

Guideline

Unnötige Diagnostik und Therapie

Erstellt von: Corinne Chmiel, Felix Huber, Uwe Beise

Zuletzt revidiert: 02/2023 / **Letzte Änderung:** 02/2023

PDF erstellt am: 17.05.2024

Link: <https://www.medix.ch/wissen/guidelines/unnoetige-diagnostik-und-therapie/>

Index

1. Unnötige Diagnostik und Therapie – nach Krankheitsbildern (alphabetische Reihenfolge)

- 1.1. ADHS
- 1.2. Arthrose
- 1.3. Borreliose
- 1.4. Chlamydien-Infektion
- 1.5. Demenz
- 1.6. Eisenmangel
- 1.7. Endometriose
- 1.8. Gicht
- 1.9. Hautkrebs
- 1.10. Herpes genitalis
- 1.11. Hörsturz
- 1.12. Karotisstenose
- 1.13. Karpaltunnelsyndrom
- 1.14. Koronare Herzkrankheit (ACS/CCS)
- 1.15. Müdigkeit
- 1.16. Osteoporose
- 1.17. Otitis media
- 1.18. Prostatakarzinom
- 1.19. Restless-legs-Syndrom
- 1.20. Rhinosinusitis
- 1.21. Schilddrüsenerkrankungen
- 1.22. Schlafstörungen
- 1.23. Tonsillopharyngitis
- 1.24. Vitamin B12
- 1.25. Vitamin D

2. Unnötige Routine-Kontrolluntersuchungen bei Spezialisten

3. Besondere Fragestellungen

3.1. PPI: Wann sind PPI (nicht) erforderlich?

3.2. Bildgebende Untersuchungen

4. Smarter Medicine

5. Impressum

Über diese Guideline

Es werden immer mehr Abklärungen und Behandlungen durchgeführt, welche den Patient*innen mehr schaden als nützen. In dieser Guideline werden sie in kurzer Form zusammengetragen. Die Liste wird bei Bedarf fortlaufend erweitert.

1. Unnötige Diagnostik und Therapie – nach Krankheitsbildern (alphabetische Reihenfolge)

1.1. ADHS

Diagnostik

- Kein extensives Labor (auch keine TSH-Bestimmungen) und kein EKG* vor medikamentöser ADHS-Therapie beim Spezialisten. Benötigt wird vor Therapiebeginn die Erhebung eines kardiovaskulären Status, auch Gewicht und Grösse müssen dokumentiert werden.

* Ein EKG ist jedoch erforderlich, wenn anamnestische Hinweise auf eine mögliche kardiologische Erkrankung bestehen.

1.2. Arthrose

Therapie

- Chondroitinsulfat und Glucosamin sollen wegen fehlender oder unklarer Evidenz nicht routinemässig eingesetzt werden.

GL Arthrose

1.3. Borreliose

Diagnostik

- **Erythema migrans** ist eine klinische Diagnose, Serologie ist bei typischem Befund nicht erforderlich. Ausnahme: Bei atypischem Hautbefund und hohem V. a. Borreliose (als „0-Serologie“)
- Bei unspezifischen Beschwerden wird eine **Borrelien-Serologie nicht** routinemässig empfohlen.

1.4. Chlamydien-Infektion

Diagnostik

- Keine Antigen-Schnelltests (anstelle von PCR).

Kontrolluntersuchung

- Test-of cure nicht routinemässig, sondern nur in speziellen Situationen (z. B. Symptompersistenz, PID, Schwangerschaft).

GL Sexuell übertragbare Infektionen

1.5. Demenz

Diagnostik

- Kein allgemeines Screening auf Demenz, stattdessen Case-finding.

Therapie

- Keine routinemässige Verschreibung von Cholinesterasehemmern und Memantin (individuell entscheiden)
- Der Nutzen einer Kombination von Cholinesterasehemmern und Memantin ist nicht gesichert
- Aber Cholinesterasehemmer oder Memantin können bei Verhaltensauffälligkeiten (Ängstlichkeit, Apathie, Agitation, paranoider Symptomatik) nützen.

