

Neue Herausforderungen für die Ärzteschaft durch die UVG-Revision 2017

Knieschmerzen – Unfall oder Erkrankung?

Luzi Dubs^a, Bruno Soltermann^b, Lorenzo Manfredini^c

^a Facharzt Orthopädische Chirurgie, Winterthur, Mitglied FMH; ^b Facharzt Chirurgie, Chefarzt Schweizerischer Versicherungsverband SVV Zürich, Mitglied FMH; ^c Rechtsanwalt, AXA Winterthur Versicherungen

Douleurs au genou: accident ou maladie?

Jusqu'ici, la reconnaissance d'une lésion corporelle assimilée à un accident nécessitait l'existence simultanée d'un événement manifeste et d'un diagnostic de la liste légale. En raison de la révision de la LAA en 2017, l'événement manifeste n'est désormais plus requis. En cas de lésion corporelle au sens de la liste, on considère qu'elle est assimilée à un accident. En ce qui concerne les assurés LAA souffrant d'une lésion du ménisque, ce sera désormais à l'assureur de prouver qu'il s'agit «principalement» des suites d'une maladie ou de phénomènes dégénératifs s'il souhaite refuser de remplir son obligation de prestation. Il incombe par conséquent à nouveau au corps médical d'évaluer les faits du point de vue de la médecine des assurances. Afin d'assurer une documentation aussi homogène que possible du mécanisme et du type de préjudice, un nouvel outil d'évaluation a été mis au point à titre d'aide. Toutefois, s'il devient définitivement inutile de citer un quelconque événement, on peut craindre que la révision de la LAA s'engage sur la voie de l'absurde.

Wer nicht die gleiche Sprache spricht, versteht sich nicht.

Seit 1984 prägt der Begriff der «Unfallähnlichen Körperschädigung» (UKS) mit einer von juristischen Gesichtspunkten geprägten Fallbeurteilung die tägliche Praxis (Art. 9 Abs. 2 UVV). Diese nur in der Schweiz gültige Usanz wird wie folgt definiert:

Folgende, abschliessend aufgeführte Körperschädigungen sind, sofern sie nicht *eindeutig* auf eine Erkrankung oder Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:

- a. Knochenbrüche
- b. Verrenkungen von Gelenken
- c. Meniskusrisse
- d. Muskelrisse,
- e. Muskelzerrungen
- f. Sehnenrisse
- g. Bandläsionen
- h. Trommelfellverletzungen.

Die Rechtsprechung geht heute von einer unfallähnlichen Körperschädigung aus, wenn ein sinnfälliges Ereignis in einem zeitlich vernünftigen Zusammenhang

mit der Festlegung einer dieser genannten Listendiagnosen steht. Eine Prüfung der Frage, ob die Schädigung aus versicherungsmedizinischer Sicht «eindeutig» auf eine Erkrankung oder Degeneration zurückzuführen ist, findet nicht statt, was das Bundesgericht insbesondere in seinem Urteil U 17/03 vom 20. August 20013 klar zum Ausdruck gebracht hat.

Die UKS als Widerspruch in sich selbst

In der Logik des Denkens erscheint die UKS als ein Widerspruch in sich selbst. Eine Erkrankung oder eine Degeneration ist eine *conditio sine qua non*, um bereits mit einer in der Regel inadäquaten Traumatisierung, bzw. mit einem unfallähnlichen, «sinnfälligen» Ereignis, eine relevante Schädigung zu erzeugen. In den letzten zwei Jahren haben Vertreter der Expertengruppe Versicherungsmedizin von Swiss Orthopaedics auf die bedenklichen Folgen dieser Versicherungspraxis hingewiesen [1,2]:

