

Markus Stockmeyer, Qualitätszirkel Klingental, Basel¹

Positive incident reporting (PIR) – Auch Erfolg kann lehrreich sein

Der CIR (Critical incident reporting) ist ein fester Bestandteil eines jeden Qualitätszirkels. Aber warum nicht einmal von einem Fall berichten, der einem besonders gut gelungen war? Von Geschichten, an deren Ende man sich als Held oder Heldin fühlen darf? Gegen Ende Jahr genehmigt sich unser QZ einen PIR (Positive incident Report). Wahrscheinlich wird dieser nicht Einzug ins Qualitätsmanagement nehmen. Trotzdem haben unsere Geschichten, die keinen Anspruch auf exakte Wissenschaftlichkeit erheben, unserem Selbstbewusstsein sehr gut getan. Wir können den PIR jedem QZ weiterempfehlen, denn auch aus positiven Erfahrungen kann man etwas lernen.

Chronische Schmerzen und die Hüft-TP

Eine 60-jährige IV-Rentnerin besucht wegen chronischen Schmerzen und rezidivierenden, depressiven Episoden einmal pro Monat ihren Hausarzt. Es besteht eine massive angeborene Torsionsskoliose. Die Patientin verträgt jedoch Morphinpräparate auch niedrigst dosiert schlecht. Als Medikation bewährt sich deshalb Paracetamol und ein niedrig dosiertes, atypisches Neuroleptikum. Wegen Suizidalität musste die Patientin mehrmals stationär behandelt werden. Ebenso wurde ein Benzodiazepinabusus festgestellt. Des Weiteren erwähnenswert ist ein Status nach peritonealer Tuberkulose und insgesamt vier Bauchoperationen.

Mitte 2007 verspürt die Patientin starke Rückenschmerzen, sodass sie vom Hausarzt zum Rückenchirurgen mit Frage nach stabilisierenden Massnahmen der schwersten Torsionsskoliose geschickt wird. Dieser meint, die Schmerzen kämen von der Coxarthrose im rechten Hüftgelenk. Tatsächlich hat die Patientin Schmerzen und eine eingeschränkte Beweglichkeit in der rechten Hüfte. Die Indikation zur elektiven Hüftprothese wird gestellt. Zwei Wochen vor Operationstermin bekommt die Patientin starken Durchfall und kann deshalb nicht operiert werden. Ein CT des Abdomens wird durchgeführt: Es werden Raumforderungen im rechten Leberlappen und in der Niere gefunden. In der linken Brust wird eine Biopsie entnommen. Es zeigt sich eine fibrotische Veränderung. Eine Koloskopie zeigt eine Divertikulose. Die Raumforderungen der Leber werden retrospektiv als Hämangiome angesehen. Der Befund an der Niere: eine komplizierte Zyste. Der Durchfall sistiert spontan und die Patientin konnte nach zehn Tagen aus dem Spital entlassen werden.

Bei der ersten Konsultation war die moralisch angeschlagene Patientin sichtlich froh, ihren Hausarzt zu sehen, um endlich wieder

«normal» mit jemandem über ihre Probleme reden zu können. Der Hausarzt seinerseits war erleichtert, dass die Patientin so ausführlich abgeklärt war und er offensichtlich nichts verpasst hatte. Die Hüfte rechts ist ohne Operation schmerzfrei. Dafür tut nun die linke Hüfte weh. Aber bis zum nächsten Spitalbesuch muss noch einiges Wasser den Rhein runtergehen.

Ins Spital wegen eines Harnwegsinfekts

Eine 36-jährige aus Indien stammende Patientin meldet sich wegen Fieber, Dysurie und Pollakisurie in der Praxis. Sie lebt seit vier Monaten in der Schweiz, ist verheiratet und hat fünf Kinder. Das CRP liegt bei 159 mg/l. Weiter hat die Patientin eine deutliche Klopf-dolenz in der rechten Nierenloge. Es wird eine Urinbakteriologie abgenommen und eine Behandlung mit Ciprofloxacin 500 mg zwei Mal täglich eingeleitet. Bereits am nächsten Tag tritt eine Verbesserung ihres Zustandes ein. Das Fieber sinkt.

