Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden

Kurzversion

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

Definitionen

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

Häufigkeit von Über- und Unterversorgung

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

Auswahl der Empfehlungen

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

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

Leitlinie DEGAM oder NVL	Empfehlung	
	Prävention	
Halsschmerzen	Die häufigste, infektiologisch bedingte Ursache des Halsschmerzes sind (altersunabhängig) selbstlimitierende virale Infektionen des Pharynx.	■
	Gefährliche Komplikationen bei Halsschmerzen sind in Ländern wie Deutschland, dem Vereinigten Königreich und den Niederlanden sehr selten.	■
Husten	Erwachsene Patienten ohne Red Flags sollen über den Spontanverlauf eines akuten Hustens im Rahmen eines Atemwegsinfektes sowie zu den Möglichkeiten des Selbstmanagements aufgeklärt werden.	■
	Die Raucheranamnese soll bei jedem erwachsenen Patienten mit chronischem Husten erhoben werden.	□
Kardiovaskuläre Prävention	In der Primärprävention soll das globale, absolute kardiovaskuläre Risiko als vorrangige Entscheidungsgrundlage dienen.	■ □
	Zur Kalkulation des kardiovaskulären Risikos soll ein evaluierter Risiko-Algorithmus verwandt werden.	■ □
	Eine medikamentöse Senkung des HbA1c unter 6,5 % erbringt keinen Nettonutzen und soll daher nicht zur kardiovaskulären Prävention eingesetzt werden.	■
Schlaganfall	Bei Schlaganfallpatienten mit hohem Sturzrisiko sollte eine umfassende Beurteilung der Sturzgefahren im häuslichen Umfeld erfolgen. Patienten und Angehörige sollten beraten werden, Gefahrenquellen zu beseitigen.	□
Pflegende Angehörige von Erwachsenen	Pflegende Angehörige sollen bei möglichen Anamnesegesprächen bzw. Angehörigenassessments die Möglichkeit erhalten, ihre Bedürfnisse zu äußern. Entscheidungen über daraus abgeleitete Maßnahmen sollen gemeinsam getroffen werden.	□
	Pflegende Angehörige sollen über Unterstützungs- und Entlastungsangebote informiert werden.	□
	Der Hausarzt bzw. die Hausärztin soll mit pflegenden Angehörigen frühzeitig ein wertschätzendes Beratungsgespräch über die Nutzung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten führen.	□
	Das hausärztliche Team sollte einen Überblick über das lokale/regionale Angebotsspektrum haben.	□
	Screening	
Prävention von Hautkrebs	Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sowie die Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde (DGHNO), Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. bewerten die Evidenz für den Nutzen eines generellen Hautkrebs-Screenings im Vergleich zu einem opportunistischen Screening, in Übereinstimmung mit internationalen Institutionen weiterhin als unzureichend. Seit der Einführung des Hautkrebs-Screening ist die Mortalität am Hautkrebs in Deutschland nicht gesunken. Daher soll kein anlassloses Hautkrebs-Screening angeboten werden. Im Einzelfall kann eine Früherkennung auf Hautkrebs nach ausgewogener Aufklärung über Vor-und Nachteile durchgeführt werden, insbesondere bei Menschen mit erhöhtem Risiko.	■
	Diagnostik	
Typ-2-Diabetes	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. (s. Tab. 17 und Tab. 21 nvl-Langfassung 2023).	□
Halsschmerzen	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.	■
	Die Bestimmung des Antistreptolysin-Titers (ASL-Titers) und anderer Streptokokken- Antikörper-Titer soll bei akuter und rezidivierender Tonsillopharyngitis nicht durchgeführt werden.	■
	Eine sichere Unterscheidung zwischen Infektion und Trägerstatus ist weder durch mikrobiologische Kulturen noch durch Schnelltests möglich.	■
	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.	■

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

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion
Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung der DEGAM

