien und der DEGAM Leitlinie Multimorbidität im Originalwortlaut extrahiert und durch ein Expertenpanel priorisiert. Es handelt sich um die Nationalen Versorgungsleitlinien (nvl) Chronische KHK, Asthma und COPD. Aus der nvl Chronische KHK wurden fünf Empfehlungen, aus der Asthma Leitlinie zwei Empfehlungen aus der COPD Leitlinie drei Empfehlungen und aus der Leitlinie Multimorbidität zwei Empfehlungen hinsichtlich der Relevanz gegenüber Unterversorgung bzw. Überversorgung priorisiert.

Im Zuge der 5. Aktualisierung wurden alle Empfehlungen aus zwei im Jahr 2023 publizierten Nationalen VersorgungsLeitlinien im Originalwortlaut extrahiert und durch ein Expertenpanel priorisiert. Es handelt sich um die beiden Nationalen Versorgungsleitlinien (nvl) Diabetes mellitus Typ-2 und Hypertonie. Aus der nvl Diabetes mellitus Typ-2 wurden sieben Empfehlungen und aus der Hypertonie Leitlinie fünf Empfehlungen hinsichtlich der Relevanz gegenüber Unterversorgung bzw. Überversorgung priorisiert.

Im Zuge der 4. Aktualisierung wurden alle Empfehlungen aus vier im Jahr 2022 publizierten Leitlinien im Originalwortlaut extrahiert und durch ein Expertenpanel priorisiert. Es handelt sich um die beiden DEGAM-LL Müdigkeit und Brennen beim Wasserlassen sowie um die beiden Nationalen Versorgungsleitlinien (nvl) Unipolare Depression und Chronische KHK, Kapitel Revaskularisation. Aus der Leitlinie Müdigkeit wurden zwei Empfehlungen, aus der nvl Unipolare Depression zwei Empfehlungen und aus dem Kapitel Revaskularisation der nvl Chronische KHK, vier Empfehlungen hinsichtlich der Relevanz gegenüber Unterversorgung bzw. Überversorgung priorisiert. Aus der DEGAM Leitlinie Brennen beim Wasserlassen wurde keine Empfehlung

bezüglich der Ratingkriterien „Relevanz gegenüber Unterversorgung bzw. Überversorgung“ priorisiert.
Im Zuge dieser 3. Aktualisierung konnten alle Empfehlungen aus 5 Leitlinien, publiziert im Jahr 2021 (3 DEGAM-LL und 3 Nationale VersorgungsLeitlinien) im Originalwortlaut extrahiert und priorisiert werden. Hierbei handelt es sich um die DEGAM-Leitlinien „Halsschmerzen“, „Akuter und chronischer Husten“ und „Multimedikation“. Bei den Nationalen VersorgungsLeitlinien wurden die Nationale VersorgungsLeitlinien „Diabetes Typ II“ und „Chronische KHK“ herangezogen.
Ebenfalls extrahiert wurden alle Empfehlungen aus den Nationalen VersorgungsLeitlinien „Chronische Herzinsuffizienz“ „Asthma“ und „COPD“, publiziert im Jahr 2021. Nach dem Ratingprozeß wurden keine Empfehlungen mit den Ratingkriterien „Relevant gegenüber Überversorgung“ und „Relevant gegenüber Unterversorgung“ priorisiert und fanden Eingang in die Leitlinie.

Nach der Veröffentlichung der ersten Version der Leitlinie im Juni 2019 wurden 3 weitere DEGAM S3-Leitlinien für die Extraktion aller Empfehlungen ausgewählt, die zum Zeitpunkt der Ersterstellung der Leitlinie noch nicht aktuell publiziert waren. Dies waren die DEGAM-Leitlinien „Multimorbidität“, Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis“ und „Hausärztliche Beratung zur kardiovaskulären Prävention“, gesucht auf der DEGAM-Homepage und im AWMF-Register im August 2019. Aus Ressourcengründen wurden diese erst in der zweiten Jahreshälfte 2019 bearbeitet, d.h. alle Empfehlungen extrahiert und für das Online-Rating vorbereitet. Die Prozesse für das Rating und die Priorisierung gestaltet sich aus Kapazitätsgründen leicht modifiziert. Die Gruppen bzw. Panels bleiben wie im Vorfeld beschrieben, nur werden nicht mehr alle Kriterien geratet, sondern die zwei Kriterien.
So konnten 3 Empfehlungen aus der LL „Hausärztliche Beratung zur kardiovaskulären Prävention“, 2 Empfehlungen aus der LL „Multimorbidität“ und 1 Empfehlung aus der LL „Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis“ in diese Leitlinie aufgenommen werden.
Aufgrund der Tätigkeit in der Leitlinienentwicklungsstelle und den Kontakten zum ÄZQ hinsichtlich der Aktualisierung der Nationale VersorgungsLeitlinien ist die Leitliniengruppe in der Lage zeitnah aktualisierte Leitlinien zu bearbeiten.

Aufgrund der S2e-Klassifikation und alleiniger Bearbeitung und Federführung durch die DEGAM, stimmte der Vorstand der DEGAM der im Rahmen der 6. Aktualisierung priorisierten Leitlinienempfehlungen am zu.

Alle Empfehlungen aus der ersten Fassung sowie der 1., 2., 3., 4. und 5. Aktualisierung der Living guideline wurden hinsichtlich der Aktualität der Quellleitlinie geprüft und entsprechend gekennzeichnet.

1. Geltungsbereich und Zweck

- Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas

In der DEGAM-Fachdefinition heißt es: "Das Arbeitsziel der Allgemeinmedizin ist eine qualitativ hochstehende Versorgung, die den Schutz des Patienten, aber auch der Gesellschaft vor Fehl-, Unter- oder Überversorgung einschließt." Der Schutz vor Überversorgung, das bedachtsame Abwägen der Nutzen-Kosten- sowie der Nutzen-Risiko-Relation steht seit Jahren im Fokus der DEGAM-Arbeit. Das Prinzip "Klasse statt Masse" vertritt die DEGAM seit Jahren konsequent: in Positionspapieren, Stellungnahmen, in DEGAM-Leitlinien, Nationale VersorgungsLeitlinien, interdisziplinären S3 – Leitlinien sowie nicht zuletzt in einem pharmafreien Wissensmanagement (DEGAM-Fortbildungsformate, Tage der Allgemeinmedizin, DEGAM-Kongresse, etc.). Diese stark an der evidenzbasierten Medizin orientierte DEGAM-Grundhaltung ist bislang weder gebündelt noch im Sinne praxisnaher Statements operationalisiert worden. Die US-amerikanische Initiative Choosing-Wisely hat eindrucksvoll demonstriert, wie Negativempfehlungen öffentlichkeitswirksam verbreitet werden können. Innerhalb des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin gab es letztes Jahr eine Diskussion, ob es auch in Deutschland eine Choosing Wisely-Initiative geben müsse. Die einhellige Meinung war damals, dass dieses Wissen in deutschen Leitlinien sehr viel besser aufgearbeitet sei.

- **Zielorientierung der Leitlinie**

Das Ziel der Leitlinie ist die Erarbeitung einer konzisen und übersichtlichen Zusammenstellung sowie Priorisierung der wichtigsten nicht nur überflüssigen Maßnahmen und Negativempfehlungen für den hausärztlichen Bereich. Gleichzeitig sollen dabei relevante Probleme im Bereich der Unterversorgung berücksichtigt werden. Damit kann die geplante Leitlinie hier eine wichtige Lücke schließen und den Wissensbestand der DEGAM in einem praktisch wie politisch wichtigen Bereich nachhaltig erweitern.

- **Patientenzielgruppe**

Die Patientenzielgruppe umfasst männliche und weibliche Erwachsene, ältere Personen mit unterschiedlichen Erkrankungen und Stadien, mit und ohne Komorbidität(en).

○ **Versorgungsbereich**

- ambulant (ggf. stationär/teilstationär, soweit es allgemeinmedizinisch Tätige betreffend)
- primärärztliche Versorgung

○ **Anwenderzielgruppe/Adressaten**

In erster Linie sind hausärztlich Tätige Adressat der vorliegenden Leitlinie, die zur Information für Internisten, Geriater und die Berufsgruppen, die in den entsprechenden Leitlinien adressiert sind, deren Empfehlungen in der priorisierten Aufstellung dokumentiert sind.

2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen

Zur Leitliniengruppe und gleichzeitig Autoren und Autorinnen der Leitlinie gehören die nachfolgend aufgeführten Personen.

Leitliniengruppe (Autoren der LL seit 2019)	**Organisation / Expertise**
Prof. Dr. Martin Scherer Dr. Günther Egidi Prof. Dr. Thomas Kühlein Prof. Dr. med. Anne Barzel Dr. med. Dorit Abiry Dr. med. Dagmar Lühmann Dr. Cathleen Muche-Borowski, MPH	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
Für die Einbringung der Klimaaspekte seit 2022 Dr. Benedikt Lenzer Dr. Sebastian Pörnbacher	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
Erich Grohmann (seit 2025) Udo Ehrmann (bis 2024)	Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe, Patientenvertreter im G-BA

PD Dr. Hans-Herman Dubben ist seit 2021, Dr. Hans-Otto Wagner seit 2022 und Udo Ehrmann, beide seit 2024 nicht mehr Teil der LL-Autorengruppe (aufgrund Pensionierung bzw. anderer beruflicher Verpflichtungen)

- **Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligung von Patienten**

Patientenvertreter waren zum einen seit 2019 im Ratingprozess in der Art eingebunden, dass alle Leitliniengruppen-Mitglieder, inkl. Patientenvertretungen soweit vorhanden, der DEGAM-Leitlinien aktiv angeschrieben wurden, um die entsprechend extrahierten Empfehlungen aus der jeweiligen Leitlinie anhand der im Vorfeld festgelegten Priorisierungskriterien zu raten. Zum anderen erfolgte (nach AWMF-Regelwerks 2.0) seit der 3. Aktualisierung eine aktive Einbindung des Patientenvertreters Udo Ehrmann aus Bremen, Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe, Patientenvertreter im G-BA und seit der 6. Aktualisierung Erich Grohmann (BAG-Selbshilfe) im Ratingprozeß der Empfehlungen, bei der Kommentierung der komplett überarbeiteten Leitlinie und bei der Überarbeitung der Patienteninformation. Seine Kommentare wurden in den LL-Text aufgenommen. Für die Patienteninformation wurden die Vorschläge zum Text übernommen und er traf eine Auswahl der priorisierten Empfehlungen aus Patientensicht. Diese Auswahl wurde von Herrn Ehrmann allgemeinverständlich umformuliert, ohne dass der Inhalt geändert wurde.