Die Urinbakteriologie gibt E.coli, die auf alle gängigen Antibiotika resistent sind (Extended Spectrum Betalactamase (ESBL) positiver Stamm). Nach Absprache mit den Infektiologen wurde die Patientin in ein Isolationszimmer hospitalisiert und während zehn Tagen mit Invanz® intravenös behandelt.

Unser QZ musste die angeregte Diskussion nach 10 Minuten abbrechen. Die im Praxisalltag stiefmütterlich behandelte Urinbakteriologie wird wieder häufiger verordnet werden. Die Multiresistenz muss darauf zurückzuführen sein, dass Antibiotika in asiatischen Ländern einfach zu erhalten sind.

Spitalstress

Eine 40-jährige Patientin kommt wegen Polymenorrhoe für ein Arztzeugnis in die Praxis. Das Hb liegt bei 8,4 g/dl. Im Ultraschall zeigt sich eine Raumforderung im kleinen Becken von 15 cm. Die weiteren Abklärungen im Frauenspital ergeben den dringenden Verdacht auf ein Zervixkarzinom. Unsere Ärztin fällt aus allen Wolken: Die Patientin war noch vor einem Jahr zum PAP-Abstrich gewesen und dieser war normal. Die Patientin muss inzwischen wegen psychischer Dekompensation von der Hausärztin krank geschrieben werden. Intraoperativ zeigt sich dann ein gutartiger Tumor des Uterus mit einer starken Entzündungsreaktion, die den bösartigen Befund in den radiologischen Untersuchungen vortäuschte. Eine

¹ Die weiteren Mitglieder des QZ sind: A. Schwank, R. Mascarin, E. Reiffer, D. Schnyder, R. Heusser, S. Peters.

Rarität sei das. Unsere Kollegin (Allgemeine Medizin FMH) wird weiter den Besitzstand in gynäkologischer Abklärung wahren.

Hausarzt-Patient-Interaktion zum Vierten

Verschiedenste Beschwerden schildert eine 64-jährige Patientin. Am meisten bedrückt sie eine üble Verleumdungsgeschichte im Katzenzüchterverein. Die vorläufige Beurteilung der Hausärztin lautet auf einen unklaren Antriebsverlust und Gewichtsabnahme anamnestisch. Die Ärztin hat das Gefühl, hier stimme etwas nicht und macht ein ausgedehntes Labor. BSR: 60 mm, Hb: 9,5 g/dl, CRP: 97 mg/l. Es findet sich ein 4/6 Systolikum. Ansonsten ist der Status normal. Die Ärztin denkt an eine Endokarditis und möchte die Abklärung vorantreiben. Der Kardiologe findet eine thorakale Herzchokardiographie erst in der darauffolgenden Woche notwendig. Unsere Kollegin (fairerweise muss man sagen, dass sie auf der Infektiologie gearbeitet hat) lässt nicht locker und möchte eine stationäre Abklärung im Universitätsspital erreichen. Alles wird organisiert, die Patientin ruft einen Tag später an, sie müsse sich um ihre Haustiere kümmern und könne nicht ins Spital. Unserer Kollegin bleibt nichts anderes übrig, als dies zur Kenntnis zu nehmen und abzuwarten.

Zwei Wochen später trifft ein Verlegungsbericht der Intensivstation ein. Diagnose: destruiierende subakute Mitralklappen-Endokarditis mit vergrünenden Streptokokken. Ein Mitralklappenersatz ist ein Monat später geplant. Die Kollegin staunt nicht schlecht, als sich die Patientin wieder in der Praxis zur Quickkontrolle meldet.

Schuhe nicht mehr selber binden? Ab ins Spital!

Ein 65-jähriger, kürzlich pensionierter Buchdrucker leidet unter einer milden arteriellen Hypertonie. Er führte bis anhin ein gesundes Leben. Im Herbst kommt er in die Praxis, da ihm das Treppensteigen zunehmend Mühe bereitet. Im Röntgen-Thorax zeigt sich eine leichte Kardiomegalie, das BNP liegt bei 133 pmol/l. Der Patient kommt zwei Tage später wie geplant zur Kontrolle. Die Dyspnoe habe zugenommen. Er könne sich nicht mehr bücken und die Schuhe nicht mehr binden.

Es findet sich ein deutlich hörbares holosystolisches Geräusch über allen Punkten. Der Patient wird mit der Verdachtsdiagnose einer akuten Herzinsuffizienz hospitalisiert. In der Echokardiographie zeigt sich eine schwere Mitralklappeninsuffizienz und ein wahrscheinlicher Sehnenfadenabriss. Eine koronare Ursache der Dyspnoe konnte man ausschliessen. Der Patient erhielt sechs Tage später eine Mitralklappenrekonstruktion. Wahrscheinlich geschah die akute Verschlechterung durch einen Sehnenfadenabriss zwischen den beiden Konsultationen. Die Zeit zwischen Berufstätigkeit und Pensionierung muss als vulnerable Phase angesehen werden.

Atemnot und Methotrexat

Eine 80-jährige Patientin wird wegen einer Polymyalgia rheumatica mit Methotrexat behandelt. Sie meldet sich wegen akuter Atemnot ohne Thoraxschmerzen in der Praxis. Ein Röntgenthorax ist völlig unauffällig. Eine Methotrexatpneumopathie ist somit ausgeschlossen. Da eine weitere Ursache der Atemnot nicht gefunden werden kann (BNP normal) und eine kardiale Ursache unwahrscheinlich ist, meldet der Kollege die Patientin zur Lungenszintigraphie an. Es zeigt sich eine massive Lungenembolie. Die Patientin wird nun antikoaguliert. Auf eine Tumorsuche oder Thrombophilieabklärung wurde verzichtet.

Mitralklappenrekonstruktion zum Dritten

Ein 80-jähriger Patient mit bekanntem Vorhofflimmern kommt wegen starker Anstrengungsdyspnoe in die Praxis. Das Hämoglobin liegt bei 8,2 g/dl. Der Patient erhält zwei Ec-Konzentrate. Unter Anpassung der antihypertensiven Therapie geht es dem Patienten subjektiv besser. Wegen eines Systolikums wird eine Herzchokardiographie veranlasst. Es zeigt sich eine schwere Mitralsuffizienz und Aortenstenose. Die Indikation für eine operative Sanierung wird gestellt. Der Patient verstarb am fünften Tag nach der Operation.

Was war in diesem Fall positiv am Ausgang? Der Patient hatte zu Hause eine pflegebedürftige Ehefrau. Es gelang dem Arzt, mit Spitex und Tagesspital ein Netz aufzubauen, so dass die Witwe, die als «Pflegefalle» in die Klinik musste, weiter in ihrer gewohnten Umgebung zu Hause leben kann.

Dr. med. Markus Stockmeyer
Klingentalstrasse 58
4057 Basel
stockmeyer@freesurf.ch

Alle von der PrimaryCare-Redaktion zur Publikation akzeptierten Qualitätszirkel-Beiträge werden mit SFr. 500.– honoriert. Diese Unterstützung der Aktivitäten der Qualitätszirkel wird durch ein Sponsoring der Firma Pfizer ermöglicht (siehe auch Editorial in PrimaryCare Heft 23/2002 [<http://www.primary-care.ch/pdf/2002/2002-23/2002-23-251.pdf>]). Diese Beiträge sind jedoch vollkommen unabhängig von diesem Sponsoring entstanden und werden erst nach redaktionellem Review-Prozess dafür vorgeschlagen.