

American College of Physicians: Überversorgung der heimischen Bevölkerung mit zweifelhaften Screeninguntersuchungen und unnötigen diagnostischen Untersuchungen

American College of Physicians: Oversupply of Questionable Screening and Unnecessary Diagnostic Tests for the General Population

Unsustainable rising health care costs in the United States have made reducing costs while maintaining high-quality health care a national priority. The overuse of some screening and diagnostic tests is an important component of unnecessary health care costs. More judicious use of such tests will improve quality and reflect responsible awareness of costs. Efforts to control expenditures should focus not only on benefits, harms, and costs but on the value of diagnostic tests – meaning an assessment of whether a test provides health benefits that are worth its costs or harms.

Eine Veröffentlichung des American College of Physicians kommentiert die Überversorgung der heimischen Bevölkerung mit zweifelhaften Screeninguntersuchungen und unnötigen diagnostischen Untersuchungen sowie die dadurch entstehenden Kosten. Was, fragen die Autoren, beinhaltet eine hochwertige und dennoch kostenbewusste medizinische Versorgung?

Als Ergebnis ihrer nur dreiseitigen Überlegungen stellen die Kollegen nichtindizierte diagnostische Tests in einer Tabelle zusammen, die man nach meiner Überzeugung auch im hausärztlichen Bereich nutzen kann. Ich habe die Empfehlungen ins Deutsche übersetzt.

Qaseem A, Alguire P, Dallas P, et al. Appropriate use of screening and diagnostic tests to foster high-value, cost-conscious care. *Ann Intern Med* 2012; 156: 147–149

Tabelle Nicht indizierte Untersuchungen in klinischen Situationen
[Übersetzung MM Kochen aus Qaseem A, Alguire P, Dallas P, et al. 2012]

Labortest bei klinischem Verdacht auf Erythema migrans
Labortest bei Patienten mit chronischen, unspezifischen Beschwerden ohne klinische Hinweise auf disseminierte Borreliose
Bildgebung der Nebenhöhlen bei Patienten mit akuter Sinusitis und fehlender Prädisposition für atypische Erreger
Bildgebung bei Patienten mit rezidivierenden klassischen Migräneanfällen, falls neurologische Untersuchung unauffällig
Bildgebung (CT oder NMR) bei Patienten mit einfacher Synkope, falls neurologische Untersuchung unauffällig
Echokardiografie bei Patienten mit Synkope, falls Anamnese, körperliche Untersuchung und EKG keine pathologischen Ergebnisse liefern oder kein Verdacht auf eine Herzerkrankung besteht
Bildgebung (US-Doppler) statt D-Dimere als erste diagnostische Maßnahme bei Patienten mit niedriger Vortestwahrscheinlichkeit einer tiefen Beinvenenthrombose
D-Dimere (statt US-Doppler, CT-Angiografie, Ventilations-Perfusions-Szintigrafie) bei Patienten mit mittlerer bis hoher Wahrscheinlichkeit einer tiefen Beinvenenthrombose bzw. Lungenembolie
Komplette Lungenfunktion (inkl. Lungenvolumen, Diffusionskapazität) statt einfache Spirometrie (bzw. PEF bei Asthma) als Kontrolle von Patienten mit Asthma bronchiale oder COPD
Test auf antinukleäre Antikörper bei Patienten mit unspezifischen Beschwerden wie Müdigkeit und Muskelschmerzen oder Patienten mit Fibromyalgie
Spirometrie-Screening auf COPD bei Patienten ohne Atemwegs-Beschwerden
Wiederholter abdomineller Ultraschall auf Aortenaneurysma bei negativer Erstuntersuchung
Bildgebung bei Patienten mit unspezifischen Kreuzschmerzen
Echokardiografie bei asymptomatischen Patienten mit harmlosen Herzgeräuschen (innocent-sounding heart murmurs, meist kurzen Meso-Systolika Grad I–II/VI) entlang des linken Sternumrandes
„Routine“-Echokardiografie (häufiger als alle 3–5 Jahre) bei asymptomatischen Patienten mit Aortenstenose
„Routine“-Echokardiografie bei asymptomatischen Patienten mit geringfügiger Mitralinsuffizienz und normaler LV-Funktion
EKG bzw. Ergometrie als kardiale Screening-Tests bei asymptomatischen Patienten mit niedrigem KHK-Risiko
BNP (Brain Natriuretic Peptide) bei initialer Untersuchung von Patienten mit v.a. Herzinsuffizienz
Jährliches Lipidscreening bei Patienten ohne Statine oder Diättherapie, falls keine Lipidänderung indiziert ist
Laborchemie, Tumormarker, Rö-Thorax bei asymptomatischen Patientinnen mit vormals therapiertem Mamma-Ca
Knochendichtemessung als Screeningtest auf Osteoporose bei Frauen < 65 J. ohne Risikofaktoren
Screening auf Hepatitis-B-Infektion bei Personen mit niedrigem Risiko
Pap-Screening bei Frauen > 65 J mit geringem Risiko bzw. bei Z.n. Hysterektomie wegen benigner Pathologie
Screening auf kolorektales Karzinom bei Personen > 75 J. bzw. Lebenserwartung < 10 J.
Screening auf Prostatakarzinom bei Männern > 75 J. bzw. Lebenserwartung < 10 J.
Präoperativer Rö-Thorax bei fehlendem Verdacht auf intrathorakale Pathologie
Präoperatives Routinelabor (inkl. Blutbild, Leberwerte etc.) bei sonst gesunden Patienten vor elektiver OP
Präoperative Gerinnungswerte bei Patienten ohne Blutungsrisiken und ohne anamnestisch bekannter Blutungsneigung