3. Methodologische Exaktheit

Bewertung der Empfehlungen nach den Bewertungskriterien

Die nachfolgenden aufgeführten **2** Priorisierungskriterien wurden hinsichtlich der Praktikabilität aus 11 Kriterien festgelegt für die Bewertung der extrahierten Leitlinienempfehlungen im Hinblick auf Über- und Unterversorgung. Einzelne Kriterien sind inhaltlich an das Qualitätsmodell nach Arah et al. sowie die Auswahlkriterien, die das AQUA-Institut für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren empfiehlt, angelehnt. Andere gehen auf Vorschläge einer interdisziplinären Expertengruppe, die am Anfang der LL-Erstellung zusammengekommen ist, zurück

1) *Klarheit der Empfehlung*
2) ***Relevanz der Empfehlung für den Abbau von Überversorgung***
3) ***Relevanz der Empfehlung für die Reduktion von Unterversorgung***
4) *Beeinflussbarkeit des Versorgungsproblems*
5) *Umsetzbarkeit der Empfehlung*
6) *Qualität der Evidenzbasis*
7) *Stärke der Empfehlung*

Relevanz für Versorgungsziele:

8) *Klinische Ziele*
9) *Public Health Ziele*

10) *Weitere soziale Ziele*

11) *Relevant im Sinne der Patientensicherheit.*

Evidenzbasierung / Extraktion der Leitlinienempfehlungen

6. Aktualisierung der Living guideline Februar / März 2025

Aufgrund des hausärztlichen Schwerpunktes der Leitlinie wurde in der Leitliniengruppe mit Rückmeldung aus der Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung (SLQ) - festgelegt, dass alle DEGAM S3-Leitlinien und Nationale VersorgungsLeitlinien mit DEGAM-Beteiligung in den Leitlinienpool einbezogen werden.

Für die 6. Aktualisierung erfolgte die Suche im AWMF-Register vom 01.01.2024 – 31.10.2024 nach Leitlinien der DEGAM und Nationale Versorgungsleitlinien. Eingeschlossen wurden DEGAM-Leitlinien, die die Klassifikation S3 hatten sowie nvls mit DEGAM-Beteiligung, nach der letzten Publikation der 5. Aktualisierung der Living guideline publiziert wurden. Ausgeschlossen wurden alle DEGAM-LL der Klassifikation S3, S2, S1 und nvls, die nach der Publikation der 5. Aktualisierung der Living guideline bereits publiziert waren. In Suchzeitraum befanden sich 20 Leitlinien der allgemeinmedizinischen Fachgesellschaft (AWMF-Registernr. 053) und acht Nationale Versorgungsleitlinien im AWMF-Register. Nach Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden vier Nationale VersorgungsLeitlinien und eine DEGAM-Leitlinie für die Extraktion der Empfehlungen identifiziert. Als methodisch ausreichend wurde die Bewertung der Leitlinien durch das AWMF-IMWi nach AGREE II mit Aufnahme in das Leitlinienregister bewertet.

Alle im Originalwortlaut extrahierten Empfehlungen wurden mit Angaben zu LoE und GoR (soweit vorhanden) übertragen, unabhängig von ihrer Empfehlungsstärke (Soll-, Sollte- und Kann-Empfehlungen) und ungeachtet ihrer positiven oder negativen Formulierung. Daher wurden auch konsensbasierte Empfehlungen mit aufgenommen. Das Verhältnis evidenz- zu konsensbasierten Empfehlungen liegt in der Verantwortung der Leitliniengruppen der für diese Leitlinie eingeschlossenen Leitlinien. Für die Transparenz im Ratingprozeß und in der Leitlinie werden alle verfügbaren Angaben zu Evidenz- und Empfehlungsgrad unverändert übernommen. Die priorisierten und gerateten Empfehlungen finden Eingang in das Kapitel 3 „Empfehlungen aus den Leitlinien (priorisiert und kommentiert)“ der Leitlinie. Voran gestellt sind die Leitlinien mit den Empfehlungen, die in der jetzigen Version neu dazugekommen sind. Die Autorengruppe entschied sich in dieser Version der Leitlinie wieder für die Aufnahme der Hintergrundtexte in der Langversion der Leitlinie. Aus den vorhergehenden Aktualisierungen können diese über die Referenzangaben in der entsprechenden Ursprungsleitlinie nachgelesen werden. Zum besseren

Verständnis der Auswahl der Leitlinienempfehlungen verfassten entweder die Koordinatoren der DEGAM-Leitlinien oder die Mandatstragenden bzw. Paten der DEGAM in den Nationalen VersorgungsLeitlinien ergänzende Kommentare, die im Sinne eines Expertenkonsenses aus Sicht der DEGAM zu verstehen sind.

Die Auswertung der Priorisierungen wurde auf der 9stufigen Ratingsskala ein Mittelwert von größer/gleich 7 zu Grunde gelegt. Bei zwei Leitlinien (Chronische KHK und Multimorbidität) blieben in der 1. Auswertung jeweils 25 Empfehlungen. Das Autorenteam sah dies als zu hoch an. Daraufhin wurde die Auswertung dahingehend für diese beiden Leitlinien dahingehend geändert, dass ein Mittelwert von größer / gleich 8 zu Grunde gelegt wurde. Für die Leitlinien Multimorbidität reduzierten sich die Anzahl der Empfehlungen auf zwei, für die nvl Chronische KHK auf zehn Empfehlungen. Die zehn Empfehlungen erschienen immer noch zu viel, so dass folgendes Vorgehen in der Autorengruppe konsentiert wurde:

> *Schritt 1: Prüfung, ob es sich um eine evidenz- oder konsensbasierte Empfehlung handelt (7 evidenzbasierte und 3 konsensbasierte)*
>
> *Schritt 2: von den 7 evidenzbasierten Empfehlungen sind 5 "Soll" Empfehlungen und 2 "Sollte" Empfehlungen.*
>
> *Damit würden wir vorschlagen ((auch in Anlehnung an die Kriterien das Manual für Gemeinsam klug Entscheidung Empfehlungen (GKE-Empfehlungen)), die 5 "Soll" evidenzbasierte Empfehlungen in die nächste Aktualisierung der Living guideline zu nehmen.*

Insgesamt wurden somit 12 Empfehlungen (7 evidenzbasiert und fünf konsensbasiert) aus drei nvls und einer DEGAM Leitlinie priorisiert. (s. Leitliniensynopse Anhang 2)

Über die gesamte Leitlinie hinweg wurden 10 Statements, 30 evidenzbasierte und 30 konsensbasierte Empfehlungen priorisiert.

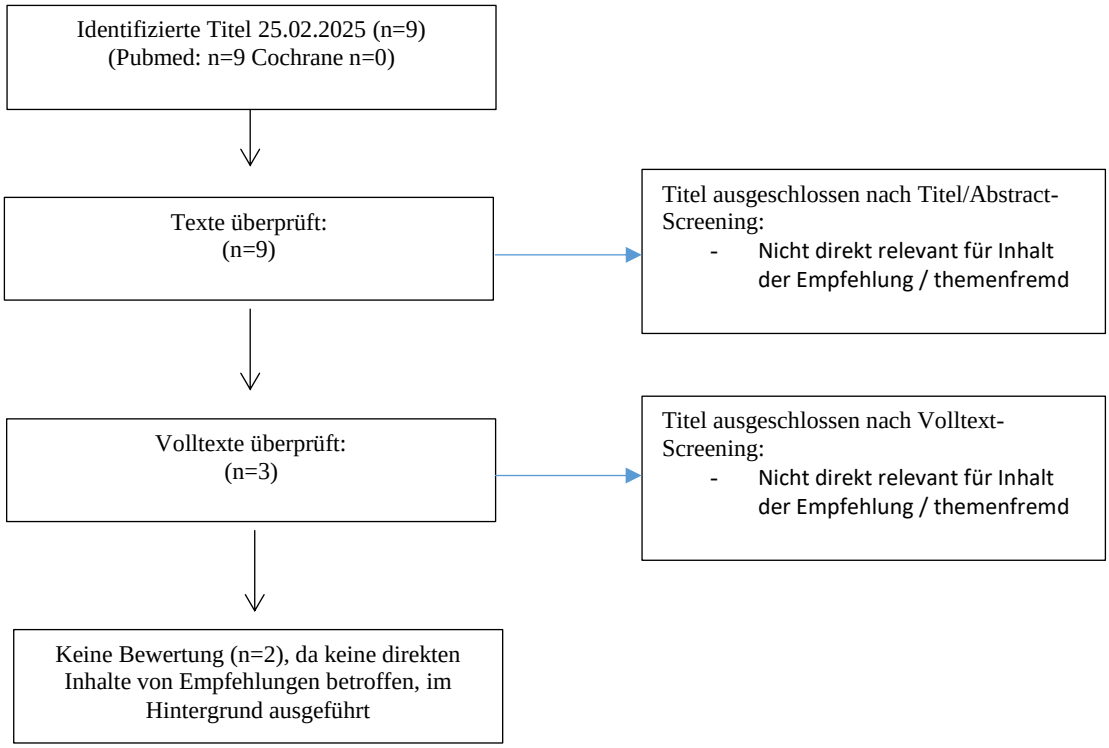
Systematische Aktualisierungsrecherchen wurden für priorisierte evidenzbasierte Empfehlungen vorgenommen, ob aktuelle deutsche Versorgungsforschungsstudien vorliegen.

Bei den zwei priorisierten Empfehlungen aus der nvl Asthma handelt es sich um eine konsensbasierte und eine evidenzbasierte Empfehlung. Bei der evidenzbasierten Empfehlung der nvl Asthma folgten die Autorinnen und Autoren dieser Leitlinie der Aussage des nvl Autorenteams: „Auf eine systematische Recherche wurde verzichtet, da weitere, vergleichende Analysen aus Deutschland nicht erwartet wurden“.

Aus der nvl COPD wurden zwei konsensbasierte Empfehlungen und eine evidenzbasierte Empfehlung priorisiert. Für die evidenzbasierte Empfehlung erfolgte eine Aktualisierungsrecherche in den letzten 5 Jahren am 25.02.2025 in PubMed mit den Suchschritt:

((Smoking cessation[Title/Abstract]) AND (Intervention[Title/Abstract])) AND (COPD[Title/Abstract]) Filters: in the last 5 years, Randomized Controlled Trial. Insgesamt konnten neun Treffer gefunden, bei denen keine Arbeit im Volltext nach inhaltlicher Prüfung die Empfehlungsformulierung in Frage stellt. Die Suche in der Cochrane library am 25.02.2025 (COPD AND Smoking cessation) erbrachte keine aktuellen Arbeiten im Suchzeitraum.

Flowchart der Aktualisierungsrecherche und Auswahl der Evidenz



Zu den fünf Empfehlungen aus der nvl Chronische KHK wurde in PubMed und Cochrane Aktualisierungsrecherche am 26.02.2025 durchgeführt: Suche in der Cochrane library: „Coronary Disease“ (Title Abstract Keyword) bzw. „diagnostic AND coronaric“ (Title Abstract Keyword) im letzten Jahr. Insgesamt fanden sich keine Treffer.

