

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.

Übersorgung ist Versorgung, die über die Bedarfsdeckung hinausgeht. Die erbrachten Leistungen sind meist ohne hinreichenden Nutzen oder nicht indiziert. Unterversorgung besteht, wenn bei anerkanntem Bedarf die Versorgung ganz oder teilweise nicht erfolgt, obwohl sie mit hinreichend gesichertem Nutzen und effizient zur Verfügung steht.

Überdiagnostik bezeichnet diagnostische Maßnahmen, die für das Erkennen einer Erkrankung oder für die Therapieentscheidung überflüssig sind bzw. deren Nutzen durch Schäden kompensiert wird, also Übersorgung sind. Zu den Schäden der Überdiagnostik zählen auch Überdiagnosen und deren Folgen, insbesondere Überbehandlungen.

Häufigkeit von Über- und Unterversorgung

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

Auswahl der Empfehlungen

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 starke 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) selbst-limitierende 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.	□
Pflegerische Angehörige von Erwachsenen	Pflegerische Angehörige sollen bei möglichen Anamnesegesprächen bzw. Angehörigenassessments die Möglichkeit erhalten, ihre Bedürfnisse zu äußern. Entscheidungen über daraus abgeleitete Maßnahmen sollen gemeinsam getroffen werden.	□
	Pflegerische 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	
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.	■

Leitlinie DEGAM oder NVL	Empfehlung	
Husten	<p>Bei erwachsenen Patienten mit akutem Husten ohne Red Flags sind eine gründliche Anamnese und eine symptomorientierte klinische Untersuchung zur Diagnosefindung ausreichend.</p> <p>Die häufigste Ursache für den akuten Husten bei erwachsenen Patienten ist eine selbstlimitierende Virusinfektion der Atemwege.</p> <p>Bei klinischer Diagnose einer Erkältungskrankheit oder einer akuten Bronchitis soll bei erwachsenen Patienten ohne Red Flags auf Blutuntersuchungen, Sputumdiagnostik und Röntgenthorax-Aufnahmen verzichtet werden.</p> <p>Die Erkältungskrankheit und die akute Bronchitis des erwachsenen Patienten ohne Red Flags sollen nicht mit Antibiotika behandelt werden.</p> <p>Bei erwachsenen Patient mit einem akuten Atemwegsinfekt ist bei normalen Vitalparametern (Temperatur, Atemfrequenz und Herzfrequenz) und unauffälliger pulmonaler Auskultation eine Pneumonie sehr unwahrscheinlich.</p> <p>Bei der Entscheidungsfindung zur stationären Einweisung von Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie scheint der CRB-65 Score in der primärärztlichen Versorgung das Risiko zu hoch einzuschätzen. Eine individuelle Risikoeinschätzung ist daher ergänzend sinnvoll.</p>	<p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p>
Chronische KHK Kapitel Revascularisation*	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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?“).</p> <p>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.</p>	<p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p>
Chronische KHK	<p>Eine invasive Koronarangiographie soll nicht durchgeführt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ bei niedriger Wahrscheinlichkeit für eine stenosierende KHK; ■ bei mittlerer Wahrscheinlichkeit 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 Patienten ohne symptomatische Indikation, die nach der Beratung mit dem Patientenblatt „Verdacht auf koronare Herzkrankheit: Brauche ich eine Herzkatheter-Untersuchung?“ (Patientenblatt in Überarbeitung) zu einer Bypass-OP aus prognostischer Indikation nicht bereit sind; ■ 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. 	<p>■</p>
Müdigkeit*	<p>Bei primär ungeklärter Müdigkeit sollen anhand von Screeningfragen eine Depression oder Angststörung eruiert werden.</p> <p>Weitergehende Labor- oder apparative Untersuchungen sollten nur bei auffälligen Vorbefunden/spezifischen Hinweisen in der empfohlenen Basisdiagnostik erfolgen.</p>	<p>□</p> <p>■</p>
Demenz	<p>Bei Hinweisen auf behandelbare Demenzen soll mit den Patientinnen und Patienten bzw. ihren gesetzlichen Vertretern die Möglichkeit einer bildgebenden Diagnostik besprochen werden.</p>	<p>■</p>