DEGAM Leitlinien
Hilfen für eine gute Medizin

© DEGAM 2025

www.degam.de/leitlinien

Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden

Kurzversion

Leitlinie DEGAM oder NVL	Empfehlung	
Husten	Bei erwachsenen Patienten mit akutem Husten ohne Red Flags sind eine gründliche Anamnese und eine symptomorientierte klinische Untersuchung zur Diagnosefindung ausreichend.	■
	Die häufigste Ursache für den akuten Husten bei erwachsenen Patienten ist eine selbstlimitierende Virusinfektion der Atemwege.	■
	Bei klinischer Diagnose einer Erkältungskrankheit oder einer akuten Bronchitis soll bei erwachsenen Patienten ohne Red Flags auf Blutuntersuchungen, Sputumdiagnostik und Röntgenthorax-Aufnahmen verzichtet werden.	■
	Die Erkältungskrankheit und die akute Bronchitis des erwachsenen Patienten ohne Red Flags sollen nicht mit Antibiotika behandelt werden.	■
	Bei erwachsenen Patient mit einem akuten Atemwegsinfekt ist bei normalen Vitalparametern (Temperatur, Atemfrequenz und Herzfrequenz) und unauffälliger pulmonaler Auskultation eine Pneumonie sehr unwahrscheinlich.	■
	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.	■
COPD*	Nur bei diagnostischen Diskrepanzen zwischen Lungenfunktion und Beschwerden oder nach klinischem Eindruck inadäquatem Therapieansprechen soll eine Computertomographie durchgeführt werden.	■
Chronische KHK*	Ist bei einer Vortestwahrscheinlichkeit bis 50 % eine bildgebende Untersuchung indiziert, soll bevorzugt die Koronar-CT angeboten werden.	■
	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 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.	■
Müdigkeit	Bei primär ungeklärter Müdigkeit sollen anhand von Screeningfragen eine Depression oder Angststörung eruiert werden.	□
	Weitergehende Labor- oder apparative Untersuchungen sollten nur bei auffälligen Vorbefunden/spezifischen Hinweisen in der empfohlenen Basisdiagnostik erfolgen.	■
Demenz	Bei Hinweisen auf behandelbare Demenzen soll mit den Patientinnen und Patienten bzw. ihren gesetzlichen Vertretern die Möglichkeit einer bildgebenden Diagnostik besprochen werden.	■
Kreuzschmerz	Finden sich bei Patienten mit Kreuzschmerzen durch Anamnese und körperliche Untersuchung beim Erstkontakt keine Hinweise auf gefährliche Verläufe oder andere ernstzunehmende Pathologie, sollen vorerst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden.	■
	Bei akuten und rezidivierenden Kreuzschmerzen soll ohne relevanten Hinweis auf gefährliche Verläufe oder andere ernstzunehmende Pathologien in Anamnese und körperlicher Untersuchung keine bildgebende Diagnostik durchgeführt werden.	■

Leitlinie DEGAM oder NVL	Empfehlung	
Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis	Betrachtet man Patienten mit dem Symptom Schwindel in der Hausarztpraxis, so wird vielfach nur bei einem kleineren Teil der Patienten eine spezifische Diagnose gestellt.	□
	Akuter Schwindel, der trotz adäquater primärer Abklärung inklusive Berücksichtigung abwendbar gefährlicher Verläufe keiner spezifischen Diagnose zugeordnet werden kann, sistiert häufig spontan und macht daher nach Ausschluss abwendbar gefährlicher Verläufe eine Strategie des abwartenden Offenhaltens / Watchful waiting sinnvoll.	
	Therapie	
Hypertonie	Ist bei Menschen mit Hypertonie unter Berücksichtigung der individuellen Therapieziele und der nichtmedikamentösen Therapie eine medikamentöse Therapie indiziert, soll der Therapie-Algorithmus angewendet werden (s. Abb. 5 sowie Tab. 13 nvl-Langfassung 2023)	□
	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.	■
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 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.	■
	Internet- und mobilbasierte Interventionen können Patient*innen mit mittelgradigen depressiven Episoden zusätzlich zu einer Behandlung mit Antidepressiva bzw. Psychotherapie angeboten werden.	■
Halsschmerzen	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	□
	Das Lutschen von medizinischen Lutschtabletten mit Lokalantiseptika und/oder Antibiotika zur lokalen Schmerzlinderung soll nicht empfohlen werden.	■
	Kortikosteroide sollen nicht zur analgetischen Therapie bei Halsschmerzen genutzt werden.	■
Husten	Der akute Husten im Rahmen eines Atemwegsinfektes bei erwachsenen Patienten klingt auch ohne medikamentöse Behandlung ab.	■
Typ-2-Diabetes	Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes sollen individualisierte Therapieziele für HbA1c vereinbart werden.	□
	Dabei sollen die Aspekte gemäß Abbildung 9 (s. nvl-Langfassung 2023) berücksichtigt werden.	■
Chronische KHK*	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.	■
	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?“).	■

