Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Institut für Allgemeinmedizin

Überversorgung vermeiden: Ansatz der Allgemeinmedizin

Scherer M, Abiry D, Dubben HH, Muche-Borowski C

DEGAM
Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Operationale und sprachliche Unklarheit

- Häufig benutzte ungeklärte Begriffe werden durch weitere ungeklärte Begriffe umschrieben
- Begriffe wie Überversorgung, Unterversorgung, zuviel, zuwenig … implizieren bereits eine negative Wertung.
- Es gibt keine einheitliche Vorgehensweise, Über- bzw. Unterversorgung für eine konkrete Situation zu definieren.
- Unterschiedliche Versorgung (z.B. geographisch) allein ist kein Beleg für Über- oder Unterversorgung

ELSEVIER
URBAN & FISCHER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: http://www.elsevier.com/locate/zefq

ANALYSIS PAPER

When Choosing Wisely meets clinical practice guidelines

Wenn "Choosing Wisely" auf Leitlinien trifft

Daniel Strech [1,*], Markus Follmann [2], David Klemperer [3], Monika Lelgemann [4], Günter Ollenschläger [5], Heiner Raspe [6], Monika Nothacker [7]

DEGAM-Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“

Leitlinienvorhaben

Hintergrund

- DEGAM-Fachdefinition: “Das Arbeitsziel der Allgemeinmedizin ist eine qualitativ hochstehende Versorgung, die den Schutz des Patienten, aber auch der Gesellschaft vor Fehl-, Unter- oder Überversorgung einschließt.”
- „Gemeinsam Klug Entscheiden“-Initiative (AWMF)

Methodisches Vorgehen

- Extraktion von Positiv- und Negativ-Empfehlungen aus DEGAM S3-Leitlinien und NVL mit DEGAM-Beteiligung
- Konsentierung von Priorisierungskriterien mit externen Experten
- Priorisierungsprozess: Befragung eines großen hausärztlichen Panels („Naives Panel“) im Vergleich mit den Leitlinien-Gruppen

Ziel

- Zusammenstellung sowie Priorisierung der wichtigsten Empfehlungen zum Abbau von Über- und Unterversorgung für den hausärztlichen Bereich.

DEGAM-Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“

Leitlinienvorhaben

Hintergrund

- DEGAM-Fachdefinition: “Das Arbeitsziel der Allgemeinmedizin ist eine qualitativ hochstehende Versorgung, die den Schutz des Patienten, aber auch der Gesellschaft vor Fehl-, Unter- oder Überversorgung einschließt.”
- „Gemeinsam Klug Entscheiden“-Initiative (AWMF)

Methodisches Vorgehen

- Extraktion von Positiv- und Negativ-Empfehlungen aus DEGAM S3-Leitlinien und NVL mit DEGAM-Beteiligung
- Konsentierung von Priorisierungskriterien mit externen Experten
- **Priorisierungsprozess: Befragung eines großen hausärztlichen Panels („Naives Panel“, n=54) im Vergleich mit den Leitlinien-Gruppen**

Ziel

- Zusammenstellung sowie Priorisierung der wichtigsten Empfehlungen zum Abbau von Über- und Unterversorgung für den hausärztlichen Bereich.

DEGAM Leitlinie

Brennen beim Wasserlassen 1

Kurzversion

Ursachen

Harnwegsinfekt (HWI); Pyelonephritis, Urethritis, Kolpitis, Prostatitis, Interstitielle Zystitis

Abwendbar gefährliche Verläufe

Entstehung einer Pyelonephritis/Sepsis insbesondere bei geriatrischen Patienten, gleichzeitig bestehender Obstruktion

Schwangere: bereits bei asymptomatischer Bakteriurie erhöhte Gefahr einer Pyelonephritis

DEGAM Leitlinie

Müdigkeit 2

Kurzversion

Definition und Ursachen

Patienten verwenden Bezeichnungen, die emotionale, kognitive, körperliche und Verhaltens-Aspekte beschreiben können. Eine große Zahl von biologischen, seelischen und sozialen Ursachen kommt in Frage, oft in Kombination. Darunter sind eindeutig diagnostizierbare seelische und körperliche Störungen oder Belastungen; oft lässt sich jedoch keine definitive Ursache identifizieren. Die Leitlinie behandelt das Symptom bei Erwachsenen.