1. Bei einem sinnfälligen Ereignis im Sinne der Rechtsprechung (z.B. beim Aufstehen aus der Hocke; vgl. BGE 116 V 148) fehlt oft die aus traumabiologischer Sicht erforderliche Intensität der äusseren Einwirkung, welche das Auftreten einer solchen Läsion erklären könnte. Das Ereignis ist als alltägliche und physiologische Bewegung ungeeignet, eine isolierte Meniskusschädigung zu verursachen.
2. Unter den Listendiagnosen erzeugen Begriffe wie Meniskusrisse und Sehnenrisse eine Traumarelevanz. In der Regel zeigt das Schadensbild keine klare Rissanordnung, sondern dasjenige einer (chronischen) Komplexschädigung. Wird eine Listendiagnose gestellt, heisst dies bei weitem nicht, dass die Schädigung durch das sinnfällige Ereignis entstanden ist (post-hoc-propter-hoc-Bias).
3. Der morphologische Befund in der radiologischen oder arthroskopischen Bildgebung erlaubt in der Regel keine verbindlichen kausalen Rückschlüsse auf das Zustandekommen der Schädigung durch ein bestimmtes Ereignis. Bei Kontinuitätstrennungen wird zu oft von Rissen gesprochen. Neutralere Begriffe wie

Meniskusschädigung, Meniskusveränderung oder Zusammenhangstrennung bzw. Signalveränderungen im MRI wären eher angemessen.

4. Die Entbindung der Ärzteschaft von der Stellungnahme zur natürlichen Kausalität hat zu einer erheblichen Vernachlässigung der Dokumentation von Anamnese und Befunden in der Krankengeschichte geführt und dadurch die später geforderten Gutachter zu spekulativen Aussagen bezüglich natürlicher Kausalität gezwungen.
5. Die unterschiedlichen Finanzierungssysteme zur Abgeltung der Heilungskosten und der Arbeitsausfälle haben begrifflicher Weise bei Patienten, Arbeitgebern und bei den behandelnden Ärzten Anreize geliefert, einen medizinischen Sachverhalt zum eigenen Vorteil zu manipulieren.

UVG-Revision 2017 – vom Regen in die Traufe?

Per 1. Januar 2017 heisst es nun im Text zu Art. 6 Abs. 2: Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den gleichen nachgenannten Körperschädigungen, sofern sie nicht *vorwiegend* auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: Knochenbrüche, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrisse, Muskelrisse, Muskelzerstörungen, Sehnenrisse, Bandläsionen, Trommelfellverletzungen.

Auf den ersten Blick erwartet man einen Fortschritt, indem die Ärzteschaft wieder mit einer medizinisch gefärbten Argumentation zur Klärung der Grenze zwischen Unfall und Abnützung bzw. Erkrankung beitragen kann. Bezeichnenderweise ist im Gesetzestext die Rede von *Körperschädigungen* und nicht von Körperverletzungen. Andererseits sind die Begriffe wie Meniskus- und Sehnenrisse geblieben. Die Angabe eines sinnfälligen oder unfallähnlichen Ereignisses entfällt. Einzig eine Listendiagnose muss als Haupt-Diagnose vorliegen.

Braucht es noch ein Ereignis?

Allerdings sucht man in der jetzigen Vorlage vergeblich nach der klaren Aussage, dass überhaupt ein Ereignis angegeben werden muss. Da der Gesetzgeber offensichtlich implizit davon auszugehen scheint, dass die Listendiagnose eines Meniskus- oder Sehnenrisses allein schon genüge, den Unfallversicherer zum Nachweis einer Abnützung oder Erkrankung zu zwingen, ist eine verwirrende, ja gar eine absurde Situation entstanden. Jetzt rächt sich, dass der semantische Irrläufer eines Meniskusrisses bzw. eines Sehnenrisses im Gesetzestext Fortbestand hat. Der Unfallversicherer muss sich vom Gesetz her mit Unfallereignissen befassen. Es

entsteht nun das Horrorszenario, dass *jeder* Knie- oder Schulterschmerz bei Vorliegen einer Listendiagnose als Hauptdiagnose zunächst dem UVG-Versicherer gemeldet werden muss. Dieser hätte umgehend die Abklärung mit Einbezug von teuren MRI-Untersuchungen anzuordnen, um dann vor Gerichten zu streiten, ob die Befunde «vorwiegend» auf einer Abnützung oder einer Erkrankung beruhen.

