DEGAM Patienteninformation[1] AWMF-Registernr. 053-045LG

Schutz vor Über- und Unterversorgung

Weniger ist oft mehr

Oberstes Ziel unserer Gesundheitsversorgung sollte das Wohl der Patientinnen und Patienten sein. Sie sollen die medizinische Behandlung erhalten, die Sie benötigen. Vor unnötigen Behandlungen sollen Sie geschützt werden. Das nützt Ihnen doppelt: zu viel Medizin kann schädlich sein und durch das Weglassen unnötiger Dinge bleiben mehr Mittel und mehr Personal für die nötigen. Unser Gesundheitssystem und die darin arbeitenden Menschen müssen sich auch wirtschaftlich behaupten. Daher werden Patientinnen und Patienten häufig als Kunden angesehen, die frei entscheiden können. Übersehen wird dabei, dass die Entscheidungsfreiheit von Menschen in Not eingeschränkt ist. Um diese Menschen wird von Unternehmen der Gesundheitsindustrie geworben. Deren „Gesundheitsinformationen“ sind oft interessengeleitet.

Es gibt glücklicherweise mehr gesunde als kranke Menschen. Die vielen Gesunden sind allerdings auch ein großer Markt. Ihnen werden z. B. Früherkennungsuntersuchungen angeboten, deren Nutzen nicht bewiesen, zu gering, oder deren Schaden zu groß ist. Der Wert vieler Laborwerte, Röntgenuntersuchungen und Medikamente wird oft überschätzt. Über mögliche Schäden und über den fehlenden Nachweis für einen Nutzen wird selten gesprochen. Einerseits gibt es unnötige medizinische Maßnahmen (Überversorgung) – und dabei geht es nicht nur um Selbstzahlerleistungen (IGeL). Andererseits gibt es auch nützliche medizinische Maßnahmen, die zu selten eingesetzt werden (Unterversorgung). In unserer Leitlinie wurden diese Maßnahmen zusammenfasst. Wir wollen damit zu einer besseren, gerechteren, sichereren und menschenfreundlicheren medizinische Versorgung beitragen.

Die meisten Kopfschmerzen gehen von selber weg – aber nicht alle. Passgenaue bzw. bedarfsgerechte Versorgung setzt voraus, dass wir wissen: Wie hoch ist der Bedarf eigentlich? Wann ist etwas eine Krankheit, die behandelt werden muss? Welche Behandlungen mit nachgewiesenem Nutzen stehen zur Verfügung? Alles, was über den Bedarf hinausgeht, ist Überversorgung und Verschwendung. Zur Überversorgung zählt auch die Überdiagnostik; d. h. Menschen werden unnötigerweise zu Patienten gemacht werden, indem Probleme identifiziert werden, die nie einen Schaden verursacht hätten. Oder deren Schaden größer ist als deren Nutzen. Zu den Schaden der Überdiagnostik zählen neben Überdiagnose [1] auch daraus resultierende Überbehandlungen. Gesunde werden auf einmal als krank diagnostiziert und erhalten unnötige Behandlungen mit ebenso unnötigen Nebenwirkungen. Diese Gefährdung und Verschwendung bezahlen sie – mit Lebenszeit, Lebensqualität, Krankenkassenbeiträgen. Außerdem gibt es medizinische Maßnahmen, die nicht fachgerecht erbracht werden. Unterlassene oder zu spät erfolgte Versorgung ist Unterversorgung, die einen ebenfalls teuer zu stehen kommen kann.

Wie viel Über- und Unterversorgung gibt es?