Abwendbar gefährliche Verläufe – spezifische Probleme

DEGAM Leitlinie

Schlaganfall 8

Kurzversion

Akutphase: Maßnahmen bei Verdacht auf akuten Schlaganfall

Abwägung stationär-ambulant und Einweisung

DEGAM Leitlinie

Rhinosinusitis 10

Kurzversion

Definition und Ursachen

Die **akute Rhinosinusitis** (ARS) entsteht meist bei einer viralen Luftwegs-Entzündung mit Beteiligung der Nasennebenhöhlen (NNH) insbesondere durch Sekretstau. Bei etwa 30 Prozent unselektierter hausärztlicher Patienten mit ARS lassen sich Bakterien als Ursache nachweisen. A

Beteiligt sind in ca. 90 Prozent der Fälle die Maxillar-, in 76 Prozent die Ethmoidal-, in nur 40 Prozent die Frontal- und in 27% die Sphenoidalsinus. A

Die **chronische Rhinosinusitis** (CRS) ist häufig mit einer aller… Staph. aureus assoziiert und kann mit und ohne Polypenbildu… bei Immunschwäche auf. C

Auch ohne Therapie erfolgt eine vollständige Heilung der aku… zwei Wochen, bei 90 Prozent innerhalb von sechs Wochen. A

Chronische Rhinosinusitiden bedeuten bei bisweilen jahre- bz… Lebensqualität. E

Klinische Einteilung der Rhinosinusitis bein…

Akute Rhinosinusitis (ARS)	Symptomatik < 8 Wochen und < 4 / Jahr
Akut rezidivierende Rhinosinusitis	> 4 Episoden / Jahr, aber mit voll… Rückbildung der Symptomatik
Chronische Rhinosinusitis (CRS)	Symptomatik > 8 Wochen oder > 4 Episoden / Jahr + Restsympto…

Diagnosestellung

Die Diagnosestellung einer akuter Rhinosinusitis ist in aller …

Bei chronischem Verlauf finden sich weniger Schmerzen, ab… tender Symptomatik und Befunden bei Endoskopie und / oder …

Konventionelles Röntgen der NNH, Ultraschall und Diaphanie …

Bei chronischer oder akut rezidivierender Sinusitis: CT, En…

Bei V.a. Komplikationen oder unklarer Diagnose: CT, Endosk…

Symptome und Befunde

Anamnestische Hinweise: „Verstopfte Nase", Riechstörung, … freiem Intervall bis zum Beginn der Sinusitis), Schmerzen im …

Begünstigende Faktoren: Anatomische Besonderheiten, Aller… Zilienfunktion, Analgetika-Intoleranz. E

Häufige Befunde: Eitriger Schnupfen, verlegte Nasenatmung, Schleim-Eiterstrasse an der Rachenhinterwand. A

Endoskopische Untersuchungsbefunde: z.B. Nasenpolyp, Eit… aber zuverlässige Befunde). A

Gefährliche Verläufe

Seltene gefährliche Verläufe (Häufigkeit bei Erwachsenen n… Meningitis, Orbitalphlegmone, Osteomyelitis und Sinuvenent…

Als Warnzeichen für Komplikationen gelten starke Schmerze… gische Symptome. E

Stand 2008 ©comkom publishing/DEGAM, www.degam-leitlinien.de
DEGAM Leitlinien
Hilfen für eine gute Medizin

DEGAM Leitlinie

Nacken-schmerzen 13

Kurzversion

Definition

Schmerz in dem Gebiet, das nach oben durch Linea nuchalis superior, nach unten durch den ersten Brustwirbel und seitlich durch die schultergelenksnahen Ansätze des Musculus trapezius begrenzt wird.

Abwendbar gefährliche Verläufe

…hinweisen, werden nicht erkannt
…d praktisch immer mit A…

…hierweisen können Medi…
…enten entgegenstehen
…mmenhänge häufig nur b…

Ätiologie

…ittisch — Ursache nicht…
…isch — Verdacht auf…
Traumafolge…

…rten Verlaufs

…rankung in der Vorgesch…
…dikation mit Steroiden

…logischen Symptomen
…cher Therapie

…n umseitigen Emp…

DEGAM Leitlinie

Akuter Husten 11

Kurzversion

Definition

Husten ist ein plötzlicher Atemstoß durch die Stimmritze. Husten kann durch entzündliche, chemische, physikalische oder mechanische Reizungen der Schleimhaut der oberen und unteren Atemwege ausgelöst werden. Hustenrezeptoren befinden sich ebenso in den Nasennebenhöhlen, im Mittelohr und in der Speiseröhre. Von einem akuten Husten wird laut Definition der WHO gesprochen, wenn der Husten nicht länger als drei Wochen besteht. Die Leitlinie behandelt das Symptom beim Erwachsenen.