GL Demenz

1.6. Eisenmangel

Therapie

- Bei **Eisenmangel ohne Anämie** und Ferritin-Ausgangswerten von > 15 ng/ml und ohne chronische Begleiterkrankungen (Niereninsuffizienz, Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, Herzinsuffizienz) ist eine Eisensubstitution nicht indiziert, weder oral noch parenteral.

1.7. Endometriose

Diagnostik

- Der neu eingeführte Speicheltest (Endotest[®]) zur Diagnostik einer Endometriose wird von Experten der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Endoskopie der SGGG zur Zeit noch **nicht** zur Anwendung ausserhalb von Studien empfohlen.

GL Laboruntersuchungen

1.8. Gicht

Diagnostik

- **Serum-Harnsäure:** Bestimmung ist im Gichtanfall nicht erforderlich (kann im Anfall normal oder sogar verringert sein)
- **Gelenkpunktion:** Im Gichtanfall nur indiziert, wenn die Diagnose klinisch nicht eindeutig gestellt werden kann (z. B. DD von septischer Arthritis). Aber: Bei **jeder ersten entzündlichen Knieschwellung** ohne Trauma und unsicherer Diagnose, insbesondere bei Verdacht auf eine septische Arthritis, sollte eine diagnostische Punktion erfolgen auf Bakterien, Kristalle, ev. auch Borrelien
- Konventionelles **Röntgen** des betroffenen Gelenks ist zur Diagnostik eines Gichtanfalls i. d. R. nicht erforderlich.

GL Gicht und CPPD (Chondrocalcinose)

1.9. Hautkrebs

Diagnostik

- Kein Hautkrebs-Screening ohne Anlass; Screening nur bei Risikopatienten oder auffälligem Hautbefund (und Sorge des Patienten?).

GL Hauttumoren, GL Check-up

1.10. Herpes genitalis

Diagnostik

- PCR/Kultur aus Abstrich ist nicht routinemässig erforderlich (Diagnose i. d. R. klinisch gestellt).

Therapie

- Eine topische antivirale Behandlung ist unwirksam. Wenn antiviral therapieren, dann oral!

GL Sexuell übertragbare Infektionen

1.11. Hörsturz

Diagnostik

- Keine Bildgebung und Labordiagnostik zur Routinediagnostik.

Therapie

- Hyperbare Sauerstofftherapie (HBOT): Keine hinreichende Evidenz für (routinemässigen) Einsatz
- Nicht empfohlen: Rheologische Therapie, Aciclovir, Plasmapherese, Antioxidantien, Ginkgo, Histamin, Bettruhe.

GL Hörsturz

1.12. Karotisstenose

Screening

- Ein Screening auf (asymptomatische) Karotisstenose mittels Carotis-Duplex-Sonographie kann mangels Evidenz aus Studien derzeit nicht empfohlen werden. Von aktuell laufenden Studien wird eine Klärung erwartet.

GL Check-up

1.13. Karpaltunnelsyndrom

Therapie

- Bei fehlendem Ansprechen auf die Ruhigstellung mittels Schiene nachts, **Steroidinjektion** nur einmal versuchen (bei ausbleibendem Therapieerfolg oder wiederkehrenden Beschwerden -> Op)
- Ohne eindeutigen Wirksamkeitsnachweis sind tiefe pulsierte Ultraschall-Therapie, Magnettherapie, Nervengleitübungen, Handwurzelmobilisation, NSAR, Vitamin B6, Magnettherapie, Lasertherapie.

GL Karpaltunnelsyndrom

1.14. Koronare Herzkrankheit (ACS/CCS)

Diagnostik

Notfall ACS in der Praxis

- O₂-Gabe: Nicht routinemässig, nur bei Sauerstoffsättigung < 90 % oder bei Hypoxiezeichen
- **Betablocker**: In der prähospitalen Akutphase nicht mehr empfohlen (wegen Gefahr des kardiogenen Schocks). Ausnahme: Persistierende Hypertonie/Tachykardie trotz Nitratgabe und adäquater Analgesie.

Koronarangiographie

Eine Koronarangiographie soll **nicht** durchgeführt werden

- Bei geringer 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
- Nach Intervention (Bypass-OP oder PCI) ohne erneute Angina pectoris und ohne Ischämienachweis in der nicht-invasiven Diagnostik oder ohne Befundaenderung in der nicht-invasiven Bildgebung im Vergleich zum Status vor Intervention.

GL ACS, GL CCS

Kontrolluntersuchungen/Check-up

- Kein EKG ohne kardiale Symptome
- Jährliche Kontrolluntersuchungen bei **symptomfreien KHK-Patienten** sind ohne Evidenz

- Intensiviertes allgemeines **kardiovaskuläres Screening** (zusätzlich zu den üblichen Check-ups) bringt keinen Benefit
- **Kardiovaskuläre Funktionstests** (z. B. Stress-Echokardiographie, Belastungs-EKG) bringen bei Patienten **nach PCI** keinen Benefit gegenüber einer Standardbetreuung.

1.15. Müdigkeit

Diagnostik

- Keine Vitamin D- oder B12-Bestimmung
- Keine Borreliose-Seriologie.

GL Müdigkeit

1.16. Osteoporose

Diagnostik

- Kein allgemeines **Screening**, stattdessen „Case finding“ bei **Frauen ab dem 65. Lebensjahr**
- Bei **Männern** keine routinemässige Densitometrie (z. B. ab 70 Jahre), jedoch FRAX-Berechnung +/- Densitometrie bei Männern mit RF (z. B. Verlust an Körpergrösse > 3–4 cm, Langzeittherapie mit Steroiden, etc.)
- Biochemische **Knochenumbau-Marker** bei Osteoporose sollen nicht bestimmt werden.

Therapie

- Vitamin D/Calcium-Therapie nicht automatisch bei allen postmenopausalen Frauen verordnen.

GL Osteoporose

1.17. Otitis media

Therapie

- **Antibiotika** nur bei Persistenz der Schmerzen über 3 d unter symptomatischer Therapie
- **Antibiotika** sind bei persistierendem serösen Paukenhöhlenerguss i. d. R. **nicht** indiziert.

GL Otitis media

1.18. Prostatakarzinom

PSA-Screening

- Patienten sollten nicht aktiv auf die Möglichkeit des PSA-Screenings („Männer-Vorsorge“) hingewiesen werden, ausser PCa kommt in der Familie gehäuft vor. Bei einem Check-up soll jedoch kurz auf das PSA-Screening eingegangen und dies in der KG vermerkt werden
- Männer, die den Wunsch nach einer PCa-Früherkennung äussern, sollen ausführlich über Nutzen und Konsequenzen aufgeklärt werden.

GL Check-up, GL Prostatakarzinom + PSA-Screening

1.19. Restless-legs-Syndrom

Diagnostik

- Die Durchführung einer **Polysomnographie** ist routinemässig nicht erforderlich.

Therapie

- Keine Eisentherapie ohne vorliegende Eisenmangelanämie.

GL Schlafstörungen

1.20. Rhinosinusitis

Diagnostik

- **Röntgen, MRI oder CT** sind weder diagnostisch noch prognostisch wertvoll und werden dahernicht empfohlen, ausser bei sehr seltenen schweren Komplikationen
- **Nasenabstrich**: Hilft nicht bei der Unterscheidung virale/bakterielle Genese
- **CRP**: Die Diagnose ist aber i. d. R. klinisch, CRP-Bestimmung ist nicht routinemässig erforderlich.

Therapie

- Antihistaminika, Sekretolytika und Ambroxol sind ohne Wirksamkeitsnachweis
- Keine Antibiotika!
- Infrarotbestrahlung und Kurzwellentherapie sind bisher nicht ausreichend untersucht.

1.21. Schilddrüsenerkrankungen

Diagnostik

Hormonbestimmung

- **Schilddrüsenhormone**
 - **ft3** nicht routinemässig; nur indiziert bei supprimiertem TSH und normalem TSH zur Erfassung einer isolierten T3-Hyperthyreose
 - **ft4** ist nicht geeignet zur Verlaufskontrolle einer Hormontherapie
- **Labor bei Hypothyreose:** TSH, wenn erhöht → ft4. Weitere Abklärungen sind in der Regel nicht notwendig.

Sonographie

- **Sonographie bei Hypothyreose:** Nicht zwingend erforderlich, ausser bei klinisch palpabler Struma mit der Frage nach einem infiltrativen Prozess oder in unklaren Situationen (z. B. DD einer subklinischen Hypothyreose mit negativen TPO-Antikörpern)
- **Sonographie bei Hyperthyreose:** Ermöglicht keine sichere ätiologische Beurteilung, kann aber insbesondere in Kombination mit einem Farbdoppler Hinweise auf die Ursache geben.

Antikörper

- **TRAK bei M. Basedow:** Zur Verlaufskontrolle einer thyreostatischen Therapie nicht empfohlen (keine prognostische Aussage möglich).

GL Schilddrüsenerkrankungen

1.22. Schlafstörungen

Diagnostik

- **Labor:** Nicht routinemässig, nur bei spezifischem Verdacht auf eine organische Krankheit.

Therapie

- **Antihistaminika:** Nicht empfohlen, erhöhen Tagesmüdigkeit. Ausnahme: Bei Schlafstörung und Juckreiz Hydroxyzindihydrochlorid (Atarax®) 37,5–75 mg/d.

GL Schlafstörungen

1.23. Tonsillopharyngitis

Diagnostik

- Die Bestimmung des **Antistreptolysin-Titers** (ASL-Titers) und anderer Streptokokken-Antikörper-Titer soll bei akuter und rezidivierender Tonsillopharyngitis nicht durchgeführt werden
- Keine routinemässige Bestimmung laborchemischer **Entzündungsparameter** bei Patienten mit akuten Halsschmerzen (< 14 Tage Dauer) ohne **red flags**.

Therapie

- Bei Kindern und Jugendlichen (Alter \geq 15 Jahren) mit akuten Halsschmerzen ohne **red flags** soll bei einem negativen Schnelltest für Gruppe-A-Streptokokken keine antibiotische Therapie erfolgen
- **Asymptomatische Streptokokken-Träger** müssen nicht behandelt werden und stellen auch kein relevantes Übertragungsrisiko dar.

Kontrolluntersuchungen

- Keine routinemässigen Kontrolluntersuchungen nach erfolgreicher Behandlung von Halsschmerzen.

GL Akute Tonsillopharyngitis

1.24. Vitamin B12

Diagnostik

- Kein allgemeines Screening auf Vitamin B12 – nur bei klinischem Verdacht (Makrozytose, Demenz, Parästhesien, Polyneuropathie, Glossitis, Anzeichen von Malnutrition, gehäuft bei Alkoholismus, chronischen Magen-Darm-Krankheiten, strikten Veganern, alten Menschen).

Therapie

- Der Nutzen einer **Supplementierung** von B-Vitaminen (und Folsäure) zur Therapie oder Prophylaxe von Demenz, Herz-Kreislaufkrankheiten oder Tumoren ist nicht bewiesen.

1.25. Vitamin D

Diagnostik

- **Kein Screening** auf Vitamin D bei gesunden Personen ohne Hinweis auf Risikofaktoren für Vitamin-D-Mangel.

Therapie

- Prophylaktische Vitamin-D-Supplementierung soll nur bei **Risikogruppen** erfolgen
- Eine Vitamin-D-Supplementierung bei Personen ohne Vitamin-D-Mangel ist zur Prävention oder Therapie nicht-skelettaler Erkrankungen nicht indiziert.

Nachkontrollen

- Bei Patienten, die eine prophylaktische Vitamin-D-Supplementierung erhalten (800 IU/d), muss **keine** Kontrolluntersuchung erfolgen.

2. Unnötige Routine-Kontrolluntersuchungen bei Spezialisten

- **Lungenfunktion** bei gut kontrolliertem **Asthma und COPD** (-> GL COPD)
- **Gynäkologische** Routinekontrollen in Abständen von < 3 Jahren, wenn kein aktueller Anlass gegeben ist (-> GL Check-up)
- Angiologische Kontrolle bei **PAVK** und **Karotisstenose** ohne Verschlechterung der Symptome (-> GL PAVK)
- **Augenärztliche Routinekontrollen** sind ohne besonderen Anlass nicht erforderlich
- Jährliche **Sonographie und Restharnbestimmung** (beim Urologen) bei **Prostatahyperplasie** ohne Zeichen einer klinischen Verschlechterung
- Jährliche umfassende Kardiokontrolle bei **stabiler KHK** (-> GL CCS)

- **Osteoporose-Prävention:** Kontrolluntersuchungen bei Frauen \geq 70 J. mit normaler DEXA, ausser bei neu aufgetretenen Konstellationen, z. B. orale Steroidtherapie (-> GL Osteoporose, GL Check-up)
- **Osteoporose-Therapie:** Kontroll-Densitometrie bei einer laufenden spezifischen Therapie (-> GL Osteoporose)
- Bei **Struma/Schilddrüsenzysten:** Jährliche Schilddrüsen-Sonographie-Kontrollen ohne neu aufgetretene Beschwerden (-> GL Schilddrüsenerkrankungen).

Koloskopie-Nachkontrolle nach Polypabtragung

- Bei Low-grade-Dysplasien: Nächste Koloskopie in 10 Jahren!
- Nach 3 Jahren \geq 5 Polypen oder Adenom \geq 1 cm oder Adenom mit High-grade Dysplasie
- Das 5-Jahres-Intervall gibt es nicht mehr.

Hinweis: Das 10-Jahres-Intervall ist nur zu empfehlen, wenn die Darmabführung perfekt war und gute Inspektionsbedingungen bestanden und keine familiäre und hereditäre Belastung besteht.

Die aktuell empfohlenen Kontrollintervalle s. GL Check-up (dort Kapitel 5)

3. Besondere Fragestellungen

3.1. PPI: Wann sind PPI (nicht) erforderlich?

- Bei **typischen Refluxsymptomen**(GERD) ohne red flags -> probatorische Behandlung mit PPI über 4 Wochen. Anschliessend nur noch eine bedarfsadaptierte PPI-Medikation -> möglichst reduzierte Dosis, möglichst nur on demand, ev. Umsetzung auf H2-Rezeptor-Antagonisten oder Antazida
- Bei einer **endoskopisch nachgewiesenen**, aber **leichten Refluxösophagitis** (Grad A oder B) -> PPI probatorisch, wie bei Refluxsymptomen. Bei Grad C und D nach erfolgreicher Akutbehandlung -> Dosisreduktion, nach 1 Jahr stabiler Behandlung Auslassversuch mit ausschleichender Dosierung
- Bei **funktioneller Dyspepsie:** PPI ev. wenn Schmerz und Refluxsymptome dominant sind. PPI niemals als Dauermedikamente bei FD
- **Helicobacter-pylori-Infektion:** Nach Abschluss einer erfolgreichen Eradikation besteht keine Indikation für PPI mehr.

Deprescribing PPI, Deprescribing app (free)

☒ Ausführliche Informationen zur Indikation von PPI in der GL Funktionelle Dyspepsie

3.2. Bildgebende Untersuchungen

Radiologie-Verordnung

- Bei **Radiologie-Verordnungen** Region/Serie nicht a priori dem Radiologen überlassen
- Extra-MR-Serien nur in klar bezeichneten Fällen, extra MR-Regionen nur nach Rücksprache mit Hausarzt

Unnötige Bildgebung

- **MRI Schädel bei Kopfweg** -> Bildgebende Verfahren (MRI oder kraniales CT) können bei normalen neurologischen Befunden nur selten signifikante Abnormitäten aufdecken (-> GL Kopfschmerz)
- **MRI Knie** -> Knieschmerzen mit oder ohne Trauma sind häufig und sollen primär abwartendbehandelt werden. Wichtig: Immer die drei häufigsten Beschwerdebilder klinisch beurteilen:
Retropatellarbeschwerden, Pes anserinus-Syndrom, Tractus iliotibialis-Syndrom.

Diese Beschwerdebilder brauchen keine MRI-Untersuchung und werden mit Selbstübungen und NSAR behandelt.

MRI nur bei **red flags**

- Starke **posttraumatische** Schmerzen und Schwellung oder sehr schmerzhaft Blockade
- Starke persistierende Kniegelenkschmerzen (klinisch müssen diese Schmerzen intraartikulär vermutet werden) und unergiebigem konventionellen Rx.

GL Bildgebende Untersuchungen

4. Smarter Medicine

Smarter medicine ist ein Verein, der sich zum Ziel gesetzt hat, die Diskussion und die Forschung zu unnötigen Behandlungen zu fördern. Ihre Empfehlungen (Top-5-Listen) – nach Fachgebieten – finden sich hier

- Ambulante Allgemeine Innere Medizin 2014
- Ambulante Allgemeine Innere Medizin 2021

- Chirurgie
- Dermatologie und Venerologie
- Gastroenterologie
- Geriatrie
- Gerontologische Pflege
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Geburtshilfe, Hebammen
- Infektiologie
- Infografik Akute Rückenschmerzen
- Infografik Atemwegsinfekte
- Infografik PSA
- Nephrologie
- Neurologie
- Ophthalmologie
- ORL, Hals- und Gesichtschirurgie
- Pädiatrie
- Physiotherapie
- Radiologie
- Radio-Onkologie
- Rheumatologie.

5. Impressum

Diese Guideline wurde im Februar 2023 erstellt.

© Verein mediX schweiz

Herausgeberin

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Redaktion(verantwortlich)

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Dr. med. Felix Huber

Dr. med. Uwe Beise

Dr. med. Maria Huber

Autoren

Dr. med. Felix Huber

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Dr. med. Uwe Beise

Rückmeldungen bitte an: uwe.beise@medix.ch

Diese Guideline wurde ohne externe Einflussnahme unter Mitarbeit aller regionalen mediX Ärztenetze und assoziierter Ärztenetze in der Schweiz erstellt. Es bestehen keine finanziellen oder inhaltlichen Abhängigkeiten gegenüber der Industrie oder anderen Einrichtungen oder Interessengruppen.

mediX Guidelines enthalten therapeutische Handlungsempfehlungen für bestimmte Beschwerdebilder oder Behandlungssituationen. Jeder Patient muss jedoch nach seinen individuellen Gegebenheiten behandelt werden.

mediX Guidelines werden mit grosser Sorgfalt entwickelt und geprüft, dennoch kann der Verein mediX schweiz für die Richtigkeit – insbesondere von Dosierungsangaben – keine Gewähr übernehmen.

Der Verein mediX schweiz ist ein Zusammenschluss von Ärztenetzen und Ärzten in der Schweiz
Verein mediX schweiz, Sumatrastr. 10, 8006 Zürich.