Leitlinie DEGAM oder NVL	Empfehlung	
Kreuzschmerz	<p>Finden sich bei Patienten mit Kreuzschmerzen durch Anamnese und körperliche Untersuchung beim Erstkontakt keine Hinweise auf gefährliche Verläufe oder andere ernstzunehmende Pathologie, sollen vorerst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden.</p> <p>Bei akuten und rezidivierenden Kreuzschmerzen soll ohne relevanten Hinweis auf gefährliche Verläufe oder andere ernstzunehmende Pathologien in Anamnese und körperlicher Untersuchung keine bildgebende Diagnostik durchgeführt werden.</p>	<p>■</p> <p>■</p>
Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis	<p>Betrachtet man Patienten mit dem Symptom Schwindel in der Hausarztpraxis, so wird vielfach nur bei einem kleineren Teil der Patienten eine spezifische Diagnose gestellt.</p> <p>Akuter Schwindel, der trotz adäquater primärer Abklärung inklusive Berücksichtigung abwendbar gefährlicher Verläufe keiner spezifischen Diagnose zugeordnet werden kann, sistiert häufig spontan und macht daher nach Ausschluss abwendbar gefährlicher Verläufe eine Strategie des abwartenden Offenhaltens / Watchful waiting sinnvoll.</p>	<p>□</p>
Therapie		
Unipolare Depression*	<p>Patient*innen mit einer leichten depressiven Symptomatik soll eine Psychotherapie angeboten werden,</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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. <p>Internet- und mobilbasierte Interventionen können Patient*innen mit mittelgradigen depressiven Episoden zusätzlich zu einer Behandlung mit Antidepressiva bzw. Psychotherapie angeboten werden.</p>	<p>■</p> <p>■</p>
Halschmerzen	<p>Eine sofortige Klinikeinweisung soll erfolgen, wenn zusätzlich zum Symptom Halsschmerz folgende Erkrankungen bzw. abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 <p>Das Lutschen von medizinischen Lutschtabletten mit Lokalanästhetika und/oder Antibiotika zur lokalen Schmerzlinderung soll nicht empfohlen werden.</p> <p>Kortikosteroide sollen nicht zur analgetischen Therapie bei Halsschmerzen genutzt werden.</p>	<p>□</p> <p>■</p> <p>■</p>
Husten	<p>Der akute Husten im Rahmen eines Atemwegsinfektes bei erwachsenen Patienten klingt auch ohne medikamentöse Behandlung ab.</p>	<p>■</p>
Typ-2-Diabetes	<p>Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes sollen individualisierte Therapieziele für HbA1c vereinbart werden. Dabei sollen die Aspekte gemäß Abbildung 8 (s. LL) berücksichtigt werden.</p>	<p>□</p> <p>■</p>
Chronische KHK	<p>PCSK9-Inhibitoren sollten nicht routinemäßig bei Patienten mit KHK eingesetzt werden, es sei denn, der Einsatz der PCSK9-Inhibitoren erfolgt zur Vermeidung einer Lipid-Apherese (entsprechend AMRiLi).</p>	<p>■</p>
Demenz	<p>Die Arzneimittelrichtlinie lässt eine Verordnung von Antidementiva zu Lasten der GKV nur zu, wenn Verlaufskontrollen durchgeführt werden und diese Kontrollen nicht eine deutliche Verschlechterung zeigen. Vor einer Behandlung sollen darum die Betroffenen und ggfs. ihre Angehörigen darauf hingewiesen werden, dass eine Verlaufskontrolle geplant wird und ggfs. zu einem Abbruch der Behandlung führen kann.</p>	<p>■</p>

