

## Leitliniensynopse zur S2e-Leitlinie “Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden” (053-045)

Anmerkung: Die Übernahme der Literaturstellen aus den Quelleitlinien wurde in dieser Leitliniensynopse nur für die 5 Aktualisierung vorgenommen.

Für die andren Aktualisierungen sind diese den entsprechenden Quelleitlinien zu entnehmen.

### Was ist Neu

#### 5. Aktualisierung

**Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes – Langfassung. Version 3.0. 2023e. DOI: 10.6101/AZQ/000503. [www.leitlinien.de/diabetes](http://www.leitlinien.de/diabetes). Internet: [www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de), [www.awmf.org](http://www.awmf.org).**

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
2 Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) und Teilhabe in allen relevanten Lebensbereichen	2.2 Vereinbarung und kontinuierliche Überprüfung individueller Therapieziele	Menschen mit Typ-2-Diabetes und ihre Ärztin/ihr Arzt sollen initial und wiederholt im Erkrankungsverlauf gemeinsam individuelle Therapieziele vereinbaren und priorisieren. Empfehlung (bestätigt 2023)	↑↑	EK
		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. Empfehlung (bestätigt 2023)	↑↑	EK
4 Diagnostik	4.4 Screening auf Folge- und Begleiterkrankungen	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. (Details siehe Tabelle 17 ( NVL Typ-2-Diabetes Langfassung (2023), S. 63) und Tabelle 21 (S. 69)). Empfehlung (modifiziert 2023)	↑↑	Evidenzbasiert (Literatur: 1,3-7 s. Langfassung oder nvl)

5 Medikamentöse Therapie des Glukosestoffwechsels	5.2 Allgemeine Therapieprinzipien für nicht-medikamentöse und medikamentöse Therapie	Vor jeder Therapie-Eskalation sollen Ursachen für die Nicht-Erreichung bisher vereinbarter Therapieziele evaluiert und berücksichtigt werden (siehe Kapitel 2.6 Therapieadhärenz). Empfehlung (bestätigt 2023)	↑↑	EK
		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 und 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. Empfehlung (bestätigt 2023)	↑↑	EK
	5.5.7.1 Indikation zur Insulintherapie	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). Empfehlung (bestätigt 2023)	↑↑	EK
	5.9 HbA1c-Zielkorridor	Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes sollen individualisierte Therapieziele für HbA1c vereinbart werden. Dabei sollen die Aspekte gemäß Abbildung 9 (NVL Typ-2-Diabetes Langfassung (2023), S. 112) berücksichtigt werden. Empfehlung (bestätigt 2023)	↑↑	Evidenzbasiert (Literatur: 2,218,225 s. Langfassung oder nvl)

				(Ref. 218: AMSTAR- Bewertung: moderat)
--	--	--	--	---

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Hypertonie – Langfassung, Version 1.0. 2023. DOI: 10.6101/AZQ/000502. [www.leitlinien.de/hypertonie](http://www.leitlinien.de/hypertonie). Internet: [www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de), [www.awmf.org](http://www.awmf.org).

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
5 Partizipative Entscheidungsfindung und Therapieplanung	5.1 Vereinbarung und Überprüfung individueller Therapieziele	Patient*innen und Ärzt*innen sollen gemeinsam initial und wiederholt im Erkrankungsverlauf individuelle Therapieziele vereinbaren. Empfehlung (neu 2023)	↑↑	EK
7 Medikamentöse Therapie	7.2 Algorithmus medikamentöse Therapie der Hypertonie	Ist bei Menschen mit Hypertonie unter Berücksichtigung der individuellen Therapieziele und der nichtmedikamentösen Therapie eine medikamentöse Therapie indiziert, soll der Therapie-Algorithmus (siehe Abbildung 5, NVL Hypertonie Langfassung (2023), S.56 sowie Tabelle 13, S. 57) angewendet werden. Empfehlung (neu 2023)	↑↑	Evidenzbasiert (Literatur: 88-94,96-104, 106,108-118, 122-135,136-153 s. Langfassung oder nvl)
	7.5 Hypertensive Entgleisung/hypertensiver Notfall	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. Empfehlung (neu 2023)	↑	EK
9 Versorgungskoordination	9.1 Primärärztliche und fachspezifische Versorgung	Die Langzeitbetreuung der Patient*innen und deren Dokumentation sollte in der Regel durch den Hausarzt oder die Hausärztin erfolgen. Empfehlung (neu 2023)	↑	EK

