

Teaching durch Feedback

Praxis-Erhebung über traumatische und atraumatische Knieschmerzen¹

Während zweier Jahre hat unser Qualitätszirkel alle PatientInnen mit unfallbedingten und nicht unfallbedingten Knieschmerzen strukturiert erfasst und unsere diagnostische Sicherheit in Zusammenarbeit mit vier Fachärzten für Orthopädie überprüft.

Pendant deux années, notre cercle de qualité a recensé tous les patients et patientes présentant des douleurs au genou, suite ou non à un accident, et contrôlé la pertinence de notre diagnostic en collaboration avec quatre médecins orthopédistes.

Stephan Gerosa, Reto Misteli,
Qualitätszirkel
Tom & Jerry in Bubendorf²

Einschlusskriterien und Protokoll

Die PatientInnen wurden retrospektiv in die Erhebung eingeschlossen, wenn unsere hausärztliche klinische Verdachtsdiagnose von einem an unserer Studie beteiligten Orthopäden mittels Arthroskopie bzw. MRI als harter Endpunkt bestätigt wurde oder korrigiert werden musste.

Wir verwendeten ein eigens für diese Untersuchung von uns kreiertes Protokoll. Dieses wurde während der Untersuchungszeit wiederholt verändert und auf die wesentlichen Punkte reduziert. Die Abbildung 1 zeigt die letzte Version mit einem Fallbeispiel. Dieses Protokoll benutzen wir auch nach Abschluss der Erhebung immer noch als kurzes und einfaches Überweisungsschreiben an die Orthopäden. Die Orthopäden ihrerseits benutzten bzw. benützen das gleiche Protokoll als Antwortschreiben.

Fallbeispiel

Eine 38jährige Patientin suchte den Hausarzt auf. Bei einem Sprung in eine Grube zwei Tage zuvor kam es zu einem plötzlichen, heftigen Schmerz im Bereich des linken Knies. Klinisch erhob der Hausarzt einen leichten Gelenkerguss und eine Druckdolenz im medialen Gelenkspalt (GS). Die Seitenbänder schienen klinisch stabil. Das Röntgenbild war unauffällig. Der Hausarzt stellte die Verdachtsdiagnose einer medialen Meniskus-

läsion und beurteilte die Wahrscheinlichkeit der Diagnose mit 90%. Andere Verletzungen waren seines Erachtens unwahrscheinlich.

Drei Tage nach der Erstkonsultation erfolgte die Überweisung an den Orthopäden, welcher 100% Wahrscheinlichkeit für eine Meniskusläsion angab. Eine diagnostische Arthroskopie wurde eine Woche nach der Überweisung durchgeführt. Der nachgewiesene mediale Korbhakenriss wurde in der gleichen Sitzung revidiert.

50% Wahrscheinlichkeit der Diagnose bedeutet, dass der Untersucher nicht sicher ist; 80% steht für eine sichere und 90% für eine sehr sichere klinische Diagnose. Eine mindestens 90prozentige Wahrscheinlichkeit ist die Voraussetzung, dass der Orthopäde eine Arthroskopie durchführt. Die Indikation zur MRI-Untersuchung und Arthroskopie wurde ausschliesslich von den Orthopäden gestellt.

Resultate

In den 46 ausgewerteten Protokollen wurde bei 31 Patienten eine Arthroskopie und bei 15 eine MRI durchgeführt. Lediglich bei 3 Patienten wurden beide Untersuchungen angewendet.

Bei den traumatischen und nicht traumatischen Meniskusläsionen bestätigten sich 70% der klinisch gestellten Diagnosen der Hausärzte und 90% der Fachärzte als richtig. Somit führte die klinische Untersuchung durch den Facharzt zu einem Informationsgewinn von 20%.

Bei den Läsionen des vorderen Kreuzbandes bzw. der Seitenbänder waren 81% der klinischen Hausarzt Diagnosen und 98% der Facharzt Diagnosen korrekt. Hier betrug der klinische Informationsgewinn 17%.

Bei den Knorpelschäden und arthrotischen Veränderungen (osteocondrale Läsionen) war die klinische Diagnose sowohl für die Hausärzte als auch für die Fachärzte schwierig zu stellen. Nur 47% der klinischen Diagnosen durch den Hausarzt und 66% durch den Facharzt waren korrekt. Es zeigte sich, dass hier die weiterführenden technischen Untersuchungen sehr wichtig sind.