Anwendbar gefährliche Verläufe

- Lungenembolie (Tachykardie, Dyspnoe, Tachypnoe, Thoraxschmerz)

…eitig abgeschwächtes Atemgeräusch, hyperso-

…ifunktionen; Einweisung unter ärztlicher

…en. Vorrang besitzt die Abgrenzung des harm-
…en assoziiert sind.

…n
…heinnahme
…ungen
…alativer Noxen
…ankungen in der Familie

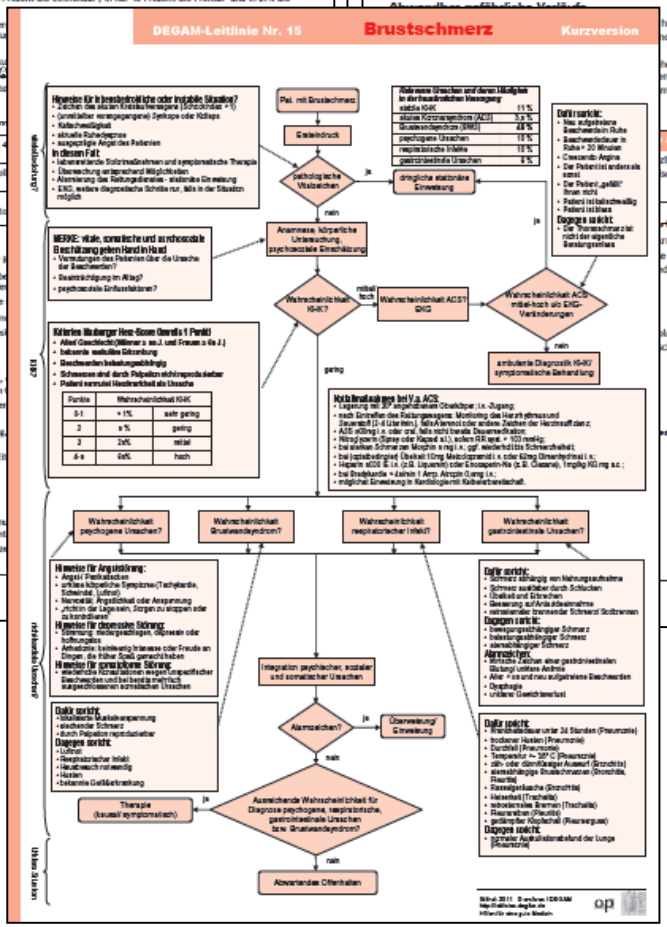
…mfrequenz, Auskultation des Herzens)

…riellen Infektionen A.

Exacerbationen (≥ 3/Jahr), auf multiresistente Bakterien empfohlen.

op

DEGAM-Leitlinie Nr. 15 **Brustschmerz** Kurzversion



op

DEGAM Leitlinie

Halsschmerzen 14

Kurzversion

Definition

Halsschmerzen von ≤ 14 Tagen Dauer aufgrund einer Pharyngitis bei Patienten von ≥ 2 Jahren. Die Definition „Pharyngitis" umfasst Pharyngitis, Rhinopharyngitis, akute Tonsillitis bzw. Tonsillopharyngitis.

- V.a. GAS-Pharyngitis: klinische Zeichen einer Pharyngitis durch Streptococcus pyogenes, bzw. GAS ohne Rachenabstrich und Kultur
- GAS-Pharyngitis oder „bonafide GAS-Pharyngitis": klinische Zeichen einer Pharyngitis durch Streptococcus pyogenes, bzw. GAS mit kulturellem Nachweis von GAS im Rachenabstrich

Übersicht über die häufigsten bei Pharyngitis isolierten Erreger

Viren ~ 50–80 %		Bakterien
• Rhinoviren	ca. 20%	• ß-hämolysierende Streptokokken der Gruppe A = GAS 15-30%
• Coronaviren	≥ 5%	• ß-hämolysierende Streptokokken der Gruppen C und G 5-10%
• Adenoviren	ca. 5%	
• Epstein-Barr Virus	ca. 1%	