Wenn gar kein Ereignis mehr angegeben werden muss, welche Versicherung bezahlt bei der ersten Konsultation, bei Arbeitsunfähigkeit, bei einem Stellenwechsel? Wie definiert man den Status quo sine et ante?

Die UVG-Versicherer müssen sich bereits heute Gedanken zu Empfehlungen machen, wie auch in einer absurd erscheinenden Ausgangssituation ein gangbarer Weg gefunden werden könnte. Erste Einschätzungen aus juristischer Warte gehen davon aus, dass mit einem höheren versicherungsmedizinischen Aufwand zu rechnen sei [3]. Aus medizinischer Sicht geht man davon aus, dass die Zahl der zu übernehmenden Fälle tendenziell jedoch eher abnehmen sollte [4].

Ein Lösungsvorschlag: Der Trauma-Check

Viel wird nun davon abhängen, wie der Begriff einer «vorwiegenden» Erkrankung oder Abnützung interpretiert werden soll. Getrieben von dieser Vorahnung hat sich der Erstautor im Sommer 2015 die Aufgabe gestellt, einen «Knie-Trauma-Check» zu generieren, um bestmöglich zu evaluieren, eine sinnvolle Grenze zwischen Unfall und «vorwiegend» Erkrankung/Degeneration näher festzulegen. Es wird im folgenden Text speziell auf die Problematik der sehr häufigen Meniskusschädigungen am Knie eingegangen. Der Knie-Trauma-Check umfasst einerseits Fragen über Patientenmerkmale, andererseits solche über den Unfallmechanismus und soll gleichzeitig eine Quantifizierung ermöglichen.

Dieser Ansatz lässt sich sehr gut in der themenbezogenen, versicherungsmedizinischen Literatur abstützen. Ludolph [5] bezieht in seiner langjährigen, versicherungsmedizinischen Expertise zum Thema des Meniskus klar Stellung: Es muss semantisch streng zwischen den *Meniskusveränderungen* (klinisch nicht unbedingt relevant), den *Meniskusschäden* (klinisch relevant) und den *Meniskusrissen* als Unfallfolge unterschieden werden. Die Meniskusveränderungen sagen wenig über die Entstehungsgeschichte aus. Isolierte Degenerationen des Meniskus sind die Regel, isolierte Meniskusverletzungen die Ausnahme. Es sei zu unterscheiden zwischen dem *Schadensmechanismus* und dem *Schadensbild*, welche im Schweregrad in einem plausiblen, nachvollziehbaren Verhältnis stehen müssen. Der Meniskus

muss unfallbedingt zweifelsfrei unter Stress geraten sein, was sich im Schadensbild der Begleitverletzungen ausdrückt. Speziell bei der Kniekontusion, aber auch bei den meisten Distorsionen gerät der Meniskus höchstens nachrangig unter Stress, so dass der Nachweis von traumatisch geschädigten, funktionell benachbarten Strukturen verlangt werden muss.

Mit diesen Impulsen scheint es nun naheliegend, versicherungsmedizinisch einen Meniskusschaden einerseits quantitativ-analytisch mit dem Knie-Trauma-Check bezüglich Patientenmerkmal und Schadenmechanismus, andererseits deskriptiv mit dem ärztlichen Untersuchungsbefund bezüglich Schadensbild zu beurteilen.