Suche über PubMed: (diagnostic[Title/Abstract] AND coronar*[Title/Abstract]) OR (Coronary Disease[Title/Abstract]) Filters: in the last 1 year, Randomized Controlled Trial, Systematic Review. Es konnten 134 Treffer gefunden werden, von denen keine im deutschen Versorgungskontext untersucht wurde.

Für den Kommentar haben die Leitlinienautoren und -autorinnen unsystematisch aktuelle Literatur referenziert. Zum besseren Verständnis wurden dennoch z.T. zusätzliche

Erläuterungen auch mit Literaturstellen ergänzt.
Die in den erläuternden Kommentaren zitierte (neuere) Literatur wurde von den Autoren und Autorinnen expertenbasiert beigesteuert.

5. Aktualisierung der Living guideline Februar 2024

Aufgrund des hausärztlichen Schwerpunktes der Leitlinie wurde in der Leitliniengruppe mit Rückmeldung aus der ehemaligen Ständigen Leitlinienkommission der DEGAM (SLK) – jetzt Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung (SLQ) - festgelegt, dass alle DEGAM S3-Leitlinien und Nationale VersorgungsLeitlinien mit DEGAM-Beteiligung in den Leitlinienpool einbezogen werden.
Für die 5. Aktualisierung erfolgte die Suche im AWMF-Register vom 01.01.2023 – 31.10.2023 nach Leitlinien der DEGAM und Nationale Versorgungsleitlinien. Eingeschlossen wurden DEGAM-Leitlinien, die die Klassifikation S3 hatten sowie nvls mit DEGAM-Beteiligung, nach der letzten Publikation der 5. Aktualisierung der Living guideline publiziert wurden. Ausgeschlossen wurden alle DEGAM-LL der Klassifikation S3, S2, S1 und nvls, die nach der Publikation der 5. Aktualisierung der Living guideline bereits publiziert waren. In Suchzeitraum befanden sich 23 Leitlinien der allgemeinmedizinischen Fachgesellschaft (AWMF-Registernr. 053) und sieben Nationale Versorgungsleitlinien im AWMF-Register. Nach Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden 2 Nationale VersorgungsLeitlinien für die Extraktion der Empfehlungen identifiziert. Als methodisch ausreichend wurde die Bewertung der Leitlinien durch das AWMF-IMWi nach AGREE II mit Aufnahme in das Leitlinienregister bewertet.
Alle im Originalwortlaut extrahierten Empfehlungen wurden mit Angaben zu LoE und GoR (soweit vorhanden) übertragen, unabhängig von ihrer Empfehlungsstärke (Soll-, Sollte- und Kann-Empfehlungen) und ungeachtet ihrer positiven oder negativen Formulierung. Daher wurden auch konsensbasierte Empfehlungen mit aufgenommen. Das Verhältnis evidenz- zu konsensbasierten Empfehlungen liegt in der Verantwortung der Leitliniengruppen der für diese Leitlinie eingeschlossenen Leitlinien. Für die Transparenz im Ratingprozeß und in der Leitlinie werden alle verfügbaren Angaben zu Evidenz- und Empfehlungsgrad unverändert übernommen. Die priorisierten und gerateten Empfehlungen finden Eingang in das Kapitel 3 „Empfehlungen aus den Leitlinien (priorisiert und kommentiert)“ der Leitlinie. Voran gestellt sind die Leitlinien mit den Empfehlungen, die in der jetzigen Version neu dazugekommen sind. Die Autorengruppe entschied sich in dieser Version der Leitlinie aufgrund der Länge und Anwenderfreundlichkeit gegen die Übernahme der Hintergrundtexte zu jeder Empfehlung. Diese können über die Referenzangaben in der entsprechenden Ursprungsleitlinie nachgelesen werden. Zum besseren Verständnis der Auswahl der Leitlinienempfehlungen verfassten entweder die Koordinatoren

der DEGAM-Leitlinien oder die Mandatstragenden der DEGAM in den Nationalen VersorgungsLeitlinien ergänzende Kommentare, die im Sinne eines Expertenkonsenses aus Sicht der DEGAM zu verstehen sind.

Eine systematische Aktualisierungsrecherche war nach Einschätzung der Autoren und Autorinnen bei gültigen Leitlinienempfehlungen nicht erforderlich.

Für den Kommentar haben die Leitlinienautoren und -autorinnen unsystematisch aktuelle Literatur referenziert. Zum besseren Verständnis wurden dennoch z.T. zusätzliche Erläuterungen auch mit Literaturstellen ergänzt.

Die in den erläuternden Kommentaren zitierte (neuere) Literatur wurde von den Autoren und Autorinnen expertenbasiert beigesteuert.

Für die nächste Aktualisierung soll eine systematische Suche in Medline nach deutschen Versorgungsforschungsstudien zu bestimmten Versorgungsproblemen in Hinblick auf Über- und Unterversorgung durchgeführt werden, um die Empfehlungen bzw. Kommentare, wo möglich, evidenzbasiert zu diskutieren.

4. Aktualisierung der Living guideline März 2023

Aufgrund des hausärztlichen Schwerpunktes der Leitlinie wurde in der Leitliniengruppe mit Rückmeldung aus der ehemaligen Ständigen Leitlinienkommission der DEGAM (SLK) – jetzt Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung (SLQ) - festgelegt, dass alle DEGAM S3-Leitlinien und Nationale VersorgungsLeitlinien mit DEGAM-Beteiligung in den Leitlinienpool einbezogen werden.

Für die 4. Aktualisierung erfolgte die Suche im AWMF-Register vom 01.01.2022 – 31.12.2022 nach Leitlinien der DEGAM und Nationale Versorgungsleitlinien. In diesem Zeitraum befanden sich 26 Leitlinien der allgemeinmedizinischen Fachgesellschaft (AWMF-Registernr. 053) und sieben Nationale Versorgungsleitlinien im AWMF-Register. Nach Prüfung der u.g. Ein- und Ausschlusskriterien wurden 2 DEGAM-Leitlinien und 2 Nationale VersorgungsLeitlinien für die Extraktion der Empfehlungen identifiziert. Als methodisch ausreichend wurde die Bewertung der Leitlinien durch das AWMF-IMWi nach AGREE II mit Aufnahme in das Leitlinienregister bewertet.

Alle im Originalwortlaut extrahierten Empfehlungen wurden mit Angaben zu LoE und GoR (soweit vorhanden) übertragen, unabhängig von ihrer Empfehlungsstärke (Soll-, Sollte- und Kann-Empfehlungen) und ungeachtet ihrer positiven oder negativen Formulierung. Daher wurden auch konsensbasierte Empfehlungen mit aufgenommen. Das Verhältnis evidenz- zu konsensbasierten Empfehlungen liegt in der Verantwortung der Leitliniengruppen der für diese Leitlinie eingeschlossenen Leitlinien. Für die Transparenz im Ratingprozeß und in der Leitlinie

werden alle verfügbaren Angaben zu Evidenz- und Empfehlungsgrad unverändert übernommen. Die priorisierten und gerateten Empfehlungen finden Eingang in das Kapitel 3 „Empfehlungen aus den Leitlinien (priorisiert und kommentiert)“ der Leitlinie. Voran gestellt sind die Leitlinien mit den Empfehlungen, die in der jetzigen Version neu dazugekommen sind. Die Autorengruppe entschied sich in dieser Version der Leitlinie aufgrund der Länge und Anwenderfreundlichkeit gegen die Übernahme der Hintergrundtexte zu jeder Empfehlung. Diese können über die Referenzangaben in der entsprechenden Ursprungsleitlinie nachgelesen werden. Zum besseren Verständnis der Auswahl der Leitlinienempfehlungen verfassten entweder die Koordinatoren der DEGAM-Leitlinien oder die Mandatstragenden der DEGAM in den Nationalen VersorgungsLeitlinien ergänzende Kommentare, die im Sinne eines Expertenkonsenses aus Sicht der DEGAM zu verstehen sind.

Eine systematische Aktualisierungsrecherche war nach Einschätzung der Autoren und Autorinnen bei gültigen Leitlinienempfehlungen nicht erforderlich.

Für den Kommentar haben die Leitlinienautoren und -autorinnen unsystematisch aktuelle Literatur referenziert. Zum besseren Verständnis wurden dennoch z.T. zusätzliche Erläuterungen auch mit Literaturstellen ergänzt.

Die in den erläuternden Kommentaren zitierte (neuere) Literatur wurde von den Autoren und Autorinnen expertenbasiert beigesteuert.

3. Aktualisierung der Living guideline März 2022

Aufgrund des hausärztlichen Schwerpunktes der Leitlinie wurde in der Leitliniengruppe mit Rückmeldung aus der ehemaligen Ständigen Leitlinienkommission der DEGAM (SLK) – jetzt Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung (SLQ) - festgelegt, dass alle DEGAM S3-Leitlinien und Nationale VersorgungsLeitlinien mit DEGAM-Beteiligung in den Leitlinienpool einbezogen werden.

Der Suchzeitraum war von 01.03.2021 – 31.12.2021 im AWMF-Register unter den Registernummer 053- bzw. NVL publiziert wurden. Insgesamt waren 26 gültigen DEGAM-Leitlinien und sieben gültigen NVL im AWMF-Register in diesem Suchzeitraum publiziert.

Eingeschlossen wurden Leitlinien, die die Klassifikation S3 hatten und nach der letzten Publikation dieser Living guideline aktualisiert wurden. Die DEGAM-Sondervoten aus interdisziplinären Leitlinien mit DEGAM Beteiligung sowie die Leitlinien aus der 1., 2. und 3. Aktualisierung wurden hinsichtlich ihrer Aktualität geprüft.