Spontanverlauf

- Halsschmerzen dauern, unabhängig von einem GAS-Nachweis, im Mittel 3,5-5 Tage.
- Fieber klingt meist innerhalb von 2-3 Tagen ab.
- Eitrige Komplikationen wie Peritonsillarabszess, Otitis media oder Sinusitis sind selten bis sehr selten. Prävention durch orale Antibiotikagabe ist nicht eindeutig gesichert. B
- Akutes Rheumatisches Fieber (ARF) und Akute Poststreptokokkenglomerulonephritis (APSGN) als nicht-eitrige Folgekrankheiten nach GAS-Pharyngitis sind heute bei uns extrem selten. Prävention des ARF ist nur für eine parenterale Penicillinbehandlung bei epidemischer GAS-Pharyngitis belegt. A
- Prävention einer APSGN durch Antibiotika bei GAS-Pharyngitis ist nicht belegt. B

Das extrem niedrige Risiko einer Folgekrankheit rechtfertigt zurzeit nicht die routinemäßige Antibiotikagabe bei GAS-Pharyngitis oder V.a. GAS-Pharyngitis. B

Abwendbar gefährliche Verläufe - spezifische Probleme

! Stridor oder Atembeeinträchtigung → sofortige Einweisung, keine Rachenin…

! V.a. Peritonsillarabszess → Überweisung zum HNO-Arzt (einseitige Schmerzen, verstärkt beim Kauen, Schlucken und Mundöffnen und einseitige Schwellung mit Vorwölbung des Gaumensegels und Verdrängen der Uvula zur Gegenseite)

! V.a. Mononucleose (evtl. erhebliche Schluckprobleme, Krankheitsdauer 2-3 Wochen, evtl. funkt. Beeinträchtigung über Wochen-Monate, Amoxicillin → Exanthem)

! ARF in der Eigen- oder Familienanamnese → Vorgehen nach Leitlinien der WHO

! Agranulozytäre Angina (selten, z.B. bei Thyreostatika)

! V. a. Kawasaki-Syndrom → Vorstellung in Kinderklinik (Fieberhafte Pharyngitis bei Kindern, kein Exudat, gerötete oder einreißende Lippen, Himbeerzunge, zervikale Lymphadenopathie, konjunktivale Injektion, Exanthem, Ödeme und Erytheme der Hände und Füße mit späterer Schuppung; hohes Risiko von Koronaraneurysmen)

! seltene Erkrankungen: HIV, Gonorrhoe, Diphtherie (Gräuliche pseudomembranöse Beläge, deren Entfernung Blutungen provoziert)

! bei Risikofaktoren wie relevante Grunderkrankungen und Immunsuppression oder APSGN in der Eigen- oder Familienanamnese, V.a. Scharlach oder sehr hoher Inzidenz von GAS-Infektionen: fallorientiert Laboruntersuchungen und großzügige Antibiotika-Indikation C

2009 ©comkom publishing/DEGAM, www.degam-leitlinien.de
DEGAM Leitlinien
Hilfen für eine gute Medizin

op

DEGAM-Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“

Abstimmungsverfahren

Priorisierungsformular zur DEGAM-Leitlinie „Brustschmerz“

Thema	Unterthema
Diagnostisches Vorgehen	3.3 KHK als Ursache des Brustschmerzes
Empfehlung 13:	**K.7 Empfehlen Sie dem Patienten eine Koronarangiographie nur, wenn damit ein definierter diagnostischer und/ oder therapeutischer Nutzen zu erwarten ist. (A, Tla)**
Evidenzgrad	T Ia
Empfehlungsgrad	A
Bewertung der Empfehlung (bitte jeweils ein Kästchen anklicken bzw. ankreuzen):	
	1 = sehr niedrig *9 = sehr hoch*
Klarheit der Empfehlung	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☒9
Relevanz der Empfehlung für den Abbau von Überversorgung	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☒9
Relevanz der Empfehlung für die Reduktion von Unterversorgung	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☒7 ☐8 ☐9
Beeinflussbarkeit des Versorgungsproblems	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☒9
Umsetzbarkeit der Empfehlung	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☒9
Qualität der Evidenzbasis	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☒7 ☐8 ☐9
Stärke der Empfehlung	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☒7 ☐8 ☐9
Relevanz für Versorgungsziele:	
Klinische Ziele	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☒8 ☐9
Public Health Ziele	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☒7 ☐8 ☐9
Weitere soziale Ziele	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☒7 ☐8 ☐9
Relevant im Sinne der Patientensicherheit	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☒7 ☐8 ☐9

Beispiel: Priorisierungsformular für eine Empfehlung aus der S3-DEGAM-LL „Brustschmerz“

- 1 Leitlinienempfehlung je Abstimmungsbogen
- 11 Priorisierungskriterien (PK)
- 9-stufige Bewertungsskala („sehr niedrig“ bis „sehr hoch“)
- Anzahl Empfehlungen je Leitlinie: 15 – 113 (DEGAM-LL)
- Bewertung durch „naives Panel“ (N=54) und durch Leitlinienautoren

Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“

Algorithmus zur Priorisierung der Empfehlungen

Priorisierungsschritt	*Erklärung*
1) VORAUSWAHL Eingangskriterium: **Median ≥ 8** bei Priorisierungskriterium • **Relevanz f. Überversorgung** und/oder • **Relevanz f. Unterversorgung**	*Angelehnt an modifiziertem RAM-Prozess von AQUA (QI) u. AQUIK (Ambulante QI, KBV)* *1. Festlegung der wichtigsten Bewertungskategorie(n): Relevanz für ÜV/UV* *2. Festlegung des relevanten Medianbereichs: hier ≥ 8 (RAM-Prozess: 7-9) wegen hohem Mittelwert der Mediane bei ÜV/UV (6,73)*
2) RANGFOLGENBILDUNG • **Mittelwert der PK-Mediane je Empfehlung** • **Rangfolge der Empfehlungen nach diesem Mittelwert** • Getrennte Rangfolgen für Über- und Unterversorgung (höherer PK-Median) • Empfehlungen mit identischem Median bei ÜV und UV werden gesondert gelistet	

Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“

Priorisierungsergebnis

- Folgende Tabellen: **Synopsen der Empfehlungen auf den ersten 3 Rängen**

- Getrennt nach Empfehlungen mit **Relevanz für Überversorgung**, **Unterversorgung und gleicher Relevanz für ÜV und UV**

- Gegenüberstellung der **Ergebnisse des „Naiven Panels“** und der **Leitlinien-Gruppen**

- **8 DEGAM-S3-Leitlinien** (NVL noch nicht ausgewertet):
    1. Brustschmerz
    2. Husten
    3. Brennen beim Wasserlassen
    4. Halsschmerzen
    5. Müdigkeit
    6. Nackenschmerzen
    7. Rhinosinusitis
    8. Schlaganfall

Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“

Priorisierungsergebnis: Leitlinie „Brustschmerz“

	„Naives Panel“	LL-Autoren
Überversorgung	• ***Koronarangiographie*** *bei Brustschmerz* ***nur empfehlen, wenn diagnost./therapeut. Nutzen*** *erwartbar* • ***Gründe gegen weiterführende Brustschmerz-Diagnostik*** *bei bekannter KHK*	
	• ***(Nur) ambulante Diagnostik veranlassen*** *bei Brustschmerz und wahrscheinlicher KHK ohne ACS*	• ***Marburger Herz-Score*** *zur KHK-Wahrscheinlichkeitsstratifizierung*
Unterversorgung	• ***Vorgehen*** *im Fall einer* ***bedrohlichen Situation*** *(BLS, Ruhe-EKG etc.)* • *Diagnostik:* ***Ruhe-EKG*** *schreiben* • ***Vorgehen*** *bei wahrscheinlichem* ***ACS*** *(Lagerung, Zugang, O_2, ASS etc.)*	
	• *Kriterien zur* ***Einstufung eines Notfalls*** *(Kreislaufversagen, Synkope, Ruhedyspnoe etc.)*	• ***Vereinbarung von SOPs*** *für Beratungsanlass „Brustschmerz“ mit gesamtem Praxisteam*
ÜV = UV	• ***Vereinbarung von SOPs*** *für Beratungsanlass „Brustschmerz“ mit gesamtem Praxisteam* • ***KHK-Wahrscheinlichkeitsstratifizierung*** *bei jedem Pat. mit Brustschmerz (Kriterien s. Empfehlung)*	

Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“

Priorisierungsergebnis: Leitlinie „Husten“

	„Naives Panel“	LL-Autoren
Überversorgung	• ***Keine Labor-, Sputum-, Röntgen-Diagnostik*** *bei klinischer Diagnose unkomplizierte akute Bronchitis* • ***Keine Abx*** *bei unkomplizierter akute Bronchitis*	
	• ***Neuraminidase-Inhibitoren*** *zur Therapie der saisonalen Influenza* ***nur in Ausnahmefällen*** • ***Keine techn. Untersuchungen*** *bei unkompliziertem akutem Husten* • ***Pat. über Spontanverlauf*** *d. Erkältungshustens* ***aufklären***	• ***Abx-Therapie bei CAP*** *ohne Risikofaktoren* • ***Keine routinemäßige Labordiagnostik*** *bei Influenza-Verdacht*
Unterversorgung	• ***Röntgen-Thorax und Sputumdiagnostik*** *bei* ***V.a. Tbc***	• ***Raucherstatus*** *bei Pat. mit Husten erfragen und dokumentieren* • *Pat. mit Husten zur* ***Tabakentwöhnung*** *motivieren*
ÜV = UV	• ***Raucherstatus*** *bei Pat. mit Husten erfragen und dokumentieren*	

Priorisierungsergebnis: Leitlinie „Brennen beim Wasserlassen“

	„Naives Panel“	LL-Autoren
Überversorgung	• ***Kein Screening, keine Behandlung*** *einer* ***asymptomatischen Bakteriurie*** *ohne Risikofaktoren* • ***Kein Screening*** *auch bei* ***liegenden Kathetern***	
	• ***Keine routinemäßige zytoskopische Abklärung*** *bei Frauen mit* ***unkomplizierten rezidivierenden HWI***	• ***Kein Screening, keine Behandlung*** *einer* ***asymptomatischen Bakteriurie*** *bei Patientinnen mit* ***Diabetes***
Unterversorgung	• ***Screening und ggf. Behandlung*** *einer* ***asymptomatischen Bakteriurie*** *in der* ***Frühschwangerschaft***	
	• ***Gynäkologische Untersuchung*** *bei Frauen mit* ***rezidiv. HWI*** • ***Weitere Abklärung*** *mittels Urinstatus, -kultur, Restharnsono, Ausschluss STI*	
ÜV = UV	***Therapieschema***	

Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“

Priorisierungsergebnis: Leitlinie „Halsschmerzen“

	„Naives Panel“	LL-Autoren
Überversorgung	• ***Pat. verständlich machen**, dass die meisten Halsschmerzen viral bedingt sind **und Abx nicht helfen*** • ***Keine GAS-Eradikation** bei asymptomatischen Trägern* • ***Keine Cephalosporine** bei GAS-Pharyngitis*	• ***Centor-Score*** • ***Therapieschema*** • ***Keine Penicillinbehandlung** einer GAS-Pharyngitis **zur ARF-Prävention***
Unterversorgung	• ***Vorgehen** bei V.a. **Epiglottitis*** • ***Keine Penicillinbehandlung** für **3 Tage*** • ***Ausschluss von Risikofaktoren** (Immunschwäche, RF)* • *Therapie bei **rekurrierender** GAS-Pharyngitis*	• ***Abwendbar gefährliche Verläufe** und entsprechendes Vorgehen*
ÜV = UV	• *Wenn Abx, dann **Penicillin** über **7 Tage*** • ***Andere Antibiotika nur in Ausnahmefällen*** • ***Keine Tetrazykline und Trimethprim/Sulfamethoxazol** bei GAS-Pharyngitis*	

Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“

Priorisierungsergebnis: Leitlinie „Müdigkeit“

	„Naives Panel“	LL-Autoren
Überversorgung	• ***Keine weiterführende Tumordiagnostik*** *nur auf Grund des Symptoms Müdigkeit ohne zusätzliche Hinweise*	
	• *Liste häufig verordneter* ***Substanzklassen, die müde machen*** • ***Medikamentenumstellung*** *bei begründetem Verdacht, dass dies Auslöser der Symptome ist*	• ***Keine Amalgamsanierung*** *bei Müdigkeit* • ***Keine Blutdruckmessung*** *bei Müdigkeit*
Unterversorgung	• ***Therapie*** *bei* ***obstruktiver Schlafapnoe*** • ***Basis-Müdigkeitsdiagnostik immer durchführen,*** *auch bei Grunderkrankung* • *Exploration und ggf. Therapie einer* ***Schlafapnoe*** *bei Apoplex und Müdigkeit*	• ***Screeningschema*** *auf* ***Depression*** • ***Standardtherapie*** *bei* ***Herzinsuffizienz*** • *individuell angepasste* ***aktivierende Maßnahmen*** *im Sinne der VT*
ÜV = UV	• *3 Kriterien zur Indikationsfeststellung einer* ***schlafmedizinischen*** *Diagnostik* • ***Zöliakie****-Abklärung bei zusätzlichen Symptomen*	

Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“

Priorisierungsergebnis: Leitlinie „Nackenschmerzen“

	„Naives Panel“	LL-Autoren
Überversorgung	• ***Kein Röntgen*** *bei nicht-traumatischen Nackenschmerzen nach Ausschluss gefährlicher Verläufe*	
	• ***Pat.*** *auf dauerhafte* ***sportliche Betätigung hinweisen*** • ***Keine Botulinumtoxin-Injektionen***	• ***Kein CT oder Röntgen*** *zur* ***Routineuntersuchung*** *von NS ohne Warnsymptome* • *Auflistung* ***nicht-empfehlenswerter Substanzen*** • ***CT-Indikationen***
Unterversorgung	• *Bei Pat. mit Risikofaktoren* ***NSAR nur zusammen mit PI*** • ***Kombination aus KG und manueller Therapie*** *bei* ***chronischen*** *NS*	
ÜV = UV	• ***MRT-Indikationen***	

Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“

Priorisierungsergebnis: Leitlinie „Rhinosinusitis“

	„Naives Panel“	LL-Autoren
Überversorgung	• ***Keine Abx*** *nach ausschließlich klinischer Diagnostik auch bei* ***Kindern*** *mit* ***akuter unkomplizierter Rhinosinusitis*** • ***Diagnose*** *mittels* ***Anamnese und Untersuchung*** • *Empfehlungen zur* ***technischen Untersuchung***	Keine Auswertung, weil nur 1 TN
Unterversorgung	• ***Indikationen für erweitere Diagnostik*** *durch Spezialisten (Komplikationen, Therapieresistenz etc.)* • ***CT und Endoskopie aussagekräftiger als Röntgen***	Keine Auswertung, weil nur 1 TN
ÜV = UV	• ***Warnzeichen*** *für Komplikationen*	Keine Auswertung, weil nur 1 TN

Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“

Priorisierungsergebnis: Leitlinie „Schlaganfall“

	„Naives Panel“	LL-Autoren
Überversorgung	• *Primärpräv. bei **VHF**: bei **niedrigem Schlaganfallrisiko reicht ASS***	
	• ***Nach Hirnblutung keine Thrombozytenaggregationshemmer*** • ***Prähospitale Akutversorgung:** kein Heparin, ASS, Steroide, i.m.-Injektionen*	• *Primärpräv. bei **VHF: keine medikamentöse Kardioversion*** • *Primärpräv.: **kein** allgemeines **Screening** auf **asymptomat. Carotisstenosen***
Unterversorgung	• ***V.a. akuter Schlaganfall: 112** und rasche Klinikeinweisung, am besten **Stroke Unit***	
	• ***Normotone Blutdrucklage nach Schlaganfall** anstreben*	• ***Intensiviertes** Schlucktraining für Pat. mit **Dysphagie*** • *Nach Schlaganfall **auf Sprach- und Sprechstörungen achten***
ÜV = UV	• ***Prähospitale Akutversorgung: Dokumentation** anamnestischer Daten* • ***Prähospitale Akutversorgung: Medikamentenplan** zur Mitgabe vorbereiten*	

Zusammenfassung der Ergebnisse

- „Naives Panel“ und LL-Gruppen priorisieren teilweise gleich, teilweise unterschiedlich
- Gute Herausarbeitung von Versorgungsspezifika, z.B. Diagnose und Therapie des Schlafapnoe-Syndroms (LL „Müdigkeit“), Diagnose und Therapie von Sprach-/Sprech- und Schluckstörungen nach Apoplex (LL „Schlaganfall“)
- Die LL-Gruppen messen Scores und Schemata eine besondere Bedeutung für den Abbau von Über- und Unterversorgung bei (z.B. Marburger Herz-Score und Centor-Score)
- Das Antwortverhalten des „Naiven Panels“ weist auf die Problematik hin, dass nicht alle Empfehlungen dem Abbau von Über- oder Unterversorgung klar zugeordnet werden können, sondern zum Teil durch eine adäquate Versorgung beidem vorbeugen

Vielen Dank!

m.scherer@uke.de