Knietrauma-Check UVG - Patientenmerkmale und Schadenmechanismus

Name: _____ Versicherer: _____

Patientennummer: _____
Ereignis vom: _____

1. Kommen bei den Eltern oder Geschwistern Arthrosen oder speziell Meniskusschäden vor (mit oder ohne Operation)?

nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	0

2. Gibt es in der Patientenanamnese Auffälligkeiten an den Kniegelenken? Unfälle? Frühere Operationen? Knieschmerzen oder andere Knieprobleme?

nein	unwesentl.	wesentlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	1	0

3. Haben früher über längere Zeit grössere Belastungen mit Kauern, Rotationen, Stop-and-go im Beruf oder Sport stattgefunden?

nein	moderat	deutlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	1	0

4. Gibt es Hinweise auf eine eingeschränkte Reaktionsfähigkeit (Alkohol- oder Drogeneinfluss, neuromuskuläre Erkrankung)?

nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	0

5. Gibt es klinisch oder in der Bildgebung Hinweise auf eine Vorschädigung am betroffenen Knie? Meniskus, Knorpel, Bänder?

nein	teilweise	klar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	1	0

6. Könnte der Traumamechanismus zu einer isolierten Meniskus-schädigung passen? Heftige Distorsion bei blockiertem Fuss?

klar	moderat	leicht	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	2	1	0

7. Wie wurde das initiale Ereignis erlebt? Rissgefühl? Knall? Gleichentags oder sofort Schwellung?

schwer	mittel	leicht	kein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	2	1	0

8. Resultierte ein Abbruch der nachfolgenden Aktivitäten? Fremdhilfe? Behinderung beim Gehen?

sofort	verzögert	viel später	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	2	1	0

9. Wie stark bestehen Zweifel, dass das Verlaufprofil als Folge des Ereignisses passt? z.B. anhand der aufgetretenen Schmerzen, asymptomatischer Episoden, erstem Arztbesuch oder Arbeitsniederlegung.

keine	leicht	deutlich	massiv
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	2	1	0

Total (max. 20 Punkte)

Stempel (Praxis/Klinik) und Unterschrift Datum: _____

Abbildung 1: Der Knie-Trauma-Check.