Von 26 gültigen DEGAM-Leitlinien und sieben gültigen NVL wurden drei S3 DEGAM-Leitlinien und fünf Nationale VersorgungsLeitlinien identifiziert und für diese Aktualisierung eingeschlossen. Aus diesen 8 Leitlinien wurden alle Empfehlungen im Originalwortlauf auf eine

elektronische Plattform (Limesurvey) extrahiert und zum Raten vorbereitet.
Als methodisch ausreichend wurde die Bewertung der Leitlinien durch das AWMF-IMWi nach AGREE II mit Aufnahme in das Leitlinienregister bewertet.
Alle im Originalwortlaut extrahierten Empfehlungen wurden mit Angaben zu LoE und GoR (soweit vorhanden) übertragen, unabhängig von ihrer Empfehlungsstärke (Soll-, Sollte- und Kann-Empfehlungen) und ungeachtet ihrer positiven oder negativen Formulierung. Daher wurden auch konsensbasierte Empfehlungen mit aufgenommen. Das Verhältnis evidenz- zu konsensbasierten Empfehlungen liegt in der Verantwortung der Leitliniengruppen der für diese Leitlinie eingeschlossenen Leitlinien. Für die Transparenz im Ratingprozeß und in der Leitlinie werden alle verfügbaren Angaben zu Evidenz- und Empfehlungsgrad bzw. zitierte Literatur unverändert übernommen.
Die priorisierten und gerateten Empfehlungen finden Eingang in das Kapitel 3 „Empfehlungen aus den Leitlinien (priorisiert und kommentiert)“ der Leitlinie. Voran gestellt sind die Leitlinien mit den Empfehlungen, die in der jetzigen Version neu dazugekommen sind. Für jede Empfehlung wurde der Hintergrundtext aus der entsprechenden Ursprungsleitlinie im Originalwortlaut übernommen. Für den Kommentar haben die Leitlinienautoren unsystematisch aktuelle Literatur referenziert. Zum besseren Verständnis der Auswahl der Leitlinienempfehlungen verfasste entweder die Koordinatoren der DEGAM-Leitlinien oder die Mandatsträger der Nationale VersorgungsLeitlinien ergänzende Kommentare, die im Sinne eines Expertenkonsenses aus Sicht der DEGAM zu verstehen sind.
Eine systematische Aktualisierungsrecherche war nach Einschätzung der Autor*innen bei gültigen Leitlinienempfehlungen nicht erforderlich.
Zum besseren Verständnis wurden dennoch z.T. zusätzliche Erläuterungen auch mit Literaturstellen ergänzt.
Die in den erläuternden Kommentaren zitierte (neuere) Literatur wurde von den Autoren expertenbasiert beigesteuert.

Die Leitlinie wurde komplett aktualisiert und z.T. neu strukturiert und auch das Thema Klimawandel als eigene Kapitel aber auch bei einzelnen Empfehlungen im Kapitel 3 mit eingebracht.

1. Aktualisierung der Living guideline Oktober 2020

Nach der Veröffentlichung der ersten Version der Leitlinie im Juni 2019 wurden 3 weitere DEGAM S3-Leitlinien für die Extraktion aller Empfehlungen ausgewählt, die zum Zeitpunkt der Ersterstellung der Leitlinie noch nicht aktuell publiziert waren. Dies waren die DEGAM-Leitlinien „Multimorbidität“, „Akuter Schwindel in der

Hausarztpraxis“ und „Hausärztliche Beratung zur kardiovaskulären Prävention“, gesucht auf der DEGAM-Homepage und im AWMF-Register am 31. August 2019. Aus Ressourcengründen wurden diese erst in der zweiten Jahreshälfte 2019 bearbeitet, d.h. alle Empfehlungen extrahiert und für das Online-Rating vorbereitet. Aktualisierungsrecherchen der aufgenommenen Empfehlungen wurden nicht vorgenommen, da die Leitlinien entsprechend aktuell sind. Eine methodische Bewertung der Quellleitlinien fand nicht statt, da die LL der Klassifikation S3 im AWMF-Register vor Publikationen nach den Kriterien von DELBI begutachtet werden. ES handelt sich ausschließlich um Leitlinienadaptationen. Die Prozesse für das Rating und die Priorisierung gestaltet sich aus Kapazitätsgründen leicht modifiziert. Die Gruppen bzw. Panels bleiben wie im Vorfeld beschrieben, nur werden nicht mehr alle Kriterien geratet, sondern die zwei Kriterien „Relevant gegenüber Überversorgung“ und „Relevant gegenüber Unterversorgung“.

2. Aktualisierung der Living guideline März 2021

Nach der Veröffentlichung der ersten Aktualisierung der Leitlinie im Oktober 2020 wurden 3 weitere DEGAM S3-Leitlinien für die Extraktion aller Empfehlungen ausgewählt, die zum Zeitpunkt der Ersterstellung der Leitlinie noch nicht aktuell publiziert waren. Dies waren die DEGAM-Leitlinien „Schlaganfall“, „Pflegende Angehörige von Erwachsenen“ und „Versorgung von Patienten mit chronischer nicht-dialysepflichtiger Nierenerkrankung in der Hausarztpraxis“, gesucht auf der DEGAM-Homepage und im AWMF-Register am 31. Mai 2020. Eingeschlossen wurden alle Leitlinien der Entwicklungsstufe S3, die bis zu diesem Suchdatum publiziert waren. Insgesamt wurden 3 DEGAM-LL gefunden und eingeschlossen, zu den Nationale VersorgungsLeitlinien wurde keine aktualisierte LL gefunden. Aus den 3 DEGAM-Leitlinien wurden alle Empfehlungen extrahiert und für das Online-Rating vorbereitet. Aktualisierungsrecherchen der aufgenommenen Empfehlungen wurden nicht vorgenommen. Eine methodische Bewertung der Quellleitlinien fand nicht statt, da die LL der Klassifikation S3 im AWMF-Register vor Publikationen nach den Kriterien des AGREE II Instrumentes, insbesondere Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck, Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen, Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinienentwicklung und Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit, begutachtet werden. Alle Empfehlungen werden im Originalwortlaut übernommen. Somit findet eine Leitlinienadaptation statt. Die Leitliniengruppen bzw. das Naive Panel bleiben wie beschrieben. Nach den Kriterien „Relevant gegenüber Überversorgung“ und „Relevant gegenüber

Unterversorgung“ werden die Empfehlungen geratet.
Das methodische Konzept der vorliegenden Leitlinie folgt einer „Living Guideline“. Die Hintergrundtexte zur Rationale bzw. Evidenzbasis und darin zitierte Literatur zu den entsprechenden Empfehlungen werden lediglich für die neu gerateten Empfehlungen aus den Quellleitlinien im Originalwortlaut übernommen.
Eigene systematische Recherchen wurden nicht durchgeführt, sondern von den eingeschlossenen Ursprungsleitlinien anhand der Aktualisierungsrecherchen übernommen.

Rekrutierung zweier Befragungsgruppen

Es wurden Teilnehmer für zwei unterschiedliche Befragungsgruppen rekrutiert:

1) Beteiligte der in die Befragung eingeschlossenen Leitlinien, darunter Autoren, Experten und Patientenvertreter (Leitliniengruppe),
2) Hausärztlich tätige Allgemeinmediziner und Internisten mit universitärer Anbindung, die nicht in die Entwicklung der fraglichen Leitlinien involviert waren („Naives Panel“).

Rating durch Leitliniengruppen und „Naives Panel“

Leitliniengruppen und „Naives Panel“ durchliefen prinzipiell denselben Ratingprozess: Die extrahierten Leitlinienempfehlungen wurden anhand der Priorisierungskriterien (relevant gegenüber Überversorgung und relevant gegenüber Unterversorgung) auf einer Skala von 1-9 („sehr niedrig“ bis „sehr hoch“) digital bewertet. Die Evidenzbasis der Leitlinienempfehlungen spielt bei der Priorisierung keine Rolle.
Die Leitliniengruppen bearbeiteten die DEGAM-LL. Das „Naive Panel“ bearbeitete DEGAM-LL und Nationale VersorgungsLeitlinien.

Auswertung der Daten aus den Befragungen anhand eines an die Unterschiede der beiden Befragungsgruppen angepassten Priorisierungsalgorithmus

In Anlehnung an die methodischen Vorgaben des AQUA-Instituts für die Entwicklung und Bewertung von Qualitätsindikatoren wurde ein mehrstufiger Priorisierungsalgorithmus zur Aggregation der Teilnehmerantworten entwickelt. Um den Unterschieden der Gruppen hinsichtlich Größe und Zusammensetzung Rechnung zu tragen, unterscheiden sich die Auswertungen teilweise: Für beide Gruppen wurde die deskriptive Statistik angewendet und für das „Naive Panel“ zusätzlich die induktive Statistik.

In beiden Gruppen wurde eine Vorauswahl jener Empfehlungen vorgenommen, die ≥ 75% Zustimmung (7-9 Punkte auf der Bewertungsskala) in den beiden Kriterien *Relevanz für Überversorgung* bzw. *Relevanz für Unterversorgung* erhielten. Aus den Mittelwerten aller Priorisierungskriterien wurde ein Score errechnet und die Empfehlungen nach absteigendem Score sortiert. Die Rangfolge des „Naiven Panels“ wurde einem sequenziellen t-Test zur Ermittlung des signifikant höchsten Scores (Signifikanzniveau von 1%) unterzogen.

Bewertung der priorisierten Empfehlungen durch die klinisch tätigen Autoren der LL „Schutz vor Über- und Unterversorgung“

Die von den Leitliniengruppen und dem „Naiven Panel“ priorisierten Leitlinienempfehlungen wurden durch die vier klinisch tätigen Allgemeinmediziner Autoren der LL „Schutz vor Über- und Unterversorgung“ evaluiert. Für diesen Bewertungsschritt wurden aus den Priorisierungskriterien Kernkriterien (*Relevanz für Überversorgung* bzw. *Relevanz für Unterversorgung*) ausgewählt. Ein Mittelwert von ≥ 7 in einem dieser Kernkriterien entspricht der Annahme bzw. Ablehnung der Empfehlung durch die klinisch tätigen Autoren. Ausnahme stellte die hohe Anzahl von Empfehlungen (25) aus den LL nvl Chronische KHK und Multimorbidität, die vorher beschrieben wurde.

4. Externe Begutachtung und Verabschiedung

Eine Pilottestung bzw. eine externe Begutachtung fand nicht statt.

- **Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden Fachgesellschaften/Organisationen**

Das Präsidium der DEGAM stimmte der 6. Aktualisierung der Leitlinie im März 2025 zu.

Die Mitglieder der Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung stimmten den LL-Dokumenten im März 2025 einstimmig zu (19 x ja, 0 x nein, 1 x Enthaltungen)

Die Kommentare der Sektionsmitglieder sind in nachfolgender Tabelle zusammengestellt, zusammen mit den Rückmeldungen der Autorengruppe.

Kommentare	Antwort der Autorengruppe:
Kommentar von Ilia Karl | 11.03.2025 Gelungen.	Vielen Dank
Kommentar von Erika Baum | 11.03.2025	Vielen Dank

Die Auswahl finde ich gelungen. Als Patin habe ich wenige Ergänzungsvorschläge zu den Kommentaren direkt an die Leitliniengruppe versendet	
Kommentar von Thomas Maibaum | 11.03.2025 Bitte einheitlich gendern. Entweder mit Stern oder entweder maskulin vor feminin oder umgekehrt, aber nicht durcheinander. Empfehlung 3-1 (COPD): es fehlt das Wort Rauchen, sonst muss man erahnen wovon Abstinenz erreicht werden soll. Empfehlung 5.3 (Seite 3) würde ich in der Klammer mit einem z.b. beginnen. Es gibt ja durchaus chronische Erkrankungen wo ich auch andere Versorger mit einbeziehen will/mir vorstellen kann. Z.b. Psychologen, Apotheker, Sanitätshäuser....	Vielen Dank. Schaue ich gerne nach, bzw. nehme ich die Änderung / Ergänzung vor Empfehlungen sind im Wortlaut aus anderen LL übernommen

Der Vorstand der DEGAM stimmte der 5. Aktualisierung der Leitlinie im März 2024 zu.