Wenn in einem Landkreis viel häufiger die Galle operiert wird als in einem anderen, kann das ein Hinweis auf mögliche Über- oder Unterversorgung sein. Ein Beweis ist das noch nicht. Es bräuchte ganz klare Definitionen von Krankheit und ideale Tests und Behandlungen. Diese Klarheit gibt es oft nicht. Häufig fehlen Forschungsergebnisse, oder sie sind nicht eindeutig. Oder die Studien sind mangelhaft. Prinzipiell ist jede Diagnose oder Prognose nur mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit richtig und eine Behandlung wirkt nicht unbedingt bei allen Patientinnen und Patienten und nicht in gleichem Ausmaß. Daher können nicht alle Fälle von Über- und Unterversorgung erfasst oder vermieden werden. Diese Leitlinie will dazu anregen, die Frage der Über- und Unterversorgung besser im Blick zu haben und damit zu einer bessern Versorgung beitragen.

Wer empfiehlt hier was und warum?

Als Allgemeinmediziner haben wir den ganzen Menschen im Blick und können daher am besten mit Ihnen zusammen einschätzen, was Sie brauchen Hierbei beziehen wir Sie in die informierte bzw. gemeinsame Entscheidung ein. Unsere Leitlinie macht auf Bereiche aufmerksam, in denen Über- und Unterversorgung nach aktuellem Ermessen sehr wahrscheinlich sind. Eine Gruppe erfahrener Allgemeinme-diziner:innen hat dazu alle besonders gut belegten Empfehlungen aus Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) und Leitlinien der DEGAM einer zusätzlichen Bewertung unterzogen. Wichtig waren dabei die Relevanz der Empfehlungen für Über- und Unterversorgung, deren wissenschaftliche Grundlage, und deren Bedeutsamkeit für übergeordnete Versorgungsziele. Hoch bewertete Empfehlungen wurden in die Leitlinie aufgenommen. Damit wird Ihrer Hausarztpraxis geholfen, noch besser im Dienst Ihrer Gesundheit tätig zu werden.

1 Diese Patienteninformation ist nicht für die Selbstdiagnose oder Selbstbehandlung gedacht und ersetzt nicht einen Arztbesuch.

[1] https://www.gesundheitsinformation.de/was-ist-eine-ueberdiagnose.html

Autoren
M. Scherer, U. Ehrmann, E. Grohmann, D. Lühmann, G. Egidi, T. Kühlein, D. Abiry, A. Barzel, B. Lenzer, S. Pörnbacher, C. Muche-Borowski

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

© DEGAM 2025

DEGAM Patienteninformation[1] AWMF-Registernr. 053-045LG

Schutz vor Über- und Unterversorgung

Wichtige Beispiele für Leitlinienempfehlungen zum Schutz vor Über- und Unterversorgung

Unipolare Depression	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 mittelgradigen 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.
Halsschmerzen	Virusentzündungen des Rachens sind die häufigste Ursache von Halsschmerzen. Gefährliche Krankheitsfolgen bei Halsschmerzen sind sehr selten. Nach 3-4 Tagen sollte die Situation neu bewertet werden, wenn die Halsschmerzen nicht besser geworden sind. Bei zusätzlich starker Atembeeinträchtigung soll eine sofortige Klinikeinweisung erfolgen. Bei Kindern und Jugendliche (Alter ≤ 15 Jahren) ohne erhöhtes Risiko sollen keine Antibiotika gegeben werden, wenn der Schnelltest keine Streptokokken (Bakteriengattung) zeigt. Das Lutschen von medizinischen Lutschtabletten zur örtlichen Betäubung oder Antibiotika zur Schmerzlinderung soll nicht empfohlen werden. Wenn ihre Halsschmerzen mit einem Antibiotikum behandelt werden und nach 3-4 Tagen nicht besser werden, kann die Antibiotika-Einnamen beendet werden. Dann gibt es weniger Resistenzen und Nebenwirkungen.
Akuter und chronischer Husten	Die häufigste Ursache für den akuten Husten bei erwachsenen Patienten ist eine begrenzte Virusinfektion der Atemwege. Bei Erkältung oder Bronchitis sollen bei Erwachsenen nicht die Lunge geröntgt oder das Blut untersucht werden, wenn es kein erhöhtes Risiko gibt. Bei Erkältung oder Bronchitis sollen bei Erwachsenen keine Antibiotika verschrieben werden, wenn es kein erhöhtes Risiko gibt. Bei erwachsenen Patienten mit akuter Atemwegsinfektion ist bei normaler Körpertemperatur, Atemfrequenz und Herzfrequenz und unauffälligem Abhören der Lunge eine Lungenentzündung sehr unwahrscheinlich. Der akute Husten im Rahmen eines Atemwegsinfektes bei erwachsenen Patienten klingt auch ohne medikamentöse Behandlung ab. Alle Erwachsenen mit chronischem Husten sollen nach Ihrem Raucherstatus gefragt werden.

