

## Nicht indizierte Untersuchungen in klinischen Situationen – 1

Qaseem et al. 2012

- Labortest* bei klinischem Verdacht auf Erythema migrans
- Labortest* bei Patienten mit chronischen, unspezifischen Beschwerden ohne klin. Hinweise auf dissem. Borreliose
- Bildgebung* der Nebenhöhlen bei Patienten mit akuter Sinusitis & fehlender Prädisposition für atypische Erreger
- Bildgebung* bei Patienten mit rezid. klassischen Migräneanfällen, falls neurologische Untersuchung unauffällig
- Bildgebung* (CT oder NMR) bei Patienten mit einfacher Synkope, falls neurologische Untersuchung unauffällig
- Echokardiographie* 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-Angiographie, Ventilations-Perfusions-Szintigraphie) 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

## Nicht indizierte Untersuchungen in klinischen Situationen – 2

Qaseem et al. 2012

- Echokardiographie* bei asymptomatischen Patienten mit harmlosen Herzgeräuschen (*innocent-sounding heart murmurs*, meist kurzen Meso-Systolika Grad I-II/VI) entlang des linken Sternumrandes
- “Routine“-Echokardiographie* (häufiger als alle 3-5 Jahre) bei asymptomatischen Patienten mit Aortenstenose
- “Routine“-Echokardiographie* bei asympt. Patienten mit geringfügiger Mitralinsuffizienz & 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 asymptom. 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 & ohne anamnest. bekannter Blutungsneigung