Leitlinie DEGAM oder NVL	Empfehlung	
Kreuzschmerz	Transdermale Opiode 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.	■
Versorgung von Patienten mit CKD	Bei erwachsenen Patienten, die dauerhaft potentiell nephrotoxische Medikamente einnehmen, sollte mindestens einmal jährlich die Überprüfung der Nierenfunktion durchgeführt werden.	□
	Bei Patienten mit CKD (GFR < 60 ml/min/1,73m ²) soll vor der Verordnung neuer Medikamente geprüft werden, ob eine Anpassung der Dosierung notwendig ist oder eine Kontraindikation vorliegt.	□
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:	□
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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/ihre 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 Therapie-strategie regelmäßig geprüft werden, insbesondere:	■
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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:	■
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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). 	
Chronische KHK	Bei asymptomatischen Patienten soll im Rahmen der Verlaufsbeobachtung keine spezielle kardiale Diagnostik (einschließlich Ergometrie, Echokardiographie) zur Abklärung der stenosierenden KHK erfolgen.	■

Leitlinie DEGAM oder NVL	Empfehlung	
Multi-medikation	Die Medikation soll strukturiert bewertet werden, z. B. mittels eines Instrumentes, wie dem modifizierten Medikationsangemessenheitsindex*, unter besonderer Berücksichtigung von	■
	<ul style="list-style-type: none"> ■ PIM-Listen/anticholinerg Last, QTc –Zeit verlängernden Medikamenten, ■ Unterversorgung, ■ Adhärenz. 	
	Bei jeder Medikationsüberprüfung soll geklärt werden, ob Medikamente fehlen, abgesetzt oder in der Dosis angepasst werden können.	□
Demenz	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.	□
		■
Kreuzschmerz	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.	□
	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.	■
Multimorbidität	Für den gesamten Versorgungsprozess soll ein Arzt eine „Lotsenfunktion“ übernehmen. Dieser Arzt ist erste Anlaufstelle für die Erkrankten und koordiniert sämtliche Behandlungsschritte.	□
	Bei der Ermittlung von Patientenpräferenzen und Wertvorstellungen sind folgende Aspekte anzusprechen: Patienten sollen ermutigt werden, ihre persönlichen Ziele und Prioritäten darzulegen. Hierzu gehört Klärung des Stellenwertes von:	□
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erhalt der sozialen Rolle: in Berufs-/Arbeits-tätigkeit, Teilnahme an sozialen Aktivitäten, Familienleben; ■ Verhinderung von spezifischen Ereignissen (z. B. Schlaganfall); ■ Minimierung von Medikamentennebenwirkungen; ■ Verringerung der Belastung durch Behandlungen; ■ Lebensverlängerung. 	
Pflegende Angehörige von Erwachsenen	Die Einstellung der Patienten zu ihrer Therapie und deren möglichem Nutzen soll exploriert werden. Expertenkonsens: Es sollte mit dem Patienten geklärt werden, ob und inwieweit Partner, Angehörige oder Pflegende in wichtige Versorgungsentscheidungen eingebunden werden sollen.	■
	Wenn mehrere Gesundheitsprofessionen an der Behandlung von Patienten mit Multimorbidität beteiligt sind, sollten sich die Beteiligten (Patient, Spezialisten, Hausarzt, Angehörige, Pflegepersonal) hinsichtlich Diagnostik und Therapie abstimmen.	□
	Hausärzte und Hausärztinnen sollten die Initiative ergreifen und verschiedene Anlässe, Patienten-anliegen oder anamnestische Wahrnehmungen nutzen, um ein Anamnese-gespräch oder ein (wiederholtes) Assessment der Pflegesituation und Belastung zu veranlassen.	□
Versorgung von Patienten mit CKD	MFAs sollten Beobachtungen und in informellen Gesprächen gewonnene Informationen an den Hausarzt bzw. die Hausärztin weiterleiten.	□
	Bei Patienten mit CKD (GFR < 60 ml/min) soll mindestens einmal jährlich ein Medikamentenreview der Dauermedikation durchgeführt werden	□

* Die Empfehlungen stammen aus der 4. Aktualisierung der Living Guideline (LG), Stand 02/2023
Alle anderen Empfehlungen wurden im Jahr 2023 geprüft.

Version 5.0

Erstveröffentlichung 06/2019

Überarbeitung von 02/2023

nächste Überarbeitung geplant 02/2024