Autoren
M. Scherer, U. Ehrmann, E. Grohmann, D. Lühmann, G. Egidi, T. Kühlein, D. Abiry, A. Barzel, B. Lenzer, S. Pörnbacher, C. Muche-Borowski

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

© DEGAM 2025

Schutz vor Über- und Unterversorgung

Typ-2-Diabetes

Menschen mit Typ-2-Diabetes sollen gemeinsam mit ihrer Ärztin/ihrem Arzt über die Ziele für die Diabetes-Behandlung sprechen und entscheiden. Das soll am Anfang und immer wieder im Verlauf geschehen.

Diese gemeinsam vereinbarten Therapieziele sollen immer überprüft und ggfs. verändert werden.

Menschen mit Typ-2-Diabetes sollen am Anfang und dann in regelmäßigen zeitlichen Abständen gründlich auf Folge- und Begleiterkrankungen untersucht werden.

- Alle 1-2 Jahre soll an den Füßen untersucht werden: gibt es einen Nervenschaden durch den Diabetes? (nur Personen, bei denen das noch nicht bekannt ist)
- Mindestens einmal im Jahr soll untersucht werden: gibt es einen Schaden an der Haut an den Füßen?
- Wenn die Nerven oder die Durchblutung der Füße nicht in Ordnung sind, soll das alle 3-6 Monate passieren.
- Mindestens einmal im Jahr Blutuntersuchung: wie arbeitet die Niere? (wenn die Niere nicht gut arbeitet, muss das häufiger geprüft werden)
- Mindestens alle 2 Jahre Untersuchung des Augenhintergrundes. Wenn der Augenhintergrund nicht in Ordnung ist oder wenn der Zucker sehr schlecht steht, soll das häufiger passieren.
- Mindestens einmal im Jahr – oder wenn es dafür einen Grund gibt: soll nach der seelischen Gesundheit gefragt werden.
- Mindestens einmal im Jahr – oder wenn es dafür einen Grund gibt, soll geschätzt werden: wie groß ist das Risiko für einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall

Immer soll geschaut werden, warum vereinbarte Therapieziele nicht erreicht wurden, bevor die Therapie verschärft wird.

Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes soll regelmäßig geprüft werden: kann man mit der Behandlung zurückgehen? insbesondere:

- wenn die Behandlung eher negative Effekte auf die Sicherheit und die Lebensqualität des Betroffenen hat;
- wenn die Lebensqualität jetzt für die Betroffenen wichtiger ist als die Frage: schützt mich die Behandlung in der Zukunft.
- wenn das individuelle Therapieziel unterschritten wird;
- bei gleichzeitigem Vorliegen mehrerer Krankheiten – und wenn sehr viele Medikamente genommen werden;
- wenn akute andere Erkrankungen dazu kommen.

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).

Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes sollen individualisierte Therapieziele für HbA1c vereinbart werden. Ein HbA1c zwischen 6,5 und 8,5% sollte angestrebt werden.