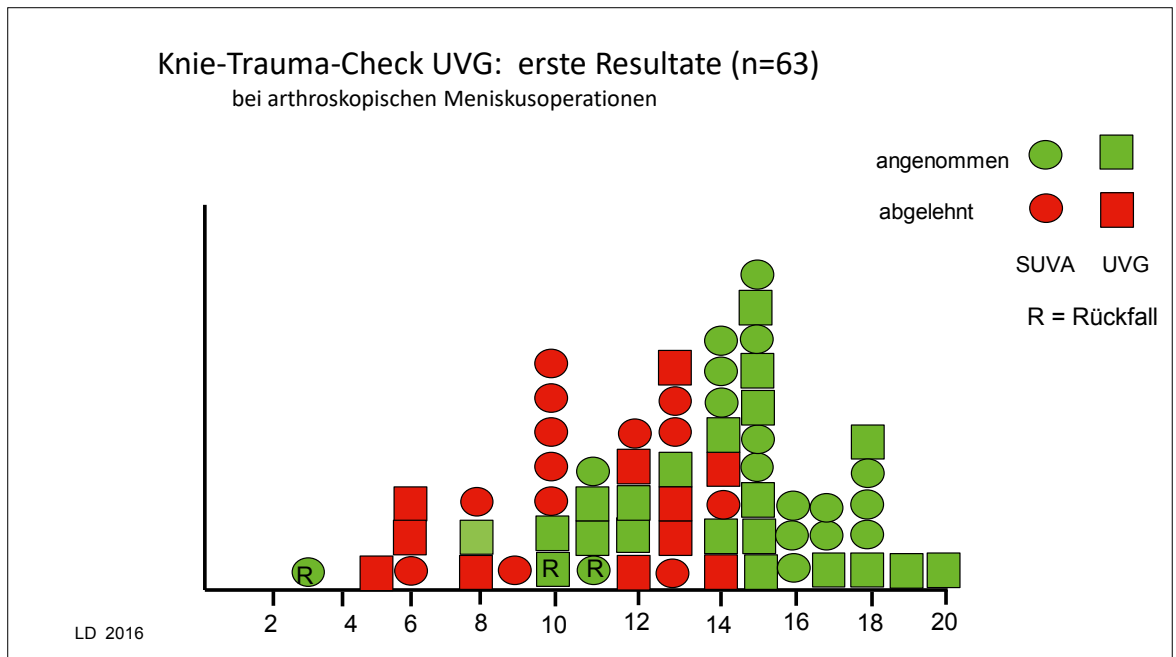


Abbildung 2: Zusammenhang zwischen der erhobenen Punktzahl im Knie-Trauma-Check und der Entscheidung des UVG-Versicherers bezüglich Ablehnung oder Annahme.

Der Knie-Trauma-Check (Abb. 1) besteht aus neun Fragen, deren fünf betreffen den Vorzustand, die anderen vier die ereignisbezogenen Fähigkeitsstörungen. Von den maximal zwanzig Punkten fallen maximal acht auf den Vorzustand bezüglich Disposition und Exposition, maximal zwölf auf das Ereignis und deren Folgen selbst.

Der Knie-Trauma-Check soll einfach reproduziert werden können. Die Punktezuerteilung in den jeweiligen Einzelfragen hat semiquantitativen Charakter und kann somit nicht als ultimatives Beweismittel gelten. Er zwingt die Ärzteschaft zu einer möglichst umfassenden Dokumentation, idealerweise bereits in der Frühphase. Eine verbindliche Primärdokumentation erhält bei einer späteren Beurteilung höheres Gewicht, als eine solche bei nachträglichen Befragungen, welche bereits das Risiko von «Verfärbungen» in sich tragen.

Die Punktegewichtung ist zunächst empirisch auf der Erfahrung einer 35-jährigen persönlichen Berufstätigkeit erfolgt und folgt dem Prinzip der positiven Likelihood-Ratio eines jeweiligen Tests. Diese entspricht einer Verhältniszahl zwischen Richtig-positiv-Rate zur Falsch-positiv-Rate. Informative Tests mit höherer Einschlusskraft werden mit maximal drei Punkten bewertet und haben einen höheren prädiktiven Wert. Auch die schwach gewichteten und am ehesten diskutablen Fragen eins und vier sollten gemäss der versicherungsmedizinischen Literatur beantwortet werden [6–8].

Die Diskussion über den Schwellenwert zwischen Trauma- und Erkrankungsrelevanz ist nun lanciert. Der Erstautor hat prospektiv seit Juli 2015 alle Fälle mit akuten Knieschmerzen erfasst, bei welchen eine UVG-Anmeldung offensichtlich oder zumindest diskutabel erschienen ist. In der Auswertung der ersten 63 Fälle, in welcher es darum gegangen ist nachzuprüfen, ob der UVG-Versicherer – notabene ohne Kenntnis der Punktzahl – den Fall übernommen oder abgelehnt hat, hat sich ein aufschlussreiches Bild gezeigt (Abb. 2). Bei Fällen, welche 15 Punkte und mehr erhalten haben, sind alle als unfallähnliche Körperschädigungen angenommen worden. Eine unterschiedliche Praxis hat sich bei den Punktebewertungen zwischen 10 und 14 gezeigt. Die Abbildung zeigt ausserdem getrennt die Fälle der SUVA (n = 31) und diejenigen der anderen UVG-Versicherer (n = 32), wobei die SUVA etwas strenger diskriminieren konnte als die anderen UVG-Versicherer, welche sich kulanter gezeigt haben. Die eher seltenen Rückfälle, werden, ohne streng zu prüfen, eher angenommen.

