

Schutz vor Über- und Unterversorgung

Genug ist besser als zu viel oder zu wenig

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 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 ist. Der Wert vieler Laborwerte, Röntgenuntersuchungen und Medikamente wird oft überschätzt. Über mögliche Schäden und über den fehlenden Beweis für einen Nutzen wird selten gesprochen. Einerseits gibt es unnötige medizinische Maßnahmen (Übersorgung) – 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.

Passgenaue bzw. bedarfsgerechte Versorgung setzt voraus, dass wir wissen: Wie hoch ist der Bedarf eigentlich? Wann ist etwas eine Krankheit, die behandelt werden muss? Die meisten Kopfschmerzen gehen von selber weg - aber nicht alle. Welche Behandlungen mit nachgewiesenem Nutzen stehen zur Verfügung? Alles, was über den Bedarf hinausgeht, ist Übersorgung und Verschwendung. Unterlassene oder zu spät erfolgte Versorgung ist Unterversorgung, die ebenfalls teuer werden kann. Zur Übersorgung zählt auch die Überdiagnostik; das sind Maßnahmen, die für das Erkennen einer Erkrankung oder für die Einleitung einer bestimmten Behandlung überflüssig sind. Oder deren

Schaden größer ist als deren Nutzen. Zu den Schäden der Überdiagnostik zählen auch Überdiagnose [1] und 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.

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 sind Diagnosen und Prognosen nur mit bestimmten Wahrscheinlichkeiten richtig und Behandlungen wirken nicht unbedingt bei allen Patientinnen und Patienten und auch nicht in gleichem Ausmaß. Daher können Über- und Unterversorgung weder vollständig erfasst noch vollständig vermieden werden. Die Autorengruppe will aber mit unserer Leitlinie dazu beitragen, dass sie weniger häufig vorkommen.

Wer empfiehlt hier was und warum?

Wir haben den ganzen Menschen im Blick und können daher eher 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 Allgemeinmediziner: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, D. Lühmann, G. Egidi,
T. Kühlein, D. Abiry, A. Barzel, C. Muche-Borowski

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin

© DEGAM 2023



Schutz vor Über- und Unterversorgung

Wichtige Leitlinienempfehlungen zum Schutz vor Über- und Unterversorgung

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

* Klimafakt: Ein ungerechtfertigter Einsatz von Antibiotika sollte auch deshalb unterlassen werden, da Medikamente einen großen Anteil der CO₂-Emissionen des Gesundheitssystems verursachen. Schätzungen gehen davon aus, dass der CO₂-Fußabdruck von Pharmaunternehmen über 50 % größer ist, als der der Automobilindustrie.

** Klimafakt: Ein weiteres Argument für einen Rauchverzicht sind die CO₂ Emissionen die durch das Rauchen verursacht werden. Schätzungsweise 0,2 % aller Treibhausgasemissionen weltweit werden dadurch verursacht (DOI: 10.1021/acs.est.8b01533).

Schutz vor Über- und Unterversorgung

Typ-2-Diabetes	<p>Menschen mit Typ-2-Diabetes und ihre Ärztin/ihr Arzt sollen von Anfang an und wiederholt im Erkrankungsverlauf gemeinsam individuelle Therapieziele vereinbaren und deren Rangfolge abstimmen.</p> <p>Die Verringerung der Insulintherapie soll bei Menschen mit Typ-2-Diabetes in folgenden Situationen geprüft werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Wenn z. B. akute Erkrankung, Stoffwechsellage, Verschlechterung der Nierenfunktion nicht mehr bestehen ■ die Zielwerte des Glukosestoffwechsels erreicht sind oder unterschritten werden; ■ Unterzuckerungen (Hypoglykämien) auftreten; ■ sich das individuelle Therapieziel ändert (z. B. in Folge von Multimorbidität/Mehrfacherkrankung). <p>Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes sollen individuelle Therapieziele für Blutzuckerwert HbA1c zwischen 6,5 % und 8,5 % vereinbart werden.</p>
Chronische Koronare Herzkrankheit (KHK) (Erkrankung der Herzkranzgefäße)	<p>Patient*innen mit hochgradigem Verdacht auf eine stenosierende KHK nach nicht-invasiver Diagnostik sollen vor weiteren Untersuchungen mit der „Entscheidungshilfe: Verdacht auf koronare Herzkrankheit – Brauche ich eine Herzkatheter-Untersuchung?“ beraten werden. 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. Diese Beratung soll dokumentiert werden.</p> <p>Eine Herzkatheter-Untersuchung soll nicht durchgeführt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 ■ 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	<p>Bei primär ungeklärter Müdigkeit sollen anhand von Screeningfragen eine Depression oder Angststörung eruiert werden.</p>