Autoren
M. Scherer, U. Ehrmann, E. Grohmann, D. Lühmann, G. Egidi, T. Kühlein, D. Abiry, A. Barzel, B. Lenzer, S. Pörnbacher, C. Muche-Borowski

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

© DEGAM 2025

Schutz vor Über- und Unterversorgung

Hypertonie	Patient*innen und Ärzt*innen sollen gemeinsam zu Beginn und wiederholt im Verlauf vereinbaren: was soll das persönliche Ziel der Behandlung sein? Wenn ein Bluthochdruck medikamentös behandelt werden soll, soll man sich nach einem bestimmten Behandlungsschema richten. ■ Medikamente wie Ramipril sind ACE-Hemmer, Medikamente wie Losartan sind Angiotensin-Blocker. Der Nutzen von ACE-Hemmern ist etwas besser bewiesen. Aber sie führen häufiger zu Husten – und selten auch zu Schwellungen der Haut. Beide können das Kalium erhöhen. Beide sind gut geeignet bei Diabetes und bei Herzschwäche. Beide dürfen in der Schwangerschaft nicht eingesetzt werden. ■ Medikamente wie Amlodipin sind Kalziumkanalblocker. Ihr Nutzen ist insgesamt nicht gut bewiesen. Sie führen aber oft zu Wassereinlagerung an den Beinen oder zu Kopfschmerzen. ■ Medikamente wie Hygroton oder Hct sind Thiazide. Sie schützen gut vor Herzinfarkt und Schlaganfall. Sie können oft zu Störungen der Minerale im Körper führen. Das vermehrtre Wasserlassen kann als störend empfunden werden. Unter Hct wird weißer Hautkrebs beobachtet. Das ist sehr selten, aber im Vergleich häufiger als bei anderen Blutdruck-Medikamenten. Bei Blutdruck über 180/110 mmHg ohne akute Beschwerden sollte eine Kontrollmessung nach etwa 30 min Abwarten in einer Ruhesituation erfolgen. Die Langzeitbetreuung der Patient*innen sollte in der Regel durch den Hausarzt oder die Hausärztin erfolgen. Pflegekräfte und medizinische Fachangestellte sollten aktiv an der Verbesserung eines erhöhten Blutdrucks beteiligt werden.
Chronische Koronare Herzkrankheit (KHK) (Erkrankung der Herzkranzgefäße)	Patient*innen mit hochgradigem Verdacht auf eine Verengung der Herzkranzgefäße (stenosierende KHK) nach nicht-eingreifender Diagnostik sollen vor weiteren Untersuchungen mit der „Entscheidungshilfe: Verdacht auf koronare Herzkrankheit – Brauche ich eine Herzkatheter-Untersuchung?“ (Einführung eines dünnen Schlauchs ins Herzkranzgefäß) beraten werden. Diese Beratung soll dokumentiert werden. Patient*innen, die zu einer Bypass-OP (Engpass-umgehende Operation) mit dem Ziel der Lebensverlängerung nicht bereit sind oder bei denen gegen eine Behandlung sprechende Umstände vorliegen (Kontraindikation), sollen keine invasive Diagnostik zur Abklärung des Zustands der Herzkranzgefäße (koronaren Morphologie) erhalten. Patient*innen sollen darüber aufgeklärt werden, dass für einen möglichen Überlebensvorteil des Eingriffs an den Herzkranzgefäßen (PCI) keine Beweise aus wissenschaftlichen Studien (Evidenz aus randomisierten Studien) vorliegen (siehe „Entscheidungshilfe: Verdacht auf koronare Herzkrankheit – Brauche ich eine Herzkatheter-Untersuchung?“). Bei einer Mehrgefäßerkrankung oder Hauptstammverengung sollen Patient*innen mit der „Entscheidungshilfe: Verengte Herzkranzgefäße – Stent (Gefäßstütze) oder Bypass (Engpassumgebung)?“ beraten werden. Diese Beratung soll dokumentiert werden. Eine Herzkatheter-Untersuchung soll nicht durchgeführt werden ■ bei niedriger Wahrscheinlichkeit für eine koronare Herzkrankheit mit Verengung; ■ bei mittlerer Wahrscheinlichkeit für eine koronare Herzkrankheit mit Verengung aber ohne nachgewiesene Minderdurchblutung ■ bei schweren Begleiterkrankungen, bei denen das Risiko der Röntgenuntersuchung der Herzkranzgefäße größer ist als der Nutzen