	9.2 Pflegekräfte und medizinische Fachangestellte	Pflegekräfte und medizinische Fachangestellte, die an der Betreuung von Patient*innen mit arterieller Hypertonie beteiligt sind, sollten aktiv auch in die Versorgungsplanung eingebunden werden. Empfehlung (neu 2023)	↑	Evidenzbasiert (Literatur: 193-195 s. Langfassung oder nvl)
--	---	--	---	--

#### 4. Aktualisierung

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Müdigkeit. AWMF-Registernr. 053-002. Stand 11/2022. Verfügbar unter <http://www.degam.de/leitlinien-51.html>; <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-002.html>

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
5 Diagnostisches Vorgehen	5.1 Anamnese	Bei primär ungeklärter Müdigkeit sollen anhand von Screeningfragen eine Depression oder Angststörung eruiert werden. (modifiziert 2022)	A	la
	5.3 Zusätzliche diagnostische Massnahmen	Weitergehende Labor- oder apparative Untersuchungen sollten nur bei auffälligen Vorbefunden/ spezifischen Hinweisen in der empfohlenen Basisdiagnostik erfolgen. (modifiziert 2022)	GCP	

NVL-Programm von BÄK, KBV, AWMF. nvl Unipolare Depression. AWMF-Registernr. Nvl-005. Stand 09/2022. Verfügbar unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005>

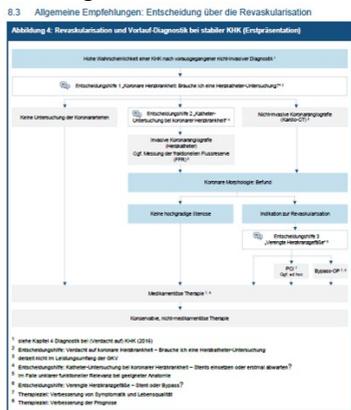
Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
Behandlung bei leichten depressiven Episoden	Psychotherapie und medikamentöse Therapie	Patient*innen mit einer leichten depressiven Symptomatik soll eine Psychotherapie angeboten werden, - wenn die Symptomatik trotz Nutzung von Interventionen mit geringer Intensität fortbesteht und/oder	↑↑	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- wenn sie in der Vergangenheit gut auf eine Psychotherapie angesprochen haben und/oder</li> <li>- 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</li> <li>- wenn sie niedrigschwellige Verfahren ablehnen oder in der Vergangenheit nicht gut auf sie angesprochen haben.</li> </ul>		
Behandlung bei mittelgradigen depressiven Episoden	Internet- und mobilbasierte Interventionen	Internet- und mobilbasierte Interventionen können Patient*innen mit mittelgradigen depressiven Episoden zusätzlich zu einer Behandlung mit Antidepressiva bzw. Psychotherapie angeboten werden.	↔	

NVL-Programm von BÄK, KBV, AWMF. nvl Chronische KHK, Kapitel Revaskularisation. AWMF-Registernr. Nvl-004. Stand 09/2022. Verfügbar unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-004>

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
Allgemeine Empfehlungen: Entscheidung über die Revaskularisation	Therapieziel Verbesserung der Prognose	<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>8.3 Allgemeine Empfehlungen: Entscheidung über die Revaskularisation</p> <p>1. siehe Kapitel 4 Diagnostik bei (Verdacht auf) KHK (2016)  2. Entscheidungshilfe: Verdacht auf koronare Herzerkrankung – Brauche ich eine Herzkatheter-Untersuchung?  3. besteht nicht in Leitungsnetz der DAV  4. Entscheidungshilfe: Leitungs-Untersuchung bei koronarer Herzerkrankung – Dosis einleiten oder erst mal abwarten?  5. in Falle unklarer funktioneller Reserve bei gestörter Anamnese  6. Entscheidungshilfe: Wenige Herzerkrankungen – Dosis oder Bypass?  7. Therapieziel: Verbesserung der Symptomatik und Lebensqualität  8. Therapieziel: Verbesserung der Prognose</p>	↑↑	