Die Punkteverteilung in Abbildung 2 gibt Aufschluss über die aktuelle Entscheidungspraxis. Allerdings ist damit noch keine Aussage möglich, ob der Schwellenwert zwischen 14 und 15 Punkten künftig als richtungsweisende Grenze zur Festlegung einer «vorwiegenden» Erkrankung oder Degeneration verbindlich ist. Die unterschiedlichen Annahme- bzw. Ablehnungs-Entscheidungen bei einer bestimmten Punktzahl im

Spektrum von 10 bis 14 Punkten können einerseits auf unterschiedlicher Gewichtung innerhalb verschiedener Einzelfälle, andererseits auf einer unterschiedlichen Interpretationspraxis bei der Einzelfallbeurteilung unter den Versicherern basieren.

Die Anwendbarkeit der einzelnen Abstufungen und die Validierung bzw. die Bestimmung der Interobserver-Varianz des Knie-Trauma-Checks wird in der nächsten Phase mit beratenden Fachärzten aus der Orthopädie gemacht, welche diesen in erster Linie anzuwenden haben.

Die ersten Erfahrungen haben gezeigt, dass die Erfassung des Punktwertes anlässlich einer Befragung und Untersuchung von Patienten, welche über plötzlich aufgetretene Knieschmerzen berichten, verständlich dazu beitragen kann, den Betroffenen die Relevanz eines erlebten Ereignisses plausibel zu machen. Die Patienten verstehen gut, dass ein beim Aufstehen aus der Hocke mit leichter Drehung plötzlich entstandener Knieschmerz nicht einer klassischen Unfallfolge entspricht, wenn er dasselbe Manöver bislang hundert Mal ohne Knieschmerzen hat praktizieren können. Auch wenn das plötzliche Auftreten von Knieschmerzen auf der Basis eines vulnerablen, degenerativ veränderten Meniskus einem Ereignisgefühl entspricht, so kann dies in ähnlicher Art auch an eine akute Erkrankung erinnern wie beim Auftreten eines Herzinfarktes während einer körperlichen Belastung auf der Basis eines vorbestehenden koronaren Gefässverschlusses.

Umfassende Dokumentation der Patientenmerkmale, des Schadensmechanismus und des Schadensbildes

Die gesamte Dokumentation soll durch den behandelnden Arzt in einem detaillierten Ergänzungsbericht (Abb. 3, nur in der elektronischen Form einsehbar) erfolgen oder lückenlos aus der Krankengeschichte ableitbar sein, wozu auch eine aussagekräftige Erhebung des Schadensbildes gehört.

Diese Anamnesen, Untersuchungen und die entsprechenden Dokumentationen gehören zum ärztlichen Auftrag. Die Ärzteschaft ist gemäss dem Naturalleistungsprinzip gegenüber den weisungsberechtigten UVG-Versicherern vertraglich verpflichtet, die Doku-

mentation auf hohem Niveau zu gewährleisten (Art. 48 und 54 UVG).

Mit diesen Daten sollte für die beratenden Ärzte die Grundlage geschaffen sein, den Schweregrad der allfälligen Vorschädigung und den Schadensmechanismus in eine bestmögliche Übereinstimmung mit dem Schweregrad des Schadensbildes zu bringen.

Die UVG-Revision 2017 selbst erfolgt unter der Verantwortung der politischen Gesetzgebung und lässt kurzfristig keine Modifikationen zu. Sie eröffnet der Ärzteschaft jetzt wieder die Chance, mit patientengerechter Argumentation einen sinnvollen Beitrag zur Klärung der medizinischen Realität zu leisten.

Weiterhin sind Verzerrungen der medizinischen Realität durch das Fortbestehen der bedenklichen unterschiedlichen Finanzierungsanreize in den Versicherungssystemen zu erwarten. Die Redlichkeit des ärztlichen Verhaltens wird gleichermassen weiterhin auf die Probe gestellt. Der zu erwartende Mehraufwand, welcher klar von den Versicherern entsprechend entschädigt werden soll, wird die Ärzteschaft möglicherweise an eine zunehmende Bürokratisierung erinnern und Abwehrreflexe erzeugen. Nachträgliche Streitigkeiten unter den Versicherern auf schwacher Dokumentationsbasis fordern in der Regel jedoch einen wesentlich höheren Aufwand an Ressourcen.