¹ Diese Arbeit wurde anlässlich der Aroser Fortbildungstage vom 21.–23.3.2002 vorgestellt.

² Hausärzte: Dr. K. Dysli, Oberdorf; Dr. G. Ernst, Nunningen; Dr. St. Gerosa, Läufelfingen; Dr. H. P. Gysin, Sissach; Dr. R. Misteli, Zunzgen; Dr. M. Reifler, Grellingen; Dr. E. Riesen, Ziefen; Dr. L. Schaub, Tecknau; Dr. Th. Schmutz, Gelterkinden; Dr. F. Suter, Bubendorf; Dr. R. Zimac, Reigoldswil.
Orthopäden: Dr. L. Kälin, Liestal; Dr. M. Lotz, Liestal; Dr. F. Stähelin, Breitenbach; Dr. J. D. Tgetgel, Liestal.

Knieprotokoll IV Tom & Jerry

Pat: **Patientin Bu... Wi... 29.12.1964**

1. Hausarzt-Besuch: **14.10.2000**

Unfall Ereignis: **12.10.2000** kein Ereignis

Beginn u. Art der Symptome: **Sprung in Grube Bef: Behinderte Flexion. Leichter Erguss, Druckdolenz med GS, Bänder stabil**

Diagnose Hausarzt: (nach Anamnese/Klinik): Knie Rö: Labor
(% = geschätzte Wahrscheinlichkeit)

Meniskus 90 %	Knorpel/Arthrose 0 %	VKB 0 %	Seitenbänder 0 %	Andere 0 %
----------------------	-----------------------------	----------------	-------------------------	-------------------

Diagnose Orthopäde: (nach klinischer Untersuchung) Datum: **17.10.2000**

Meniskus 100 %	Knorpel/Arthrose 0 %	VKB 0 %	Seitenbänder 0 %	Andere 0 %
-----------------------	-----------------------------	----------------	-------------------------	-------------------

Zusatzdiagnostik: Rö: MRI: US

Arthroskopie: Datum: **24.10.2000**

postoperative Diagnose (resp. MRI) (relevante Diagnose): **Korbhakenriss med. Meniskus li**

Diagnose - Übereinstimmung:

Meniskus	Knorpel/Arthrose	VKB	Seitenbänder	Andere
<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein			

Verlauf:

Stempel Hausarzt
Dr. Thommy Jerry



Was bringt diese Erhebung für die Hausärzte, Spezialisten und Patienten?

Wir Hausärzte haben vor der Erhebung zuerst unsere Kompetenz in der Untersuchungstechnik am Knie verbessert. Dazu entwickelten wir einen Algorhythmus und übten die Untersuchungen gegenseitig mit Unterstützung eines Orthopäden. Dabei wuchs unser Mut zur Festlegung einer klinischen Diagnose. Am Anfang waren wir sehr unsicher und legten uns häufig lediglich auf 50%

Wahrscheinlichkeit für unsere klinische Diagnose fest. Später konnten wir uns auf 80–90% Wahrscheinlichkeit steigern. Wir erhielten eine «harte» Rückmeldung, daher lautete der Titel unseres Vortrages auch «Teaching durch Feedback».

Der Orthopäde erhielt mit dem als Zuweisungsschreiben verwendeten Protokoll von den zuweisenden Hausärzten eine strukturierte Überweisung. Aufgrund der Vorüberlegungen der Hausärzte konnte er somit gezielt Weiteruntersuchungen veranlassen und unnötige und somit kostspielige Voruntersuchungen weglassen.

Für den Patienten bestand der Vorteil darin, dass er keine unnötigen Untersuchungen über sich ergehen lassen musste. Zudem profitierte er von einer rationellen Überweisungspraxis und von einer Kontinuität der Betreuung.

Kosteneffizienz durch gezieltes und koordiniertes Vorgehen

Zum Schluss möchten wir festhalten, dass eine solch strukturierte Überweisung kosteneffektiv ist, da es zu keinen unnötigen Untersuchungen kommt. Weiter postulieren wir eine nachhaltige Kosteneinsparung, da durch unsere bessere «Kniekompetenz» weniger Patienten an den Orthopäden überwiesen werden müssen.

Alle Beteiligten haben von dieser verbesserten Zusammenarbeit der Hausärzte und Spezialisten profitiert.

Uns verhalf das Feedback zu einem guten Teaching.