Autoren
M. Scherer, U. Ehrmann, E. Grohmann, D. Lühmann, G. Egidi, T. Kühlein, D. Abiry, A. Barzel, B. Lenzer, S. Pörnbacher, C. Muche-Borowski

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

© DEGAM 2025

Schutz vor Über- und Unterversorgung

Chronische Koronare Herzkrankheit (KHK)	■ bei Patienten ohne Symptome, die nach der Beratung mit dem Patientenblatt „Verdacht auf koronare Herzkrankheit: Brauche ich eine Herzkatheter-Untersuchung?“ (Patientenblatt in Überarbeitung) zu einer Bypass-Operation nicht bereit sind; ■ nach Bypass-Operation oder Erweiterung verengter Herzkranzgefäße ohne erneute Herzbeklemmung (Angina pectoris) und ohne nachgewiesene Minderdurchblutung
Müdigkeit	Bei anfänglich ungeklärter Müdigkeit sollen anhand von Screeningfragen eine Depression oder Angststörung geprüft werden.
Demenzen (z. B. Alzheimer- oder Parkinson-Demenz	Bei Hinweisen auf behandelbare Demenzen soll mit den Patientinnen und Patienten bzw. ihren gesetzlichen Vertretern die Möglichkeit einer Bilduntersuchung des Kopfes besprochen werden. Medikamente gegen Demenz dürfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur verschrieben werden, wenn die Demenz nicht schlimmer wird. Kontrolluntersuchungen sind durchzuführen und können ggf. zum Abbruch einer Behandlung führen. 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 Erkrankten als die Betroffenen selbst. Hausarztpraxen sollen Familienmitglieder daher besonders gut im Blick haben.
Prävention (Vorbeugung) **von Hautkrebs**	Die Fachgesellschaften für Allgemeinmedizin und HNO (Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen) sind der Ansicht: die Beweise für einen Nutzen der Früherkennung auf Hautkrebs sind unzureichend. Seit der Einführung der Hautkrebs-Früherkennung ist die Sterblichkeit am Hautkrebs in Deutschland nicht gesunken. Daher soll keine anlasslose Hautkrebs-Untersuchung angeboten werden. Im Einzelfall kann eine Früherkennung auf Hautkrebs nach ausgewogener Aufklärung über Vor- und Nachteile durchgeführt werden, insbesondere bei Menschen mit erhöhtem Risiko.
Kreuzschmerz	Bei den meisten Patientinnen und Patienten gibt es bei Kreuzschmerzen keine Zeichen für einen gefährlichen Verlauf. Dann sollen keine weiteren diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden. Schmerzmittel aus der Gruppe der nicht-steriodalen Antirheumatika (NSAR) sollen nicht gespritzt werden. Durch die Haut wirkende Opioide sollen nicht zur Behandlung akuter und leichterer nicht-spezifischer Kreuzschmerzen angewendet werden. In die Venen, in den Muskel oder unter die Haut gespritzte Schmerzmittel, örtliche Betäubungsmittel, Glukokortikoide und Mischinfusionen sollen nicht zur Behandlung nicht-spezifischer Kreuzschmerzen angewendet werden.
Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention (Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen)	Eine medikamentöse Senkung des Blutzuckerwerts HbA1c unter 6,5 erbringt keinen Nutzen und soll daher nicht zur Vorbeugung von Herzkreislaufkrankheiten eingesetzt werden.