Der Vorstand der DEGAM stimmte der 4. Aktualisierung der Leitlinie im März 2023 zu.

Der Vorstand der DEGAM stimmte der 3. Aktualisierung der Leitlinie im März 2022 zu.

Die Empfehlungen aus der 1. Fassung der Living guideline (Stand 6/2019) wurden geprüft und für die jetzige Fassung entsprechend gekennzeichnet.

Die priorisierten Leitlinienempfehlungen im Rahmen der 1. Aktualisierung wurden am 15.07.2020 vom DEGAM Präsidium verabschiedet und für die jetzige Fassung geprüft und entsprechend gekennzeichnet.

Das Präsidium der DEGAM stimmte der im Rahmen der 2. Aktualisierung (Stand 3/2021) priorisierten Leitlinienempfehlungen und der gesamten Leitlinie am 23.02.2021 zu. Die Empfehlungen aus der 2. Aktualisierung (Stand 10/2020) wurden geprüft und für die jetzige Fassung entsprechend gekennzeichnet.

5. Redaktionelle Unabhängigkeit

- **Finanzierung der Leitlinie**

Alle Arbeiten bzw. Abstimmungsprozesse erfolgten ehrenamtlich.

- **Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten**

Die Erklärungen zu den Interessen wurden von den Autor:innen und Pat:innen der Leitlinie über das online-Portal AWMF-Online eingeholt. Die Interessenerklärungen von allen Autor:innen und Pat:innen für diese Fassung der Leitlinie (2024) aktualisiert. Die Bewertung der Angaben aller Teilnehmer nahmen Dr. Cathleen Muche-Borowski, Leitlinienentwicklungsstelle und Prof. Dr. med. Martin Scherer, Leitlinienkoordinator vor. Diese bewerteten ihre Angaben gegenseitig. Die zusammenfassende Darstellung findet sich im Anhang 1.

Als geringer Interessenkonflikt wurden von der Industrie bezahlte Vorträge (>10) zur Thematik der priorisierten Empfehlungen gewertet.

Als moderater Interessenkonflikt wurde die Mitarbeit in Advisory Boards oder bezahlte Publikationen mit Themenbezug zu den priorisierten Empfehlungen gewertet.

Als hoher Interessenkonflikt wurden Tätigkeiten, die vorrangig für die Industrie gemacht werden oder Eigentümerinteressen mit Themenbezug zu den priorisierten Empfehlungen gewertet.

Aufgrund der übergreifenden Thematik Über- und Unterversorgung in der hausärztlichen Praxis wurde keine Konsequenzen aufgrund der Bewertung der Interessen gesehen. Das Interesse Überversorgung zu vermeiden bzw. Unterversorgung entgegenzuwirken wurde in diesem Fall nicht als geringer oder moderater Konflikt gesehen, mit der Konsequenz des Ausschlusses bei der Abstimmung. Nach Bewertung aller Angaben kam man zu dem Schluss, dass kein Mitglied der LL-Gruppe solche Befangenheiten aufweist, das er / sie von der Bearbeitung und Abstimmung ausgeschlossen werden sollte.

6. Verbreitung und Implementierung

Zu der Langfassung der Leitlinie wurden eine Kurzfassung in deutsch und englisch sowie eine Patienteninformation erstellt. Weiterhin gibt es eine Liste der priorisierten Empfehlungen erstellt. Die methodischen Vorgehensweisen sind dem Leitlinienreport inkl. Leitliniensynopse zu entnehmen und der Publikation im BMC Health Services Research 2017. (s. Muche-Borowski & Abiry 2017)

7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

- **Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status**

Die Leitlinie wurde im März 2025 inhaltlich finalisiert, eine Überarbeitung findet bis 28.02.2026 statt.

- **Aktualisierungsverfahren**

Die Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden“ soll als „Living Guideline“ geführt werden. Darunter verstehen wir die stetige (jährliche) Aktualisierung der Leitlinie, v.a. der priorisierten Empfehlungen. Wenn eine aktualisierte, neue Version der Ursprungsleitlinien erscheint, aus denen die extrahierten Empfehlungen stammen, wird geprüft, welche Leitlinienempfehlungen gegenüber der alten Version maßgeblich geändert wurden, völlig neu sind oder gestrichen wurden. Die entsprechenden Empfehlungen werden dann einem erneuten Priorisierungsprozess im Hinblick auf ihre Relevanz für die Vermeidung von Über- und Unterversorgung unterzogen. Ansprechpartner für die Aktualisierung ist der Koordinator Prof. Dr. Martin Scherer, m.scherer@uke.de

Anhang 1

Tabelle zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Im Folgenden sind die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung dargestellt sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung und Maßnahmen, die nach Diskussion der Sachverhalte von der der LL-Gruppe beschlossen und im Rahmen der Konsensuskonferenz umgesetzt wurden.

Leitlinienkoordination: Muche-Borowski, Cathleen
Leitlinie: S2e-Leitlinie: Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden
Registernummer: 053-045

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr. med. Abiry, Dorit	Nein	Nein	Tag der Weiterbildung – Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin am UKE	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DEGAM MEZIS	Keine Keine keine
Prof. Dr. med. Barzel, Anne	n.z.	Fortbildungskommission HÄV-BW	Nein	keine	Post-COVID-Studie (7PCS) Assoz. FoPraNet BW Evaluation Gesundheitsnetzwerk Schwäbischer Wald Clearingstelle Soziale Gesundheit Ulm; Projekt INCAP ab 01.01.2025	keine	Mitglied: Mitgliedschaft: DEGAM, DNVF,DGNR EbM-Netzwerk, Wissenschaftliche Tätigkeit: Primäversorgung,Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, Regionale Versorgung, Soziale Gesundheit, Klinische Tätigkeit: Interdisziplinäre Fallkonferenzen, Interdisziplinäre Postinfektiöse Fatigue-Ambulanz, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: n.z., Persönliche Beziehung: keine	Keine Keine keine
Prof. Dr. med. Baum, Erika	AOK-Bund, IQWIG-Gutachten zu	Inst.für hausärztl. Fortbildung (IhF), wiss. Leitung	IhF, Kompetenzzentrum	Zeitschriften hess, Ärzteblatt,	nein	nein	Mitglied: DEGAM (Allgemeinmedizin und Familienmedizin): Präsidium und	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen-interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
	ME/CFS	pracitca	Weiterbildung Hessen , Qualitätszirkel , Tag der Allgemeinmedizin uä Fortbildungsveranstaltungen-non profit	der Hausarzt KVH aktuell, Allgemeinarzt			SLQ, Mitglied: Hausärzteverband, GHA, GMA, DDG, Lipidliga, Gastroliga, WONCA, Euract, EGPRN, Sportärzteverband ohne definierte Funktion, Leiterin der Ortsgruppe Gießen im Ärztinnenbund, Wissenschaftliche Tätigkeit: Primärärztliche Versorgung, Aus- und Weiterbildung, Demenz, Leitlinienerstellung Müdigkeit und Osteoporose, kardiovaskuläre Prävention , Klinische Tätigkeit: nicht mehr relevant klinisch tätig, gelegentlich Betreuung Herzsportgruppe , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: jüngerer Sohn ist Mitarbeiter bei Biontec (Qualitätssicherung, Pharmazeut)	Keine keine
Prof. Dr. med. Chenot, Jean-François	AQUA / AOK Bundesverband , Verschiedene Gerichte, Staatsanwaltschaften,MDK Fehlervofwürfe , Institut für medizinische und pharmazeutischen Prüfungsfragen IMPP	ingef, Berlin	IHF	zu viele, kann nicht sinnvoll alles Aufgeführt werden, Editor in Chief Allgemeinmedizin Zeitschrift für Allgemeinmedizin	DFG, BMBF, BMBF, Innofond	keine, Nein	Mitglied: Präsidium DEGAM, Mitglied: Hausärzteverband, Wissenschaftliche Tätigkeit: Rückenschmerzen Pharmakoepidemiologie Leitlinien Klinische Studien, Klinische Tätigkeit: Hausärztliche Versorgung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Mecklenburg Vorpommern, Persönliche Beziehung: Meine Frau arbeitet in der Bundeszahnärztekammer	Keine Keine keine
Dr. med. Egidi, Günther	keine	Wissenschaftlicher Beirat von Deximed	keine	keine	keine	keine	Mitglied: Deutscher Hausärztinnen- und Hausärzteverband, Wissenschaftliche Tätigkeit:	Keine Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen-interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Diabetes, KHK, kardiovaskuläre Prävention, Klinische Tätigkeit: Hausarzt bis 30.6.2024, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Mitglied der DEGAM-Sektion Fortbildung und der Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen, Persönliche Beziehung: keine	keine
Ehrmann, Udo	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Vorstandsmitglied im Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V., Bonn;	Keine Keine keine
Dr. med. Fessler, Joachim	Nein	Nein	Nein	KVH aktuell	Nein	Nein	Nein	Keine Keine keine
Grohmann, Erich	keine	keine	keine	keine	keine	keine	Mitglied: BAG Selbsthilfe, Wissenschaftliche Tätigkeit: keine, Klinische Tätigkeit: keine, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	Keine Keine keine
Prof. Dr. med. Kühlein, Thomas	Gutachtertätigkeit vor Gerichten	Nein, Preventing Overdiagnosis Conference - Scientific Board	Diverse Vorträge im Rahmen Fort- und Weiterbildung oder Bürgervorlesungen	Diverse wissenschaftliche oder Lehrbuchpublikationen	Diverse Forschungsprojekte mit ausschließlich öffentlichen Drittmitteln	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Allgmein- und Familienmedizin (DEGAM), Mitglied: MEZIS (Mein Essen Zahl ich Selbst), Mitglied: Greenpeace, Mitglied: GHA (Gesellschaft der Hochschullehrer in der Allgemeinmedizin), Mitglied: Bayerischer Hausärzteverband, Wissenschaftliche Tätigkeit: Versorgungsforschung, hier	Scientific Board Preventing Overdiagnosis COI: gering: Keine, da keine Formale Abstimmung der Empfehlungen, sondern Priorisierung über verschiedene hausärztlich Tätige