		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?").	↑↑	
		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.	↑↑	



### 3. Aktualisierung: Stand Februar 2022

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Halsschmerzen. AWMF-Registernr. 053-010. Stand 10/2020. Verfügbar unter <http://www.degam.de/leitlinien-51.html>; <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-010.html>

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
-------	------------	------------	----------------------	-------------

Ätiologie	Infektiologische Ursachen	Die häufigste, infektiologisch bedingte Ursache des Halsschmerzes sind (altersunabhängig) selbst-limitierende virale Infektionen des Pharynx.		K Ia
	Abwendbar gefährliche Verläufe und Red Flags	Gefährliche Komplikationen bei Halsschmerzen sind in Ländern wie Deutschland, dem Vereinigten Königreich und den Niederlanden sehr selten.		K Ia
	Abwendbar gefährliche Verläufe und Red Flags	Eine Re-Evaluation sollte erfolgen, wenn bei Patienten mit Halsschmerzen eine Verschlechterung oder nach 3 bis 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		GCP
		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		GCP

Diagnostisches Vorgehen in der Hausarztpraxis	Labor	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.		GCP
		Die Bestimmung des Antistreptolysin-Titers (ASL-Titers) und anderer Streptokokken- Antikörper-Titer soll bei akuter und rezidivierender Tonsillopharyngitis nicht durchgeführt werden.	A	D Ia
Diagnostisches Vorgehen in der Hausarztpraxis	Streptokokken-Schnelltests und Abstrich-Untersuchungen	Eine sichere Unterscheidung zwischen Infektion und Trägerstatus ist weder durch mikrobiologische Kulturen noch durch Schnelltests möglich.		D II
	Schnelltest auf Gruppe-A-Streptokokken	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.	B	T II
Symptomatische Lokalthherapie		Das Lutschen von medizinischen Lutschtabletten mit Lokalantiseptika und/oder Antibiotika zur lokalen Schmerzlinderung soll nicht empfohlen werden.	A	T IV / GCP
Symptomatische systemische Therapie	Kortikosteroide	Kortikosteroide sollen nicht zur analgetischen Therapie bei Halsschmerzen genutzt werden.	A	T Ia
Systemische Antibiotikatherapie	Re-Evaluation und Absetzen eines Antibiotikums	Wenn eine antibiotische Therapie zur Behandlung einer bakteriellen Tonsillopharyngitis nach 3 bis 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.		GCP

Nachsorge	Ärztliche Wiedervorstellung	Eine routinemäßige ärztliche Wiedervorstellung und Kontrolluntersuchungen nach erfolgreicher Behandlung von Halsschmerzen sind nicht notwendig.		GCP
-----------	-----------------------------	---	--	-----

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Akuter und chronischer Husten. AWMF-Registernr. 053-013. Stand 02/2021. Verfügbar unter <http://www.degam.de/leitlinien-51.html>; <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-013.html>

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
Anamnese und körperliche Untersuchung		Bei erwachsenen Patienten mit akutem Husten ohne Red Flags sind eine gründliche Anamnese und eine symptomorientierte klinische Untersuchung zur Diagnosefindung ausreichend.		V
		Die häufigste Ursache für den akuten Husten bei erwachsenen Patienten ist eine selbstlimitierende Virusinfektion der Atemwege.		K Ia
Relevante Differentialdiagnosen des akuten und des subakuten Hustens	Erkältungskrankheiten (common cold und akute Bronchitis)	Bei klinischer Diagnose einer Erkältungskrankheit oder einer akuten Bronchitis soll bei erwachsenen Patienten ohne Red Flags auf Blutuntersuchungen, Sputumdiagnostik und Röntgenthorax-Aufnahmen verzichtet werden.	A	D V
		Die Erkältungskrankheit und die akute Bronchitis des erwachsenen Patienten ohne Red Flags sollen nicht mit Antibiotika behandelt werden.	A	T Ia
	Pneumonie	Bei erwachsenen Patienten mit einem akuten Atemwegsinfekt ist bei normalen Vitalparametern (Temperatur, Atemfrequenz und Herzfrequenz) und unauffälliger pulmonaler Auskultation eine Pneumonie sehr unwahrscheinlich.		T Ia
		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		T Ia