Schutz vor Über- und Unterversorgung

Demenzen	<p>Bei Hinweisen auf behandelbare Demenzen soll mit den Patientinnen und Patienten bzw. ihren gesetzlichen Vertretern die Möglichkeit einer Bilduntersuchung des Kopfes besprochen werden.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
Prävention (Vorbeugung) von Hautkrebs	<p>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.</p> <p>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.</p>
Kreuzschmerz	<p>Bei den meisten Patientinnen und Patienten gibt es bei Kreuzschmerzen keine Zeichen für einen gefährlichen Verlauf. Dann sollen keine weiteren diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden.***</p> <p>Schmerzmittel aus der Gruppe der nicht-steriodalen Antirheumatika (NSAR) sollen nicht gespritzt werden.</p> <p>Durch die Haut wirkende Opioide sollen nicht zur Behandlung akuter und leichter nicht-spezifischer Kreuzschmerzen angewendet werden.</p> <p>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.</p>
Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention	<p>Eine medikamentöse Senkung des Blutzuckerwerts HbA1c unter 6,5 erbringt keinen Nutzen und soll daher nicht zur Vorbeugung von Herz-Kreislaufkrankheiten eingesetzt werden.****</p> <p>Der Medikationsplan soll aktuell und vollständig sein und es ist darauf zu achten, dass er bei allen Behandlern (z. B. auch Zahnarzt oder Apotheke) vorgelegt wird. Die Koordination übernimmt der hauptbehandelnde Arzt / Ärztin. Änderungen in der Medikation sind gezielt aufzunehmen.</p>

*** Klimafakt: Bei jeder Bildgebung sollte zusätzlich auch die massive CO₂ Bilanz berücksichtigt werden. So verursacht beispielsweise die Schnittbildgebung (CT und MRT) eines Universitätsklinikums über ein Jahr den Energieverbrauch eines Dorfes mit 852 Einwohner:innen (<https://doi.org/10.1148/radiol.2020192084>). Die Einsparung technische Diagnostik zugunsten psychosozialer Anamnese ist für Patient:innen und Klima zuträglich (Veit et al. 2021).

**** Klimafakt: Eine Senkung des HbA1c auf Werte unter 6,5% erbringt keinen Nutzen und sollte daher auch unter dem Aspekt, dass Medikamente für einen Großteil der CO₂-Emissionen verantwortlich sind, unterlassen werden.

Autoren

M. Scherer, U. Ehrmann, D. Lühmann, G. Egidi,
T. Kühlein, D. Abiry, A. Barzel, C. Muche-Borowski

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin

© DEGAM 2023



Schutz vor Über- und Unterversorgung

Multimorbidität (Mehrfacherkrankung)	<p>Bei der Ermittlung von Patientenpräferenzen und Wertvorstellungen sind folgende Aspekte anzusprechen :</p> <p>Patientinnen und Patienten sollen ermutigt werden, ihre persönlichen Ziele und Prioritäten darzulegen. Hierzu gehört Klärung des Stellenwertes von:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Erhalt der sozialen Rolle: in Berufs-/Arbeitstätigkeit, Teilnahme an sozialen Aktivitäten, Familienleben; ■ Verhinderung von spezifischen Ereignissen (z. B. Schlaganfall); ■ Minimierung von Medikamentennebenwirkungen; ■ Verringerung der Belastung durch Behandlungen; ■ Lebensverlängerung. <p>Die Einstellung der Patienten zu ihrer Therapie und deren möglichem Nutzen soll exploriert werden.</p> <p>Es sollte mit dem Patienten geklärt werden, ob und inwieweit Partner, Angehörige oder Pflegende in wichtige Versorgungsentscheidungen eingebunden werden.</p> <p>Wenn mehrere Gesundheitsprofessionen an der Behandlung von Patienten mit Multimorbidität beteiligt sind, sollten sich die Beteiligten (Patient, Spezialisten, Hausarzt, Angehörige, Pflegepersonal) hinsichtlich Diagnostik und Therapie abstimmen.</p>
Patientinnen und Patienten mit akutem Schwindel in der Hausarztpraxis	<p>Bei Patienten, die mit dem Symptom Schwindel in die Hausarztpraxis kommen, erhält nur ein kleinerer Teil eine besondere Diagnose.</p> <p>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.</p>
Schlaganfall	<p>Bei Schlaganfallpatienten mit hohem Sturzrisiko sollte eine umfassende Beurteilung der Sturzgefahren im häuslichen Umfeld erfolgen. Patienten und Angehörige sollten beraten werden, Gefahrenquellen zu beseitigen.</p>
Pflegende Angehörige von Erwachsenen	<p>Pflegende Angehörige sollen über Unterstützungs- und Entlastungsangebote informiert werden.</p>

Die Patienteninformation wurde in Zusammenarbeit mit dem Patientenvertreter Udo Ehrmann (Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe, Patientenvertreter im G-BA) 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/degam-leitlinien-379>.

Stand 03/2023, nächste Überarbeitung 02/2024