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							insbesondere Uberversorgung und Klinische Qualitätssteuerung sowie Arzt/Patientenkommunikation, Klinische Tätigkeit: Allgemeinmedizin	
Lenzer, Benedikt	Nein	Nein	Uniklinikum München, Uniklinikum München, Uniklinikum München , Uniklinikum München , Sprachenplus Würzburg	Nein	Nein	Nein	Mitglied: GMA, Mitglied: DEGAM, Mitglied: GHA, Mitglied: Hausärzteverband, Wissenschaftliche Tätigkeit: https://orcid.org/0000-0003-2239-797X, Klinische Tätigkeit: Allgemeinmedizin	Keine Keine keine
Dr. med. Lühmann, Dagmar	Nein	Stiftung Gesundheitswissen	DRV Bund, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein	MBO-Verlag, AOK Baden-Württemberg; Gutachterliche Stellungnahme HZV-Vertrag	DFG, BMBF, G-BA (Innovationsfonds) IQWIG, Zi, KVH, KV-SH, KBV, BASFI Hamburg, DEGAM, Unna-Stiftung, GKV Spitzenverband	Nein	Mitglied: Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin Geschäftsführender Vorstand, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) Mitglied, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention Mitglied, Mitglied: Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin Mitglied , Wissenschaftliche Tätigkeit: Health Technology Assessment EbM-Methoden Multimorbidität Erkrankungen im höheren Lebensalter	Keine Keine keine
Dr. Muche-Borowski,	keine	keine	ABS-Kurs Bonn Apotherkamm	keine	DFG, BMBF, G-BA (Innovationsfonds),	keine	Mitglied: DEGAM,Netzwerk EbM,DNGK, Wissenschaftliche	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen-interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Cathleen			er Westfalen-Lippe, Berlin Universität Mainz		IQWiG, Zi, KVH, KV-SH, KBV, BASFI Hamburg, DEGAM, Unna-Stiftung		Tätigkeit: Mitautorin LL Multimorbidität Erstautorin Publikation zur LL Multimorbidität Mitautorin AWMF-Regelwerk Publikationen zur LL Allergieprävention Autorin LL Schutz vor Über- und Unterversorgung Erstautorin Publikation zur LL Schutz vor Über- und Unterversorgung, Klinische Tätigkeit: keine, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Apothekerkammer Westfalen-Lippe, Berlin, IMBEI Uni Mainz, Persönliche Beziehung: keine	Keine keine
Pörnbacher, Sebastian	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin, aktiv im Arbeitskreis Klimawandel, Mitglied: Mezis - Mein Essen zahle ich selbst, passives Mitglied, Mitglied: Klug - Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit, passives Mitglied	Keine Keine keine
Prof. Dr. med. Scherer, Martin	BMBF, IMPP, auf Anfrage Landgerichte, Sozialgerichte Staatsanwaltschaf	SGW	HfH, IhF	Hausärztlich Fortbildung (HFH) Tag der Allgemeinmedizin (TdA) Institut für hausärztliche Fortbildung (IHF)	DEGAM Leitlinien DEGAM-Leitlinienentwicklungstelle Demenz in der hausärztlichen Versorgung Patienten mit Herzinsuffizienz, somatoformen	nein	Mitglied: Präsident DEGAM Sprecher der SLK Koordinator DEGAM-LL Mitautor NVL Herzinsuffizienz Stellv. Sprecher der Sektion Qualitätsförderung im Präsidium der DEGAM Mitglied der Leitlinienkommission der AWMF Gründungsmitglied und Mitglied im Vorstand der European Primary Care Cardiovascular Society Mitglied im Council Cardiovascular	Keine Keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					Störungen, Multimorbidität Regionale Unterschiede in hausärztlicher Versorgung,Patienten in der Notaufnahme,prima?ra?rztlichen Versorgung der Zentralen Erstaufnahmeeinrichtung Effekte von Strategien zur Verbesserung ärztlich?pflegerischer Zusammenarbeit auf Krankenhausaufnahmen von Pflegeheimbewohner*innen (interprofACT) Selbstmanagementförderung durch Pflegende in der ambulanten Versorgung in einer deprivierten großstädtischen Region (SMAV) Home?Based Screening for Early Detection of Atrial Fibrillation in Primary Care		Primary Care, European Society of Cardiology Mitglied in the 5th Joint Task Force ◆CVD Prevention◆, European Society of Cardiology Mitglied im Programmkommittee des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung Vorsitzender im wissenschaftlichen Beirat der Stiftung Gesundheitswissen	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen-interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					Patients Aged 75 Years and Older: the SCREEN?AF Randomized Trial Auswirkungen der H-Überweisungen auf die Versorgung Evaluation der Neuregelungen der Hausarztvermittelten Überweisung MULTImprove – Aktualisierung und Umwandlung in eine „Living Guideline" der Leitlinie Multimorbidität der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) Erarbeitung von Gesundheitsinformationen für die Stiftung Gesundheitswissen Externe Expertise für Projekte des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWIG) Multimorbidität und			

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					Leitlinien S2e-Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“ – gemeinsam entscheiden Gesellschaftliche Beschleunigung und ihre Auswirkungen auf die medizinische Versorgung Triadische Gesprächssituationen mit Menschen mit Demenz und informell Pflegenden in der hausärztlichen Versorgung erfolgreich meistern (TriaTalkSuccess) Chronical illness-related LIMitations in the Ability to cope with rising TEmperatures (CLIMATE) Entwicklung eines Leitfadens für Gespräche zwischen Pflegefachpersonen und Angehörigen von Menschen mit Demenz in Pflegeheimen zum sinnvollen und			

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					zielgerichteten Einbezug dieser in die Versorgung (EMPOR) Soziale Probleme in der Hausarztpraxis (SoPrHa) Versorgungs-, Nachsorge- und Rehabilitationsbedarfe von Long-Covid-Betroffenen in der hausärztlichen Versorgung (LoCovGP) Hausärztlicher Praxisklimaindex COVID-19 Pandemie: Bewältigungsstrategien in der Hausarztpraxis Gedächtnis im Alter: Früherkennung, natürlicher Verlauf und Versorgungsaufwand von Demenz in der hausärztlichen Versorgung (AgeCoDe) Komorbiditäten bei Patienten mit Herzinsuffizienz (RECODE-HF)			

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					Ungleichheiten in der Diagnose von Versorgung von Frauen und Männern mit Herzinsuffizienz (DISPAR-HF) MultiCare Cohort Study: Multimorbiditätsmuster in der hausärztlichen Versorgung Medizinische Versorgung von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen und Wohngemeinschaften während der COVID-19 – Pandemie (PanDemCare) Auswirkungen der H-Überweisungen auf die Versorgung Evaluation der Neuregelungen der Hausarztvermittelten Überweisung STATAMED – Transformation des Patientenpfades durch ein sektorenübergreifendes kurzstationäres			

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					allgemeinmedizinisch-orientiertes Versorgungmodell Entwicklung und Evaluation eines computergestützten Tools, das für das hausärztliche Management von Multimorbidität Informationen, Struktur und Entscheidungshilfen bereitstellt (MultiTool) ESCAPE: EU-gefördertes Projekt für Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz und weiteren chronischen Erkrankungen Erweiterte pflegerische Kompetenzen zur Verbesserung personenzentrierter Pflege von Bewohnerinnen und Bewohnern in Langzeitpflegeeinrichtungen: explorative, cluster-randomisierte Studie			

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen-interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					(Expand-Care) Depressionsscreening in der Hausarztpraxis: Steigerung der klinischen Effektivität und ökonomischen Effizienz durch patienten-orientiertes Feedback (GET.FEEDBACK.GP) Entwicklung und Evaluation eines Konzeptes zur berufsübergreifenden Zusammenarbeit bei Patientinnen und Patienten mit palliativem Versorgungsbedarf (KOPAL) Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung: Implementierung des IMPACT-Programms in Deutschland (GermanIMPACT)			

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					Effekte von Strategien zur Verbesserung ärztlich-pflegerischer Zusammenarbeit auf Krankenhausaufnahmen von Pflegeheimbewohner*innen (interprofACT) Integrierte und gestufte Versorgung psychischer Erkrankungen durch Überwindung sektoraler Behandlungsbarrieren (COMET) Das neue Hamburger Modellprojekt zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (RECOVER) Selbstmanagementförderung in der ambulanten Versorgung (SMAV) durch Pflegende in einem Gesundheitskiosk in			

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					Billstedt-Horn Home-Based Screening for Early Detection of Atrial Fibrillation in Primary Care Patients Aged 75 Years and Older: the SCREEN-AF Randomized Trial Posttraumatische Belastungen nach intensivmedizinischer Behandlung – die PICTURE-Studie Evaluation der Schwerpunktpraxen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Hamburg Förderung des Selbstmanagements zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (DECADE) Internetbasierte Kommunikation mittels Videodolmetscher in			

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen-interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					der Flüchtlingsversorgung (i-Kom) iKom2 - Die Kommunikation in der ambulanten Versorgung Hamburgs durch Video- und Telefondolmetschen verbessern - ein Pilotprojekt Transfermaßnahmen zur gendergerechten Karriereförderung von Frauen in der Medizin (TransferGenderMed) - Folgeprojekt von KarMed Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung (KarMed)			
Dr. med. Uebel, Til	GBA, RKI	keine	Ärztlicher Leiter der Heidelberger Medizinakademie Hausärztliche Fortbildungen,	Nein	nur innerhalb der Universität	keine	Mitglied: Sprecher Diabetes der DEGAM, Wissenschaftliche Tätigkeit: Diabetes, KHK, Schilddrüse, Klinische Tätigkeit: Hausarzt; Diabetologe, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Keine, Persönliche Beziehung:	Keine Keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen-interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			siehe zuvor HDMED, Leitung beendet, jetzt nur noch gelegentliche Vorträge				keine	

Dr. med. Uebel, Til	GBA, RKI	keine	Ärztlicher Leiter der Heidelberger Medizinakademie Hausärztliche Fortbildungen, siehe zuvor HDMED, Leitung beendet, jetzt nur noch gelegentliche Vorträge	Nein	nur innerhalb der Universität	keine	Mitglied: Sprecher Diabetes der DEGAM, Wissenschaftliche Tätigkeit: Diabetes, KHK, Schilddrüse, Klinische Tätigkeit: Hausarzt; Diabetologe, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Keine, Persönliche Beziehung: keine	- Keine Keine keine

Anhang 2

Leitliniensynopse zur S2e-Leitlinie “Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden” (053-045)

Anmerkung: Die Übernahme der Literaturstellen aus den Quellleitlinien wurde in dieser Leitliniensynopse für die 5. und 6. Aktualisierung vorgenommen.

Für die anderen Aktualisierungen sind diese den entsprechenden Quellleitlinien zu entnehmen.

Was ist Neu

6. Aktualisierung: Stand Februar 2025

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK, Langfassung, Version 7.0. 2024 [cited: YYYY-MM-DD]. register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-004. Internet: www.awmf.org.

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
3.4. Anamnese und körperliche Untersuchung	3.4.4 Nicht-invasive Verfahren zum Nachweis einer stenosierenden koronaren Herzkrankheit/einer myokardialen Ischämie	Ist bei einer Vortestwahrscheinlichkeit bis 50% eine bildgebende Untersuchung indiziert, soll bevorzugt die Koronar-CT angeboten werden.	↑↑	Evidenzbasiert (Literatur: 49-52 s. Langfassung oder nvl)
	3.4.5 Invasive Koronarangiographie	Eine invasive Koronarangiographie soll nicht durchgeführt werden - bei niedriger Wahrscheinlichkeit für eine stenosierende KHK; - bei mittlerer Wahrscheinlichkeit (15–85%) 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	↓↓	Evidenzbasiert (Literatur: 28, 50, 71-79.s. Langfassung oder nvl)

		Sicherung der Diagnose und hieraus resultierender therapeutischer Maßnahmen; - bei Patient*innen ohne symptomatische Indikation, die nach der Beratung mit dem Patientenblatt „Entscheidungshilfe: Verdacht auf koronare Herzkrankheit – Brauche ich eine Herzkatheter-Untersuchung?“ zu einer Bypass-OP aus prognostischer Indikation nicht bereit sind (vgl. Kapitel 8 Invasive Therapie (PCI bzw. CABG)); - 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.		
8.3. Allgemeine Empfehlungen: Entscheidung über die invasive Therapie	8.3.1 Therapieziel Verbesserung der Prognose	Patient*innen mit hochgradigem Verdacht auf eine stenosierende KHK nach nicht-invasiver Diagnostik (siehe Kapitel 3 Diagnostik bei (Verdacht auf) KHK) **sollen** vor weiteren Untersuchungen mit der "Entscheidungshilfe: Verdacht auf koronare Herzkrankheit – Brauche ich eine Herzkatheter-Untersuchung?" beraten werden (siehe Abbildung 8). Diese Beratung soll dokumentiert werden.	↑↑	Evidenzbasiert (Literatur: 318.s. Langfassung oder nvl)
	8.3.1 Therapieziel Verbesserung der Prognose	Patient*innen, die zu einer Bypass-OP mit dem Ziel der Lebensverlängerung nicht bereit sind oder bei denen eine Kontraindikation dafür besteht, **sollen** keine invasive Diagnostik zur Abklärung der koronaren Morphologie erhalten.	↓↓	Evidenzbasiert (Literatur: 321-326.s. Langfassung oder nvl)
	8.3.1 Therapieziel Verbesserung der Prognose	Patient*innen **sollen** darüber aufgeklärt werden, dass für einen möglichen Überlebensvorteil der PCI keine Evidenz aus randomisierten Studien vorliegt (siehe "Entscheidungshilfe: Verdacht auf koronare Herzkrankheit – Brauche ich eine Herzkatheter- Untersuchung?").	↑↑	Evidenzbasiert (Literatur: 321-326.s. Langfassung oder nvl)

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
13 Versorgungs-koordination	13.1 Ambulante Versorgungskoordination	Die Langzeitbetreuung der Patient*innen und deren Dokumentation im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms sollten durch den Hausarzt bzw. die Hausärztin oder den Kinder- und Jugendarzt bzw. die Kinder- und Jugendärztin erfolgen.	↑	Evidenzbasiert (Literatur: 200,323-326 s. Langfassung oder nvl)
	13.1 Ambulante Versorgungskoordination	Befinden sich Betroffene in kontinuierlicher spezialfachärztlicher Betreuung (Pneumologie bzw. pädiatrische Pneumologie), sollte bei einer Stabilisierung des Zustandes geprüft werden, ob eine Weiterbehandlung durch Hausärzt*innen oder Kinder- und Jugendärzt*innen möglich ist.	↑	EK

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie COPD – Teilpublikation der Langfassung, 2. Auflage. Version 1. 2021 [cited: 2025-01-25]. DOI: 10.6101/AZQ/000477. www.leitlinien.de/copd. Internet: www.awmf.org.

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
2. Diagnostik und Monitoring 2.4 Apparative Untersuchungen	2.4.5 Computertomographie	Nur bei diagnostischen Diskrepanzen1, Diskrepanzen zwischen Lungenfunktion und Beschwerden oder nach klinischem Eindruck inadäquatem Therapieansprechen1 soll eine Computertomographie durchgeführt werden (siehe Tabelle 7).	↑↑	Evidenzbasiert (Literatur: 11 s. Langfassung oder nvl)
3. Tabakentwöhnung	3.1 Therapieziel	Eine relevante Verbesserung der COPD kann nur mit totaler Abstinenz erreicht werden. Deshalb soll rauchenden Patient*innen mit COPD dringend die vollständige und dauerhafte Abstinenz empfohlen werden.	↑	EK
	3.2 Algorithmus zur Tabakentwöhnung	Bei allen rauchenden Patient*innen mit COPD soll gemäß dem Algorithmus in Abbildung 3 vorgegangen werden.	↑↑	EK

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Multimorbidität- - Living guideline. Version 3. 2024 [cited: 2025-01-25] Internet: https://www.degam.de/leitlinie-s3-053-047, www.awmf.org

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
5.1 Patientenzentrierte Kommunikation	5.1.1 Rahmenbedingungen	Die patientenzentrierte Versorgung von Patientinnen u. Patienten mit Multimorbidität beinhaltet eine intensive Patient-Arzt-Kommunikation und eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit gemeinsamer Definition von Zielen. Daher soll für die Versorgung ausreichend Zeit eingeplant werden.		EK
5.3 Versorgungskoordination	Hausärztliche Versorgung und Kooperation mit Spezialisten	Wenn mehrere Gesundheitsprofessionen an der Behandlung von Patienten mit Multimorbidität beteiligt sind, sollten sich die Beteiligten (Patient/Patientin, Spezialist/Spezialistin,		EK

		Hausarzt/Hausärztin, Angehörige, Pflegepersonal) hinsichtlich Diagnostik und Therapie abstimmen.		

5. Aktualisierung: Stand Februar 2024

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes – Langfassung. Version 3.0. 2023e. DOI: 10.6101/AZQ/000503. www.leitlinien.de/diabetes. Internet: www.leitlinien.de, www.awmf.org.

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
2 Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) und Teilhabe in allen relevanten Lebensbereichen	2.2 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. Empfehlung (bestätigt 2023)	↑↑	EK
		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. Empfehlung (bestätigt 2023)	↑↑	EK
4 Diagnostik	4.4 Screening auf Folge- und Begleiterkrankungen	Menschen mit Typ-2-Diabetes sollen bei der Erstdiagnose und dann in regelmäßigen zeitlichen Abständen strukturierte und wenn zutreffend seitenvergleichende Untersuchungen auf Folge- und Begleiterkrankungen erhalten. (Details siehe Tabelle 17 (NVL Typ-2-Diabetes Langfassung (2023), S. 63) und Tabelle 21 (S. 69)). Empfehlung (modifiziert 2023)	↑↑	Evidenzbasiert (Literatur: 1,3-7 s. Langfassung oder nvl)
5 Medikamentöse Therapie des Glukosestoffwechsels	5.2 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 (siehe Kapitel 2.6 Therapieadhärenz). Empfehlung (bestätigt 2023)	↑↑	EK
		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;	↑↑	EK

		- wenn das individuelle Therapieziel unterschritten wird; - bei Multimorbidität und Polymedikation; - bei Auftreten von akuten Erkrankungen. Empfehlung (bestätigt 2023)		
	5.5.7.1 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). Empfehlung (bestätigt 2023)	↑↑	EK
	5.9 HbA1c-Zielkorridor	Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes sollen individualisierte Therapieziele für HbA1c vereinbart werden. Dabei sollen die Aspekte gemäß Abbildung 9 (NVL Typ-2-Diabetes Langfassung (2023), S. 112) berücksichtigt werden. Empfehlung (bestätigt 2023)	↑↑	Evidenzbasiert (Literatur: 2,218,225 s. Langfassung oder nvl)

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Hypertonie – Langfassung, Version 1.0. 2023. DOI: 10.6101/AZQ/000502. www.leitlinien.de/hypertonie. Internet: www.leitlinien.de, www.awmf.org.

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
5 Partizipative Entscheidungsfindung und Therapieplanung	5.1 Vereinbarung und Überprüfung individueller Therapieziele	Patient*innen und Ärzt*innen sollen gemeinsam initial und wiederholt im Erkrankungsverlauf individuelle Therapieziele vereinbaren. Empfehlung (neu 2023)	↑↑	EK

7 Medikamentöse Therapie	7.2 Algorithmus medikamentöse Therapie der Hypertonie	Ist bei Menschen mit Hypertonie unter Berücksichtigung der individuellen Therapieziele und der nichtmedikamentösen Therapie eine medikamentöse Therapie indiziert, soll der Therapie-Algorithmus (siehe Abbildung 5, NVL Hypertonie Langfassung (2023), S.56 sowie Tabelle 13, S. 57) angewendet werden. Empfehlung (neu 2023)	↑↑	Evidenzbasiert (Literatur: 88-94,96-104, 106,108-118, 122-135,136-153 s. Langfassung oder nvl)
	7.5 Hypertensive Entgleisung/hypertensiver Notfall	Bei einer „hypertensiven Entgleisung“, d. h. RR > 180/110 mmHg ohne akute Begleitsymptome sollte eine Kontrollmessung nach etwa 30 min Abwarten in einer Ruhesituation erfolgen. Empfehlung (neu 2023)	↑	EK
9 Versorgungskoor-dination	9.1 Primärärztliche und fachspezifische Versorgung	Die Langzeitbetreuung der Patient*innen und deren Dokumentation sollte in der Regel durch den Hausarzt oder die Hausärztin erfolgen. Empfehlung (neu 2023)	↑	EK
	9.2 Pflegekräfte und medizinische Fachangestellte	Pflegekräfte und medizinische Fachangestellte, die an der Betreuung von Patient*innen mit arterieller Hypertonie beteiligt sind, sollten aktiv auch in die Versorgungsplanung eingebunden werden. Empfehlung (neu 2023)	↑	Evienzbasiert (Literatur: 193-195 s. Langfassung oder nvl)

4. Aktualisierung: Stand Februar 2023

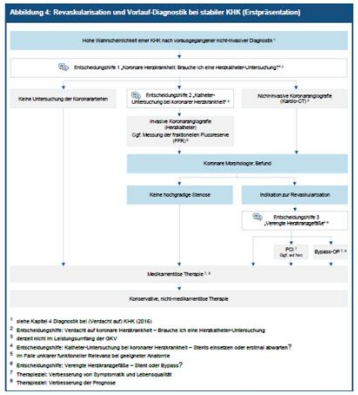
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Müdigkeit. AWMF-Registernr. 053-002. Stand 11/2022. Verfügbar unter http://www.degam.de/leitlinien-51.html; https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-002.html

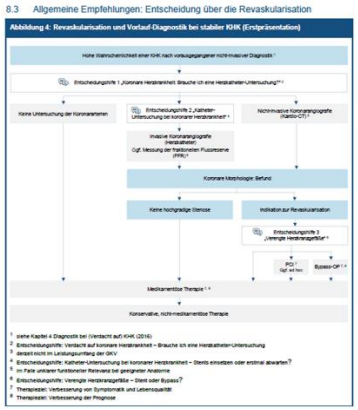
Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
5 Diagnostisches Vorgehen	5.1 Anamnese	Bei primär ungeklärter Müdigkeit sollen anhand von Screeningfragen eine Depression oder Angststörung eruiert werden. (modifiziert 2022)	A	Ia
	5.3 Zusätzliche disgnostische Massnahmen	Weitergehende Labor- oder apparative Untersuchungen sollten nur bei auffälligen Vorbefunden/ spezifischen Hinweisen in der empfohlenen Basisdiagnostik erfolgen. (modifiziert 2022)	GCP	