Autoren
M. Scherer, U. Ehrmann, E. Grohmann, D. Lühmann, G. Egidi, T. Kühlein, D. Abiry, A. Barzel, B. Lenzer, S. Pörnbacher, C. Muche-Borowski

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

© DEGAM 2025

DEGAM Patienteninformation[1] AWMF-Registernr. 053-045LG

Schutz vor Über- und Unterversorgung

Multimorbidität (Mehrfach-erkrankung)	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. Wenn mehrere Gesundheitsprofessionen an der Behandlung von Patienten mit Multimorbidität beteiligt sind, sollten sich die Beteiligten (Patient/Patientin, Spezialist/Spezialistin, Hausarzt/Hausärztin, Angehörige, Pflegepersonal) hinsichtlich Diagnostik und Therapie abstimmen.
Patientinnen und Patienten mit akutem Schwindel in der Hausarzt-praxis	Bei Patienten, die mit dem Symptom Schwindel in die Hausarztpraxis kommen, erhält nur ein kleinerer Teil eine besondere Diagnose. Akuter Schwindel hört oft von allein wieder auf, wenn keine bestimmte Ursache gefunden werden konnte. Daher ist nach Ausschluss gefährlicher Verläufe abwartendes Beobachten (Watchful waiting) sinnvoll.
Schlaganfall	Bei Schlaganfallpatienten mit hohem Sturzrisiko sollte eine umfassende Beurteilung der Sturzgefahren im häuslichen Umfeld erfolgen. Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige sollten beraten werden, Gefahrenquellen zu beseitigen.
Pflegende Angehörige von Erwachsenen	Pflegende Angehörige sollen über Unterstützungs- und Entlastungsangebote informiert werden.

Die Koordinierung dient der besseren Patientensicherheit und wirkt dem Informationsverlust (z.B. bei Veränderungen in der Medikamentierung) entgegen, wenn der Hausarzt / die Hausärztin zeitnah und schriftlich informiert und aufgeklärt wird. Gleichzeitig sollen auch Sie dazu befähigt werden, darüber zu berichten.
Alle in Frage kommenden Therapien sollen besprochen und gegeneinander aufgewogen werden. Die Entscheidung welcher Weg gegangen werden soll, wird durch die medizinisch Tätigen vorbereitet, aber durch Sie als Patienten / Patientin getroffen. Durch den Einbezug von Angehörigen kann gewährleistet werden, dass die häusliche Weiterbehandlung durch sie erfolgreich überwacht werden kann.

Bei allen Empfehlungen ist es von großer Bedeutung eine Sprache zu finden, die sowohl Sie als Patient / Patientin wie Ihre Angehörigen verstehen. Daher fordern Sie kurze und verständliche Informationen ein, die Ihnen in deutlicher Aussprache und mit wenigen Fremdwörtern vermittelt werden. Das Gespräch kann durch eine kurze schriftliche Zusammenfassung unterstützt werden. Nur so können Sie sich für die nächste Konsultation auch Fragen erarbeiten, um gemeinsam auf das Ziel hinarbeiten zu können.

Weitere Gesundheitsinformationen finden Sie hier:
https://www.degam.de/fuer-patienten

Die Patienteninformation wurde in Zusammenarbeit mit dem Patientenvertreter Udo Ehrmann (Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe, Patientenvertreter im G-BA) und Erich Grohmann (BAG Selbsthilfe e.V.) überarbeitet. Alle Autoren der Leitlinie und das DEGAM Präsidium stimmten dieser Version zu.
Diese Zusammenstellung der Empfehlungen stellt eine Auswahl in allgemeinverständlicher Sprache dar. Die Auswahl wurde vom Patientenvertreter aus den gesamten priorisierten Empfehlungen zusammengestellt. Alle Dokumente zur Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden“ sowie Angaben zum Interessenkonfliktmanagement finden sich unter https://www.degam.de/leitlinie-s2e-053-045lg.

Stand 04/2025, nächste Überarbeitung 02/2026
Version 7.0

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

© DEGAM 2025