Bildnachweise

Alle Grafiken zVg von den Autoren

Literatur

- 1 Dubs L, Zumstein M, Soltermann B, Bosshard Ch, Brandenburg J. Das «Unfallähnliche Ereignis» und seine bedenklichen Folgen. *Schweiz Ärztezeitung* 2014;95:10
- 2 Dubs L. UVG-Revision aus versicherungsmedizinischer Sicht: Die unfallähnliche Körperschädigung – Bedenkenliste und Lösungsvorschlag. Referat SVV-Ärztetagung Olten 19.11.2015.
- 3 Montandon F. UVG-Revision: UKS aus juristischer Sicht. Referat SVV-Ärztetagung Olten 19.11.2015.
- 4 Strässle S. Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung (UKS) im Rahmen der UVG-Revision. Themenarbeit KV Business School, Zürich 2016.
- 5 Ludolph E, Schürmann J, Gaidzik PW. Kursbuch der ärztlichen Begutachtung 42.Erg-Lfg. 6/16.
- 6 Ludolph E. Die Meniskusverletzung, in Ludolph E. (Hrsg.) *Der Unfallmann. Begutachtung der Folgen von Arbeitsunfällen, privaten Unfällen und Berufskrankheiten*. 13., überarbeitete Aufl.; Springer 2013; 386–92.
- 7 Moorahrend U. Vortrag Ärztetagung SVV. 17. November 2011. Olten.
- 8 Thomann KD. Verletzungen von Kapseln und Bändern des Kniegelenks; in: Thomann KD, Schröter F, Grosser V. (Hrsg.): *Handbuch der orthopädisch-unfallchirurgischen Begutachtung*. Urban & Fischer München 2009; 149–555.

Korrespondenz:
Dr. med. Luzi Dubs
Rychenbergstrasse 155
CH-8400 Winterthur
Tel. 052 242 68 60,
dubs.luzi[at]bluewin.ch

Abbildung 3: Detaillierter Ergänzungsbericht Knie.

Detaillierter Ergänzungsbericht Knie (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Versicherte Person			
Schaden Nr.	Pat.Nr:	Ereignis vom:	
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Wohnort / PLZ			
Unfallhergang bzw. Ereignisschilderung <small>(Knietrauma-Check Punkte 4 und 6)</small>			
Genaue Wiedergabe der Schilderung des Patienten. Bei unklaren Angaben, wie z.B. „Um- oder Einknicken“ oder Prellungen etc. ist der Hergang durch Nachfragen zu präzisieren, damit ein möglichst klares Bild des Ereignisses entsteht			
Reaktionsfähigkeit intakt (evt. neurologisches Defizit, Alkohol, Drogen)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Verhalten unmittelbar nach dem Ereignis <small>(Knietrauma-Check Punkte 7,8 und 9)</small>			
Musste der Betroffene die ausgeführte Tätigkeit nach dem Ereignis sofort einstellen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Musste Fremdhilfe beansprucht werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wie wurde die Einwirkung auf das Knie erlebt? <input type="checkbox"/> Riss <input type="checkbox"/> Knall <input type="checkbox"/> kein Erlebnis			
Initial sofortige Behinderung beim Gehen? <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> keine			
Aktivitäten fortgesetzt <input type="checkbox"/> ohne Behinderung <input type="checkbox"/> mit leichter Behinderung <input type="checkbox"/> mit starker Behinderung			
Wann sind Schmerzen aufgetreten? <input type="checkbox"/> sofort stark <input type="checkbox"/> erst mit der Zeit <input type="checkbox"/> kaum oder keine			
Schmerzverlauf: <input type="checkbox"/> Zunahme <input type="checkbox"/> Abnahme im Laufe der Tage <input type="checkbox"/> unterschiedlich intensiv			
Schwellung am Knie: <input type="checkbox"/> nach Stunden <input type="checkbox"/> am folgenden Tag <input type="checkbox"/> keine			
Erster Arztbesuch am _____			
Besonderheiten: _____			
Verlauf der Beschwerden <small>(Knietrauma-Check Punkt 9)</small>			
Welche subjektiven Beschwerden und Fähigkeitseinschränkungen (Alltags-, Arbeits-, Sportfähigkeit) werden im Verlauf geäußert:			
Lokalisation der Beschwerden?			
Wie lässt sich das weitere Verlaufprofil bezüglich der körperlichen Leistungsfähigkeit (inkl. Arbeitsfähigkeit) in den folgenden Tagen, Wochen, Monaten beschreiben? Besserung? Verschlechterung? Episodenhafter Verlauf?			
Besonderheiten: _____			
Beruf und sportliche Betätigungen des Patienten <small>(Knietrauma-Check Punkt 3)</small>			
Sind berufliche, sportliche oder Freizeittätigkeiten bekannt, die zu einer besonderen Knie-Belastung führen (häufiges Arbeiten im Kauern, häufige Rotationen oder Stop-and-go-Belastungen, Mannschaftskontakt- oder Kampfsportarten)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja: Welche Tätigkeiten und wie lange wurden diese ausgeübt?			