NVL-Programm von BÄK, KBV, AWMF. nvl Unipolare Depression. AWMF-Registernr. Nvl-005. Stand 09/2022. Verfügbar unter https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
Behandlung bei leichten depressiven Episoden	Psychotherapie und medikamentöse Therapie	Patient*innen mit einer leichten depressiven Symptomatik soll eine Psychotherapie angeboten werden, - wenn die Symptomatik trotz Nutzung von Interventionen mit geringer Intensität fortbesteht und/oder - wenn sie in der Vergangenheit gut auf eine Psychotherapie angesprochen haben und/oder - wenn bei ihnen das Risiko für Chronifizierung oder die Entwicklung einer mittel-gradigen oder schweren Depression besteht (z. B. frühere depressive Episoden, psychosoziale Risikofaktoren) und/oder - wenn sie niedrigschwellige Verfahren ablehnen oder in der Vergangenheit nicht gut auf sie angesprochen haben.	↑↑	
Behandlung bei mittelgradigen depressiven Episoden	Internet- und mobilbasierte Interventionen	Internet- und mobilbasierte Interventionen können Patient*innen mit mittelgradigen depressiven Episoden zusätzlich zu einer Behandlung mit Antidepressiva bzw. Psychotherapie angeboten werden.	↔	

NVL-Programm von BÄK, KBV, AWMF. nvl Chronische KHK, Kapitel Revaskularisation. AWMF-Registernr. Nvl-004. Stand 09/2022. Verfügbar unter https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-004

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
Allgemeine Empfehlungen: Entscheidung über die Revaskularisation	Therapieziel Verbesserung der Prognose	Patient*innen mit hochgradigem Verdacht auf eine stenosierende KHK nach nicht-invasiver Diagnostik (siehe Kapitel 4 Diagnostik bei (Verdacht auf) KHK (2016)) sollen vor weiteren Untersuchungen mit der "Entscheidungshilfe: Verdacht auf koronare Herzkrankheit – Brauche ich eine Herzkatheter-Untersuchung?" beraten werden (siehe Abbildung 4). Diese Beratung soll dokumentiert werden. 8.3 Allgemeine Empfehlungen: Entscheidung über die Revaskularisation **Abbildung 4: Revaskularisation und Vorlauf-Diagnostik bei stabiler KHK (Erstpräsentation)** 	↑↑	
		a) Patient*innen, die zu einer Bypass-OP mit dem Ziel der Lebensverlängerung nicht bereit sind oder bei denen eine Kontraindikation dafür besteht, sollen keine invasive Diagnostik zur Abklärung der koronaren Morphologie erhalten.	↓↓	
		d) Patient*innen sollen darüber aufgeklärt werden, dass für einen möglichen Überlebensvorteil der PCI keine Evidenz aus randomisierten Studien vorliegt (siehe "Entscheidungshilfe: Verdacht auf koronare Herzkrankheit – Brauche ich eine Herzkatheter-Untersuchung?").	↑↑	
		Bei einer Mehrgefäßerkrankung oder Hauptstammstenose sollen Patient*innen mit der "Entscheidungshilfe: Verengte Herzkranzgefäße – Stent oder Bypass?" beraten werden (siehe Abbildung 4). Diese Beratung soll dokumentiert werden.	↑↑	

3. Aktualisierung: Stand Februar 2022

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Halsschmerzen. AWMF-Registernr. 053-010. Stand 10/2020. Verfügbar unter http://www.degam.de/leitlinien-51.html; https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-010.html

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
Ätiologie	Infektiologische Ursachen	Die häufigste, infektiologisch bedingte Ursache des Halsschmerzes sind (altersunabhängig) selbst-limitierende virale Infektionen des Pharynx.		K Ia
	Abwendbar gefährliche Verläufe und Red Flags	Gefährliche Komplikationen bei Halsschmerzen sind in Ländern wie Deutschland, dem Vereinigten Königreich und den Niederlanden sehr selten.		K Ia
	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,		GCP

		- Symptome oder Anzeichen, die auf eine ernsthaftere bzw. systemische Erkrankung hinweisen, - vorherige Behandlung mit Antibiotika, die zu Resistenzen führen können		
		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		GCP
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.		GCP
		Die Bestimmung des Antistreptolysin-Titers (ASL-Titers) und anderer Streptokokken- Antikörper-Titer soll bei akuter und rezidivierender Tonsillopharyngitis nicht durchgeführt werden.	A	D Ia
Diagnostisches Vorgehen in der Hausarztpraxis	Streptokokken-Schnelltests und Abstrich-Untersuchungen	Eine sichere Unterscheidung zwischen Infektion und Trägerstatus ist weder durch mikrobiologische Kulturen noch durch Schnelltests möglich.		D II

	Schnelltest auf Gruppe-A-Streptokokken	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.	B	T II
Symptomatische Lokaltherapie		Das Lutschen von medizinischen Lutschtabletten mit Lokalantiseptika und/oder Antibiotika zur lokalen Schmerzlinderung soll nicht empfohlen werden.	A	T IV / GCP
Symptomatische systemische Therapie	Kortikosteroide	Kortikosteroide sollen nicht zur analgetischen Therapie bei Halsschmerzen genutzt werden.	A	T Ia
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.		GCP
Nachsorge	Ärztliche Wiedervorstellung	Eine routinemäßige ärztliche Wiedervorstellung und Kontrolluntersuchungen nach erfolgreicher Behandlung von Halsschmerzen sind nicht notwendig.		GCP

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Akuter und chronischer Husten. AWMF-Registernr. 053-013. Stand 02/2021. Verfügbar unter http://www.degam.de/leitlinien-51.html; https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-013.html

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
Anamnese und körperliche Untersuchung		Bei erwachsenen Patienten mit akutem Husten ohne Red Flags sind eine gründliche Anamnese und eine symptomorientierte klinische Untersuchung zur Diagnosefindung ausreichend.		V
		Die häufigste Ursache für den akuten Husten bei erwachsenen Patienten ist eine selbstlimitierende Virusinfektion der Atemwege.		K Ia
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.	A	D V
		Die Erkältungskrankheit und die akute Bronchitis des erwachsenen Patienten ohne Red Flags sollen nicht mit Antibiotika behandelt werden.	A	T Ia
	Pneumonie	Bei erwachsenen Patienten mit einem akuten Atemwegsinfekt ist bei normalen Vitalparametern (Temperatur, Atemfrequenz und Herzfrequenz) und unauffälliger pulmonaler Auskultation eine Pneumonie sehr unwahrscheinlich.		T Ia
		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.		T Ia
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.		GCP

	Medikamentöse Behandlungsoptionen Antitussiva	Der akute Husten im Rahmen eines Atemwegsinfektes bei erwachsenen Patienten klingt auch ohne medikamentöse Behandlung ab.		T Ia
Chronischer Husten (> 8 Wochen)	Diagnostik Anamnese und Beratung	Die Raucheranamnese soll bei jedem erwachsenen Patienten mit chronischem Husten erhoben werden.	A	T Ia

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Hausärztliche Leitlinie: Multimedikation. AWMF-Registernr. 053-043. Stand 05/2021. Verfügbar unter http://www.degam.de/leitlinien-51.html; https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-043.html

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
Bestandsaufnahme		Die Medikation soll strukturiert bewertet werden, z. B. mittels eines Instrumentes, wie dem modifizierten Medikationsangemessenheitsindex*, unter besonderer Berücksichtigung von - PIM-Listen/anticholinerger Last, QTc –Zeit verlängernden Medikamenten, - Unterversorgung, - Adhärenz.	A	V
Verordnungsvorschlag und Kommunikation		Bei jeder Medikationsüberprüfung soll geklärt werden, ob Medikamente fehlen, abgesetzt oder in der Dosis angepasst werden können.	A	V
		Der Medikationsplan soll stets vollständig und aktuell sein, der bundeseinheitliche Medikationsplan (BMP)* ist das bevorzugte Format. Die Koordination liegt beim	A	V

		Hausarzt/hauptbehandelnden Arzt. Der Medikationsplan ist bei jeder Konsultation und in der Apotheke vorzulegen.		
Arzneimittelanwendung / Selbstmanagement		Vom koordinierenden Arzt* sollte sichergestellt werden, dass jeder Patient/jede Patientin mit Multimedikation einen aktuellen Medikationsplan hat.	B	V

2. Aktualisierung: Stand März 2021

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Schlaganfall. AWMF-Registernr. 053-011. Stand Februar 2019. Verfügbar unter http://www.degam.de/leitlinien-51.html; https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-011.html

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad	Literatur
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]

Literatur:

39. Australian Stroke Foundation. Clinical guidelines for stroke management 2017. 2017; Available from: https://informme.org.au/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management-2017.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Pflegende Angehörige von Erwachsenen. AWMF-Registernr. 053-006. Stand Juli 2018. Verfügbar unter http://www.degam.de/leitlinien-51.html; https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-006.html

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad	Literatur
Diagnostisches Vorgehen – Pflegende Angehörige, ihre Beschwerden, Belastungen und Bedürfnisse identifizieren	Gespräche und Assessments zur Pflege- und Belastungssituation	Hausärzte und Hausärztinnen sollten die Initiative ergreifen und verschiedene Anlässe, Patientenanliegen oder anamnestische Wahrnehmungen nutzen, um ein Anamnesegespräch oder ein (wiederholtes) Assessment der Pflegesituation und Belastung zu veranlassen.	B	Experten-konsens	
		MFAs sollten Beobachtungen und in informellen Gesprächen gewonnene Informationen an den Hausarzt bzw. die Hausärztin weiterleiten.	B	Experten-konsens	
	Anamnesegespräche/ Angehörigenassessments in der Hausarztpraxis	Pflegende Angehörige sollen bei möglichen Anamnesegesprächen bzw. Angehörigenassessments die Möglichkeit erhalten, ihre Bedürfnisse zu äußern. Entscheidungen über daraus abgeleitete Maßnahmen sollen gemeinsam getroffen werden.	A	Experten-konsens	
Therapeutisches Vorgehen und weitere Interventionsmöglich-keiten durch das hausärztliche Team	Informieren und Beraten Informationsbedarf pflegender Angehöriger	Pflegende Angehörige sollen über Unterstützungs- und Entlastungsangebote informiert werden.	A	Experten-konsens	
	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.	A	Experten-konsens	
		Das hausärztliche Team sollte einen Überblick über das lokale/regionale Angebotsspektrum haben.	B	Experten-konsens	