		einzuschätzen. Eine individuelle Risikoeinschätzung ist daher ergänzend sinnvoll.		
Akuter (< 3 Wochen) und subakuter Husten (< 8 Wochen)	Allgemeine Beratung und Selbstmanagement	Erwachsene Patienten ohne Red Flags sollen über den Spontanverlauf eines akuten Hustens im Rahmen eines Atemwegsinfektes sowie zu den Möglichkeiten des Selbstmanagements aufgeklärt werden.		GCP
	Medikamentöse Behandlungsoptionen Antitussiva	Der akute Husten im Rahmen eines Atemwegsinfektes bei erwachsenen Patienten klingt auch ohne medikamentöse Behandlung ab.		T Ia
Chronischer Husten (> 8 Wochen)	Diagnostik Anamnese und Beratung	Die Raucheranamnese soll bei jedem erwachsenen Patienten mit chronischem Husten erhoben werden.	A	T Ia

**Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK – Langfassung, 5. Auflage. Version 1, 2019**

Verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-004.html>

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
Invasive Koronarangiographie		<p>Eine invasive Koronarangiographie soll nicht durchgeführt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei niedriger Wahrscheinlichkeit für eine stenosierende KHK;</li> <li>• bei mittlerer Wahrscheinlichkeit für eine stenosierende KHK und fehlendem Ischämie-Nachweis nach nicht-invasiver Diagnostik;</li> <li>• bei hoher Komorbidität, bei der das Risiko der Koronarangiographie größer ist als der Nutzen durch die Sicherung der Diagnose und hieraus resultierender therapeutischer Maßnahmen;</li> <li>• 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;</li> <li>• 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.</li> </ul>	A	
Routinemäßige Verlaufsbeobachtung von Patienten mit gesicherter stenosierender KHK		Bei asymptomatischen Patienten soll im Rahmen der Verlaufsbeobachtung keine spezielle kardiale Diagnostik (einschließlich Ergometrie, Echokardiographie) zur Abklärung der stenosierenden KHK erfolgen.	A	
PCSK9-Inhibitoren		<p>Sondervotum der AkdÄ</p> <p>PCSK9-Inhibitoren sollten nicht routinemäßig bei Patienten mit KHK eingesetzt werden, es sei denn, der Einsatz der PCSK9-</p>	B	

		Inhibitoren erfolgt zur Vermeidung einer Lipid-Apherese (entsprechend AM-RiLi [274–276]).		
--	--	---	--	--

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Hausärztliche Leitlinie: Multimedikation. AWMF-Registernr. 053-043. Stand 05/2021. Verfügbar unter <http://www.degam.de/leitlinien-51.html>; <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-043.html>

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad
Bestandsaufnahme		Die Medikation soll strukturiert bewertet werden, z. B. mittels eines Instrumentes, wie dem modifizierten Medikationsangemessenheitsindex*, unter besonderer Berücksichtigung von - PIM-Listen/anticholinerg Last, QTc –Zeit verlängernden Medikamenten, - Unterversorgung, - Adhärenz.	A	V
Verordnungsvorschlag und Kommunikation		Bei jeder Medikationsüberprüfung soll geklärt werden, ob Medikamente fehlen, abgesetzt oder in der Dosis angepasst werden können.	A	V
		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.	A	V
Arzneimittelanwendung / Selbstmanagement		Vom koordinierenden Arzt* sollte sichergestellt werden, dass jeder Patient/jede Patientin mit Multimedikation einen aktuellen Medikationsplan hat.	B	V

## 2. Aktualisierung: Stand März 2021

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Schlaganfall. AWMF-Registernr. 053-011. Stand Februar 2019. Verfügbar unter <http://www.degam.de/leitlinien-51.html>; <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-011.html>

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad	Literatur
Empfehlungen zur Therapie nach Schlaganfall	Bewegung und Mobilität Stürze	Bei Schlaganfallpatienten mit hohem Sturzrisiko sollte eine umfassende Beurteilung der Sturzgefahren im häuslichen Umfeld erfolgen. Patienten und Angehörige sollten beraten werden, Gefahrenquellen zu beseitigen.			Leitlinienadaption: AUS 2017 [39]

Literatur:

39. Australian Stroke Foundation. Clinical guidelines for stroke management 2017. 2017; Available from: <https://informme.org.au/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management-2017>.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. **Pflegende Angehörige von Erwachsenen.** AWMF-Registernr. 053-006. Stand Juli 2018.  
 Verfügbar unter <http://www.degam.de/leitlinien-51.html>; <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-006.html>

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad	Literatur
Diagnostisches Vorgehen – Pflegende Angehörige, ihre Beschwerden, Belastungen und Bedürfnisse identifizieren	Gespräche und Assessments zur Pflege- und Belastungssituation	Hausärzte und Hausärztinnen sollten die Initiative ergreifen und verschiedene Anlässe, Patienten Anliegen oder anamnestische Wahrnehmungen nutzen, um ein Anamnesegespräch oder ein (wiederholtes) Assessment der Pflegesituation und Belastung zu veranlassen.	B	Expertenkonsens	
		MFAs sollten Beobachtungen und in informellen Gesprächen gewonnene Informationen an den Hausarzt bzw. die Hausärztin weiterleiten.	B	Expertenkonsens	
	Anamnesegespräche/ Angehörigenassessments in der Hausarztpraxis	Pflegende Angehörige sollen bei möglichen Anamnesegesprächen bzw. Angehörigenassessments die Möglichkeit erhalten, ihre Bedürfnisse zu äußern. Entscheidungen über daraus abgeleitete Maßnahmen sollen gemeinsam getroffen werden.	A	Expertenkonsens	
Therapeutisches Vorgehen und weitere Interventionsmöglichkeiten durch das hausärztliche Team	Informieren und Beraten Informationsbedarf pflegender Angehöriger	Pflegende Angehörige sollen über Unterstützungs- und Entlastungsangebote informiert werden.	A	Expertenkonsens	
	Hausärztliches Beratungsgespräch zur Nutzung von weiterführenden Unterstützungs- und Hilfsangeboten	Der Hausarzt bzw. die Hausärztin soll mit pflegenden Angehörigen frühzeitig ein wertschätzendes Beratungsgespräch über die Nutzung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten führen.	A	Expertenkonsens	
		Das hausärztliche Team sollte einen Überblick über das lokale/regionale Angebotspektrum haben.	B	Expertenkonsens	

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. „Versorgung von Patienten mit chronischer nicht-dialysepflichtiger Nierenerkrankung in der Hausarztpraxis“. AWMF-Registernr. 053-048. Stand Juni 2019. Verfügbar unter <http://www.degam.de/leitlinien-51.html>; <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-048.html>

Thema	Unterthema	Empfehlung	Empfehlungsgrad (EG)	Evidenzgrad	Literatur
Screening	Screening oder Monitoring von Risikogruppen  Nephrotoxische Medikamente	Erwachsenen Patienten, die dauerhaft potentiell nephrotoxische Medikamente einnehmen, sollte mindestens einmal jährlich die Überprüfung der Nierenfunktion durchgeführt werden.	B	GCP	Leitlinienadaptation: NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain) 2015]
Behandlung	Medikamentöse Maßnahmen Medikamentenreview	Bei Patienten mit CKD (GFR < 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) soll vor der Verordnung neuer Medikamente geprüft werden, ob eine Anpassung der Dosierung notwendig ist oder eine Kontraindikation vorliegt.	A	T 1b	Leitlinienadaptation: KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease 2013; Johnson et al. 2013; Reilly Lukela et al. 2014

#### Literatur:

KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease (2013) 3,1.

Johnson, David W.; Atai, Emelia; Chan, Maria; Phoon, Richard Ks; Scott, Clodagh; Toussaint, Nigel D. et al. (2013): KHA-CARI guideline: Early chronic kidney disease: detection, prevention and management. In: Nephrology (Carlton, Vic.) 18 (5), S. 340–350. DOI: 10.1111/nep.12052.

Reilly Lukela, Jennifer; Van Harrison, R.; Jimbo, Masahito; Mahallati, Ahmad; Saran, Rajiv; Sy, Annie Z. (2014): Management of chronic kidney disease. Michigan: Regents of the University of Michigan.

**Versions-Nummer: 6.0**

**Erstveröffentlichung: 06/2019**

**Überarbeitung von: 02/2024**

**Nächste Überprüfung geplant: 02/2025**

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**