Fragebogen KNIE – Version vom 1.12.2016

Detaillierter Ergänzungsbericht Knie (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Familien- und Patientenanamnese (Knietrauma-Check Punkte 1 und 2) (bei bekanntem Vorzustand am betroffenen Knie-Gelenk bitten wir Sie, einen Auszug aus der Krankengeschichte bzw. eine Kopie der damaligen Berichte beizulegen)	
Kommen in der Familie (Eltern, Geschwister) Behandlungen/Operationen wegen Meniskusschädigung oder Arthrose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Auffälligkeiten am gegenseitigen Kniegelenk? Wenn ja, Welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorbestehende Kniebeschwerden oder -probleme am betroffenen Knie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Frühere Unfälle am betroffenen Bein mit Beteiligung der Kniegelenke? Unfalljahr:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Knieoperationen am betroffenen Knie? Art der Knieoperation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besonderheiten (insb. andere bekannte Vorerkrankungen mit Einfluss auf die Beschwerden):	

Klinischer Befund bei Untersuchung vom: (Knietrauma-Check Punkt 5) (wir bitten Sie, eine Kopie des Berichtes oder den Auszug aus der Krankengeschichte beizulegen)	
Gangbild:	
Komplexfunktionen (wie z.B. Kauern möglich?):	
Kniebeweglichkeit Flexion / Extension	
Kniestabilität:	
Hauptdruckschmerzen:	
Provokationsschmerzen, speziell Torsion:	
Gelenkerguss <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Gelenkspunktion (falls sinnvoll) am:	Punktat <input type="checkbox"/> gelbklar <input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> getrübt
Bemerkungen/Besonderheiten:	

Bildgebung (Knietrauma-Check Punkt 5) (wir bitten Sie, eine Kopie der jeweiligen Untersuchungs-Berichte beizulegen)	
Röntgenbilder vom anteroposterior unter Einbeistandbelastung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (wenn möglich seitenvergleichend) Ergebnis (Hinweise auf Vorerkrankungen?):	
MRI (falls sinnvoll/nötig) vom Ergebnis:	
- Meniskus:	
- Knorpel:	
- Bänder:	
- Hinweise auf Bone Bruise?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Hinweise auf weitere Begleitverletzungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Andere?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen/Besonderheiten:	

Ort / Datum:

Unterschrift/Stempel Arzt: