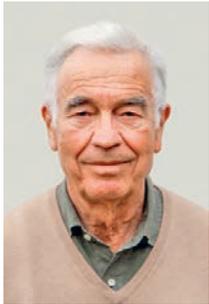


# Nützliche und unnütze Diagnosen – oder: Manchmal gilt *less is more*

Hans Stalder

Prof. Dr. med., Mitglied der Redaktion



Um ein medizinisches Problem zu lösen, macht man eine gute Anamnese, einen guten Status, stellt eine Differentialdiagnose und – falls erforderlich – mit zusätzlichen Untersuchungen die endgültige Diagnose. Ein guter Arzt stellt gute Diagnosen! Früher hat man das anhand der Fallberichte des *New England Journal of Medicine* geübt: Gross war jeweils die Genugtuung, wenn man die Diagnose vor dem Seitenwechsel zum jeweiligen pathologischen Befund gestellt hatte.

Natürlich spielt in der Medizin die Diagnosestellung immer noch eine grosse Rolle. Ist die Diagnose jedoch einmal gestellt, ist vor allem die medizinische Betreuung von Bedeutung. Dies gilt insbesondere für die heutzutage überwiegenden chronischen Erkrankungen.

Seien wir bescheiden: Häufig sind unsere Diagnosen nur dem Lateinischen oder Griechischen entlehene Umschreibungen der Beschwerden: Halsschmerzen werden zur Pharyngitis, Rückenschmerzen zur Lumbalgie, ein erhöhter Cholesterinspiegel zur Hypercholesterinämie usw. Dies vermittelt den Eindruck von Wissen, verlangt jedoch keine besondere intellektuelle Anstrengung.

Oft ist die exakte Diagnose übrigens gar nicht erforderlich. Bei einem Schnupfen erscheint uns dies evident. Ist eine Streptokokken-Infektion ausgeschlossen, ist nicht einsehbar, warum eine virale Ätiologie noch präzisiert werden soll, da dies keine Konsequenzen hat. Bei komplizierteren Zusammenhängen ist dies weniger offensichtlich. Müssen im Falle einer Demenz, für die es ohnehin keine ätiologische Behandlung gibt, alte Patienten wirklich mit komplizierten Bildgebungsverfahren weiter abgeklärt werden, wenn zuvor seltene, behandelbare *red flags* wie ein Mangel an Vitamin B<sub>12</sub>, eine Schilddrüsenunterfunktion oder eine Depression ausgeschlossen wurden?

Oft stellen wir nicht die entscheidende Frage: Wird das positive oder negative Ergebnis der zusätzlichen Untersuchung meine Behandlung beeinflussen? Hier können zwei mir jüngst zu Ohren gekommene Berichte als Beispiel dienen. Ein Arzt veranlasst für einen oral eingestellten, 80-jährigen Diabetikerkollegen eine Koronarkalkbestimmung (*CAC scoring*) mittels CT. Im Falle eines pathologischen Befundes hätte er eine Koronarographie verlangt. Die möglichen Folgen einer solchen Untersuchung hatte er nicht mit dem Patienten besprochen, der einen solchen Eingriff ohnehin abgelehnt hätte. Die

zweite Person konsultierte einen Spezialisten wegen einer postgrippalen unilateralen Hypoakusie. Nachdem ein mögliches Neurinom per MRI ausgeschlossen worden war, schlug der Spezialist die Messung der evozierten Potentiale vor. Die Frage der Patientin, ob das Ergebnis Auswirkungen auf die Behandlung haben könne, verneint er.

Wenn sich die Diagnose klinisch als evident oder aber als sehr unwahrscheinlich erweist, sind ergänzende Untersuchungen überflüssig. Lokalisierte Schmerzen in der Brust bei einem jungen Mädchen müssen nicht unbedingt durch ein EKG untersucht werden, denn die Gefahr, dass das Ergebnis falsch positiv ausfällt, ist grösser, als dass es tatsächlich positiv ist, was zu potentiell gefährlichen weiteren Untersuchungen führen könnte.

Weitere Untersuchungen einzufordern ist manchmal sogar schädlich. Wenn wir – nach Ausschluss der *red flags* – eine Röntgenaufnahme bei einer akuten Lumbalgie verlangen, entspricht die radiologische Diagnose häufig nicht der Klinik. Und wenn wir dem Kranken diesen Befund dann mitteilen, riskieren wir damit, seine Schmerzen zu chronifizieren [1].

Ich persönlich finde die Empfehlungen der «*choosing wisely*»-Initiative manchmal etwas simpel: *5 do not's* pro Fachgesellschaft ... Sollten wir nicht vielmehr bedenken, inwieweit unsere Haltung vom Ergebnis einer zusätzlichen Untersuchung abhängig ist (positiv vs. negativ)? Habe ich die möglichen Folgen mit dem Patienten besprochen bevor ich sie veranlasse? Verlange ich die zusätzliche Untersuchung nur aus Neugier (lassen wir für einmal die Kosten an der Seite)? Kann sich das Ergebnis negativ auswirken? Es mag sich als schwierig erweisen, solche Gedanken mit dem Patienten zu teilen, besonders mit jenen, die dank Internet alles besser zu wissen glauben. Jedoch zählen das Gespräch und die Überzeugungsarbeit bekanntlich zu den vornehmsten Aufgaben unseres Berufs.

«Ein guter Arzt weiss, was er tun, ein ausgezeichneter, was er lassen muss.» Dieses alte Sprichwort gilt auch für die Diagnostik – heute umso mehr, als zusätzliche Untersuchungen immer komplexer (und teurer!) geworden sind.

## Literatur

- 1 Srinivas SV, Deyo RA, Berger ZD. Application of "Less Is More" to low back pain. *Arch Intern Med.* 2012;172:1016–20.

[hans.stalder\[at\]saez.ch](mailto:hans.stalder[at]saez.ch)