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

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion
Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung der DEGAM

DEGAM Leitlinien
Hilfen für eine gute Medizin

© DEGAM 2025

www.degam.de/leitlinien

Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden

Kurzversion

Leitlinie DEGAM oder NVL	Empfehlung	
Demenz	Die Arzneimittelrichtlinie lässt eine Verordnung von Antidementiva zu Lasten der GKV nur zu, wenn Verlaufskontrollen durchgeführt werden und diese Kontrollen nicht eine deutliche Verschlechterung zeigen. Vor einer Behandlung sollen darum die Betroffenen und ggfs. ihre Angehörigen darauf hingewiesen werden, dass eine Verlaufskontrolle geplant wird und ggfs. zu einem Abbruch der Behandlung führen kann.	■
Kreuzschmerz	Transdermale Opioide sollen nicht zur Behandlung akuter und subakuter nicht-spezifischer Kreuzschmerzen angewendet werden.	■
	NSAR sollen nicht parenteral verabreicht werden.	■
	Intravenös, -muskulär oder subkutan applizierbare Schmerzmittel, Lokalanästhetika, Glukokortikoide und Mischinfusionen sollen nicht zur Behandlung nicht-spezifischer Kreuzschmerzen angewendet werden.	■
COPD*	Eine relevante Verbesserung der COPD kann nur mit totaler Abstinenz von Tabak erreicht werden. Deshalb soll rauchenden Patient*innen mit COPD dringend die vollständige und dauerhafte Abstinenz empfohlen werden.	□ ■
	Bei allen rauchenden Patient*innen mit COPD soll gemäß dem Algorithmus in Abbildung 3 vorgegangen werden.	□ ■
	Langzeit-Primärversorgung	
Halsschmerzen	Wenn eine antibiotische Therapie zur Behandlung einer bakteriellen Tonsillopharyngitis nach 3-4 Tagen keine Wirkung zeigt, kann sie (nach ärztlicher Re-Evaluation und unter Beachtung von Differentialdiagnosen) beendet werden, um das Risiko für Resistenzentwicklungen und unerwünschte Nebenwirkungen zu minimieren.	■
	Eine routinemäßige ärztliche Wiedervorstellung und Kontrolluntersuchungen nach erfolgreicher Behandlung von Halsschmerzen sind nicht notwendig.	■
	Eine Re-Evaluation sollte erfolgen, wenn bei Patienten mit Halsschmerzen eine Verschlechterung oder nach 3-4 Tagen keine Besserung auftritt. Dabei soll Folgendes berücksichtigt werden: ■ Differentialdiagnosen wie infektiöse Mononukleose, ■ Symptome oder Anzeichen, die auf eine ernsthaftere bzw. systemische Erkrankung hinweisen, ■ vorherige Behandlung mit Antibiotika, die zu Resistenzen führen können	□
Typ-2-Diabetes	Menschen mit Typ-2-Diabetes und ihre Ärztin/ihr Arzt sollen initial und wiederholt im Erkrankungsverlauf gemeinsam individuelle Therapieziele vereinbaren und priorisieren.	■
	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.	□ ■
	Vor jeder Therapie-Eskalation sollen Ursachen für die Nicht-Erreichung bisher vereinbarter Therapieziele evaluiert und berücksichtigt werden.	■
	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 u. die Lebensqualität der/des Betroffenen überwiegen; ■ wenn die individuelle Situation dafür spricht, dass prognostische Aspekte eine geringere Rolle spielen als die aktuelle Lebensqualität; ■ wenn das individuelle Therapieziel unterschritten wird; ■ bei Multimorbidität und Polymedikation; ■ bei Auftreten von akuten Erkrankungen.	■
	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).	■

Leitlinie DEGAM oder NVL	Empfehlung	
Hypertonie	Patient*innen und Ärzt*innen sollen gemeinsam initial und wiederholt im Erkrankungsverlauf individuelle Therapieziele vereinbaren.	■
	Die Langzeitbetreuung der Patient*innen und deren Dokumentation sollte in der Regel durch den Hausarzt oder die Hausärztin erfolgen.	■
	Pflegekräfte und medizinische Fachangestellte, die an der Betreuung von Patient*innen mit arterieller Hypertonie beteiligt sind, sollten aktiv auch in die Versorgungsplanung eingebunden werden.	■
Asthma*	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.	□ ■
	Befinden sich Betroffene in kontinuierlicher spezialfachärztlicher Betreuung (Pneumologie bzw. pädiatrische Pneumologie), sollte bei einer Stabilisierung des Zustandes geprüft werden, ob eine Weiterbehandlung durch Hausärztinnen und Hausärzte oder Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte möglich ist.	□ ■
Multimedikation	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.	■
	Bei jeder Medikationsüberprüfung soll geklärt werden, ob Medikamente fehlen, abgesetzt oder in der Dosis angepasst werden können.	□ ■
	Der Medikationsplan soll stets vollständig und aktuell sein, der bundeseinheitliche Medikationsplan (BMP) ist das bevorzugte Format. Die Koordination liegt beim Hausarzt/hauptbehandelnden Arzt. Der Medikationsplan ist bei jeder Konsultation und in der Apotheke vorzulegen.	■
	Vom koordinierenden Arzt sollte sichergestellt werden, dass jeder Patient/jede Patientin mit Multimedikation einen aktuellen Medikationsplan hat.	□ ■
Demenz	In den meisten Fällen zieht die Demenz eines Betroffenen die ganze Familie in Mitleidenschaft. Subjektiv leiden die An- und Zugehörigen häufig stärker unter der Demenz der Indexperson als die Betroffenen selbst. In der hausärztlichen Behandlung von Personen mit Demenz soll ein besonderer Fokus auf die spezifischen Risiken der übrigen Familienmitglieder als besonders vulnerabler Gruppe gelegt werden.	□
Kreuzschmerz	Die Opioidtherapie soll regelmäßig reevaluiert werden, bei akuten nicht-spezifischen Kreuzschmerzen nach spätestens vier Wochen, bei chronischen Kreuzschmerzen nach spätestens drei Monaten.	■
	Die Opioidtherapie soll beendet werden, wenn das vereinbarte Therapieziel nicht erreicht wird.	■
	Für den gesamten Versorgungsprozess soll ein Arzt eine „Lotsenfunktion“ übernehmen. Dieser Arzt ist erste Anlaufstelle für die Erkrankten und koordiniert sämtliche Behandlungsschritte.	□
Multimorbidität*	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.	■
Pflegende Angehörige von Erwachsenen	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.	□
	MFAs sollten Beobachtungen und in informellen Gesprächen gewonnene Informationen an den Hausarzt bzw. die Hausärztin weiterleiten.	□

* Die Empfehlungen stammen aus der 6. Aktualisierung der Living Guideline (LG), Stand 02/2025. Alle anderen Empfehlungen wurden im Jahr 2025 geprüft · Version 7.0 · Erstveröffentlichung 06/2019 · Überarbeitung von 02/2025 · nächste Überarbeitung geplant 02/2026 · weitere Leitliniendokumente verfügbar unter: https://www.degam.de/leitlinie-s2e-053-045lg bzw. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053-045LG

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

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion
Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung der DEGAM

DEGAM Leitlinien
Hilfen für eine gute Medizin

© DEGAM 2025

www.degam.de/leitlinien

Versions-Nummer: 7.0

Erstveröffentlichung: 06/2019

Überarbeitung von: 03/2025

Nächste Überprüfung geplant: 03/2026

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online

© DEGAM 2025