Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: 35 (1999)

Heft: 1

Artikel: QUALitäts- und EXistenzsicherung (Interessengruppe IG QUALEX) : 2. und 3. Pilotphase

Autor: Huber, Erika / Etter-Wenger, D. / Steiner, W. / Stucki, G.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929366

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 17.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

PRAXIS

QUALitäts- und EXistenzsicherung

(Interessengruppe IG QUALEX) 2. und 3. Pilotphase

Erika Ω Huber, med.-therap. Leiterin, Institut für Physikalische Medizin, UniversitätsSpital Zürich
D. Etter-Wenger, dipl. Physiotherapeutin, Schlieren
Dr. sc. nat. W. Steiner, Projektleiter REHAB-Cycle, Zurzach und Zürich
PD Dr. med. G. Stucki, ärztlicher Leiter, Institut für Physikalische Medizin, UniversitätsSpital Zürich

Die Interessengruppe Qualitäts- und Existenzsicherung (IG QUALEX) hat sich im Januar 1995 mit dem Ziel gebildet, Daten zur Qualitätsverbesserung und Existenzsicherung in der Physiotherapie zu erheben. Bisher sind zwei Pilotphasen abgeschlossen («Physiotherapie» 3/97, Huber et al.), eine 3. Pilotphase hat im September 1998 begonnen. Im folgenden Beitrag möchten wir die wichtigsten Erkenntnisse aus der 2. Pilotphase sowie das Konzept der 3. Pilotphase präsentieren.

Die weibliche Form gilt analog für die männliche.

Zusammenfassung der 2. Pilotphase

Zielsetzung der 2. Pilotphase der IG QUALEX war die Entwicklung, das Testen und die Implementierung eines patientinnenorientierten Mess-Verbesserungssystems, einerseits als Dokumentationsmittel und andererseits zur kontinuierlichen Verbesserung des Behandlungsergebnisses. Die Patientinnen wurden sowohl in die Therapieplanung (Erwartungen, gemeinsame Festlegung der Therapieziele/Hauptprobleme), als auch in die Beurteilung der Ergebnisqualität (Einschätzung des Gesundheitsstatus, Zufriedenheit) miteinbezogen. Daneben wurde versucht, prädiktive Modelle zur Indikationsstellung unterschiedlich komplexer Behandlungen zu entwickeln. Für eine detaillierte Beschreibung der 2. Pilotphase siehe Huber et al. (1997).

Insgesamt nahmen an der 2. Pilotphase 122 Therapeutinnen mit total 725 Patientinnen teil. Für jede Patientin waren – unabhängig von der Indikationsgruppe – drei Sets von Fragebogen vorgesehen: Set 1 bei Therapiebeginn; Set 2 bei Therapieabschluss; Set 3 sechs Monate nach Therapieabschluss. Die Physiotherapeutinnen (PT) führten zudem pro Patientin ein Set 0 mit relevanten Basisdaten, Behandlungszielen und der Beurteilung des Behandlungsergebnisses. Insgesamt konnten Daten von 313 Patientinnen mit vollständigen Fragebogen-Sets (Set 0/1/2/3) ausgewertet werden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 43 Prozent.

Auswertungsmethoden und Ergebnisse

Die kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsergebnisse setzt auf 3 Ebenen an:

1. Einzelpatientin
2. Patientinnengruppen (Indikationsgruppen)
3. Leistungserbringerin (Therapeutinnen/Praxis/ Institution)

In diesem Bericht stellen wir die Auswertung der 2. Pilotphase für die Leistungserbringer vor. Das eingesetzte Mess-Verbesserungssystem (Feedback-System Leistungserbringerin) erlaubt die Positionierung des eigenen Betriebes, womit betriebsinterne Strukturen und Prozesse zielgerichtet angepasst werden können (die Dinge richtig tun = Effizienz). Dieses Qualitätssicherungs-System soll von den Kostenträgern anerkannt werden.

Ergebnisqualität; globale Beurteilung des Therapieerfolges

Grundlage zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses ist die Messung der Ergebnisqualität, die folgendermassen umschrieben wurde:

1) Zielerreichung bezogen auf die maximal drei genannten Hauptprobleme; 2) Verbesserungen im Gesundheitsstatus bezogen auf sechs vordefinierte Problembereiche (Befinden-Profil) unter Berücksichtigung des Langzeiteffektes; 3) Zufriedenheit der Patientinnen.

Veränderung im Gesundheitsstatus/ Beurteilung Therapieresultat	1. Hauptproblem (wichtigstes)		2. Hauptproblem (zweitwichtigstes)		3. Hauptproblem (drittwichtigstes)		Therapieresultat*	
	Set 2 n=206	Set 3 n=208	Set 2 n=152	Set 3 n=162	Set 2 n=129	Set 3 n=139	Set 2 n=261	Set 3 n=256
besser	152 (74%)	156 (75%)	115 (76%)	120 (74%)	88 (68%)	102 (73%)	230 (88%)	221 (86%)
gleich	27 (13%)	23 (11%)	19 (13%)	25 (15%)	25 (19%)	20 (14%)	27 (10%)	31 (12%)
schlechter	27 (13%)	29 (14%)	18 (12%)	17 (10%)	16 (12%)	17 (12%)	4 (2%)	4 (2%)

*** Antwort auf die Frage: «Wie geht es Ihnen nach absolvierter Physiotherapie im Vergleich zu vorher?»**

Tabelle 1: **Veränderungen im Gesundheitsstatus der Patientinnen (mit vollständigen Datensets, n=313) bezogen auf maximal drei genannte Hauptprobleme. Die Angaben beruhen auf dem Vergleich der Punktmessungen (VAS-Skala von 0–10) von Set 2 resp. Set 3 mit Set 1. Das Therapieresultat aus Sicht der Patientinnen (Pat) wurde nur in Set 2 und Set 3 erfragt.**

Zielerreichung bezogen auf die Hauptprobleme
Der Zielerreichungsgrad hängt einerseits vom allgemeinen Therapieziel (verbessernd, erhaltend, begleitend) ab, andererseits von der während der Behandlung erreichten Verbesserung des Gesundheitsstatus (VAS-Skala, 0–10) bezogen auf die Hauptprobleme (maximal drei genannt). Da das allgemeine Therapieziel in der 2. Pilotphase zu 95 Prozent «verbessernd» war, besteht praktisch die folgende 1:1-Beziehung: «Hauptprobleme verbessert ↔ Ziel erreicht».
Aus *Tab. 1* geht hervor, dass sich der Gesundheitsstatus bezogen auf die ersten zwei Hauptprobleme bei über 73% der Patientinnen (alle Indikationsbereiche) verbessert hatte. Sogar 85% der Patientinnen sagten aus, dass es ihnen nach absolvierter Physiotherapie besser gehe als vorher. Nur 2% der Patientinnen beurteilten das Therapieresultat als negativ, obwohl sich bei 10–14% der Gesundheitsstatus (Punktmessungen) verschlechtert hatte.

Langzeiteffekt der Physiotherapie?
Aus *Tab. 1* lässt sich ebenfalls ein Langzeiteffekt der Physiotherapie ableiten, da die Verbesserung des Gesundheitsstatus sechs Monate nach Therapieabschluss noch unverändert nachweisbar war (ähnliche Werte von Set 2 und 3). Dies geht auch aus der nahezu unveränderten Beurteilung des Therapieresultates aus Sicht der Patientinnen hervor. *Tab. 2* verdeutlicht diese Resultate anhand des Befinden-Profils. Die während der Therapie erreichten Verbesserungen jedes Problembereiches (sign. < 1%, Wilcoxon-Test) sind auch sechs Monate später noch nachweisbar (sign. < 1%), was für einen «breiten» Langzeiteffekt der Physiotherapie spricht. Zwischen Set 2 und Set 3 traten hingegen keine signifikanten Veränderungen mehr auf.

	Perzentil* 10%	Median*	3. Quartil*	Anz. Antworten
Erfüllung der Erwartungen	2	3	4	300
Zufriedenheit mit Ergebnis	2	4	4	300
Info Therapieziele	3	4	4	299
Verständlichkeit	3	4	4	296
Korrektheit	3	4	4	297
Atmosphäre	3	4	4	298
Weiterempfehlung des PT?	4	4	4	299

Tabelle 3: **Auswertung des Fragebogens zur Zufriedenheit (Set 2). Numerische Angaben: Werte einer Skala von 0 bis 4 (0 = überhaupt nicht; 1 = etwas; 2 = mässig; 3 = ziemlich; 4 = sehr).**

in einer hohen Zufriedenheit der Patientinnen nieder *(Tab. 3)*. Da die Angaben in Set 3 praktisch identisch mit denjenigen von Set 2 waren, können wir uns auf die Interpretation der Daten aus Set 2 beschränken.
Ausser bei der Frage nach der Erfüllung der Erwartungen waren stets mindestens 50% der Patientinnen «sehr zufrieden» (Median = 4). Allerdings waren auch mindestens 10% (vgl. Perzentile 10%) mit dem Ergebnis «überhaupt nicht», «etwas» oder «mässig» zufrieden. Den gleichen Anteil «wenig bis unzufriedener» Patientinnen findet man bei der Erfüllung der Erwartungen. Erfreulich ist natürlich, dass über 90% der Patientinnen (10% Perzentile = 4) ihre Physiotherapeutin «sehr» weiterempfehlen.

Prädiktive Modelle
Die Annahme, dass für die Beurteilung der Komplexität einer Behandlung der globale Gesundheitszustand der Patientinnen ein Indikator ist, wurde in der vorliegenden Studie mittels SF-36 (Set 1) getestet. Die Kennwerte des SF-36 können dabei verglichen werden mit 1) der Beurteilung der Komplexität der Behandlung durch die Physiotherapeutinnen; 2) der Leistungserfassung; 3) den Diagnosegruppen.
Für keine der insgesamt zehn SF-36-Dimensionen zeigte sich ein Schwellenwert, der eine Trennung in «komplex/nicht komplex» (nach PT-Einschätzung) erlauben würde. Literaturangaben zur «Psychischen Gesundheit» (MH) und zum «Mental Component Score» (MCS) des SF-36 lassen jedoch vermuten, dass MH-Werte unter 52 klinische Depression und MCS-Werte unter 42 allgemein psychische Probleme anzeigen. Nimmt man diese Schwellenwerte zur Einteilung der Patientinnen in «komplex/nicht komplex», und vergleicht diese Einteilung mit der PT-Beurteilung der Komplexität (Werte > 5 als komplex definiert) oder den Kosten (ausgedrückt in Taxpunkten), so besteht in dieser 2. Pilotphase nur eine geringe Übereinstimmung. Für MCS ergab sich beispielsweise für die PT-Beurteilung der Komplexität eine «Sensitivity»[1] von 72%, eine «Specificity»[2]

*** Begriffsdefinitionen**
Perzentil, Quartil und Median sind statistische Masszahlen zur Beschreibung von Messreihen.

■ **Median** (oder Zentralwert)
Der Median einer Messreihe ist der in der Mitte stehende Wert der nach Grösse geordneten Beobachtungen. Das heisst, die eine Hälfte (50%) der Beobachtungen hat Werte, die kleiner sind als der Median, und die andere Hälfte hat Werte, die grösser sind als der Median.

■ **Quartil**
Das 1. Quartil (25%) entspricht jenem Wert innerhalb einer Messreihe, bei dem 25% der Beobachtungen Werte haben, die kleiner sind als das 1. Quartil, und 75% der Beobachtungen mit Werten darüber. Der Median entspricht dem 2. Quartil (50%). Beim 3. Quartil (75%) liegen innerhalb der Messreihe 25% der Werte darüber, 75% darunter.

■ **Perzentil**
Das x. Perzentil (x%) entspricht jenem Wert innerhalb einer Messreihe, bei dem x% der Messwerte darunter, und (100-x)% der Werte darüber liegen. Das 25% Perzentil entspricht demnach dem 1. Quartil.

Problembereiche	Set 1	Set 2	Set 3
Schmerz	4 (2; 7)	1 (1; 3)	1 (0; 3)
Beweglichkeit	5 (2; 7)	2 (1; 4)	1 (0; 3)
Körperhaltung	6 (4,25; 8)	7 (5; 8)	7 (5; 9)
Schlafqualität	3 (1; 6)	1 (0; 3)	1 (0; 3)
Seelisches Befinden	2 (0; 5)	1 (0; 2)	1 (0; 2)
Körperliche Arbeit	5 (2; 7)	2 (0; 4)	1 (0; 3,75)

Tabelle 2: **Befinden bei Therapiebeginn (Set 1), Therapieabschluss (Set 2) sowie sechs Monate nach Therapieabschluss (Set 3), bezogen auf sechs Problembereiche. Angaben: Median (1. Quartil; 3. Quartil) bei einer Skala von 0 bis 10, n = 313.**

Es gilt zu beachten, dass für die Patientinnen ausser beim Problembereich «Körperhaltung» hohe Werte stets eine negative, kleine Werte stets eine positive Bedeutung haben.

Zufriedenheit
Der hohe Zielerreichungsgrad schlägt sich auch

[1] entspricht dem Anteil von «tatsächlich komplexen» Patientinnen (hier durch MCS oder MH definiert), die auch von den Physiotherapeutinnen (PT) als komplex beurteilt worden sind.
[2] entspricht dem Anteil von «tatsächlich nicht komplexen» Patientinnen (hier durch MCS oder MH definiert), die auch von den PT als nicht komplex beurteilt worden sind.

von 47% und eine «Accuracy»[3] von 54%, bei MH liegen die entsprechenden Werte bei 75, 46 und 53%. Diese Werte deuten an, dass die PT-Beurteilung der Komplexität neben der mentalen Dimension des SF-36 auf weiteren Kriterien beruhen muss. Die höchste Korrelation wurde zum Beispiel mit «Schmerz» (Befinden-Profil, Set 1) festgestellt (Spearman's rho = 0,32, sign. 1%).

Hypothesen zur Beurteilung der Komplexität:

- Die Physiotherapeutinnen müssten nach einheitlichen Kriterien trainiert werden, um die Komplexität der anstehenden Behandlungen zuverlässig zu beurteilen.
- Die Physiotherapeutinnen beurteilen in vielen Fällen das Rehabilitationspotential. Dies hat nicht unbedingt mit dem Gesundheitszustand generell zu tun.
- Die Erfahrung der einzelnen Physiotherapeutinnen spielt eine massgebliche Rolle bei der Beurteilung der Komplexität.
- Die Annahme einer erhöhten Komplexität der Behandlung ist nicht per se mit einem schlechteren Gesundheitszustand identisch.

Es lohnt sich auf jeden Fall, diesen Fragen auf den Grund zu gehen. Entsprechende Bestrebungen sind bereits im Gange.

Schlussfolgerungen zur 2. Pilotphase

1. Hohes Engagement bei den Patientinnen; Akzeptanz der Fragebogen.
2. Physiotherapeutinnen haben trotz erhöhtem Aufwand gut mitgemacht.
3. Patientinnen sind mit den Physiotherapien grösstenteils sehr zufrieden.
4. Fehlende Sets und unbeantwortete Fragen (vor allem im Bereich der Hauptprobleme) deuten an, dass die Erfassung der Daten vereinfacht und verbessert werden muss.
5. Die Praktikabilität wurde durch Physiotherapeutinnen aus Praxen bestätigt.
6. Hohe Beteiligung ermöglicht eine umfassende Schwachstellenanalyse der 2. Pilotphase. Insbesondere müssen die drei Problemlösungsschritte «Problemerkennung», «Therapieerwartungen» und «gemeinsame Zielvereinbarung» klarer operationalisiert werden. Daneben sollen die Physiotherapeutinnen durch Personifizierung künftiger Fragebogen-Sets entlastet werden.

[3] entspricht dem Anteil der Übereinstimmungen «komplex – komplex» oder «nicht komplex – nicht komplex» am Gesamttotal.

Die 3. Pilotphase

Das Konzept der 3. Pilotphase beruht auf Ergebnissen der 2. Pilotphase, auf Hinweisen, die sich aus Gesprächen mit teilnehmenden Physiotherapeutinnen (2. Pilotphase) ergaben, sowie auf neueren Erkenntnissen des «Clinical Quality Managements» (Stucki et al., 1997).

Stichwortartiges Konzept der 3. Pilotphase

- Beschränkung auf vier Indikationsgruppen: Halswirbelsäule, Lendenwirbelsäule, obere Extremität und untere Extremität
- Messung der spezifischen Gesundheit mit validen, international erprobten Instrumenten (DASH, NASS-HWS, NASS-LWS und WOMAC)
- Einschluss der Patientinnen innerhalb von drei Monaten (September bis November 1998)
- Verzicht auf andere Sprachen als Deutsch
- verstärkte Zusammenarbeit mit Kostenträgern und Leistungserbringern

Verbesserungen gegenüber der 2. Pilotphase

- verbessertes Feedback-Blatt (Einzelpatient) bereits nach ein bis zwei Wochen
- Vollständigkeit der Daten wird sofort geprüft
- klare Definition des Zielproblems (Konsens Physiotherapeutin – Patientin)
- offene Befragung bei Hauptproblemen, Zielproblemen und Zufriedenheit
- einheitliche Skalen (VAS von 0 bis 10; dabei 0 stets mit positiver, 10 stets mit negativer Bedeutung)
- einfacheres Handling durch automatisch personifizierte Sets; Verzicht auf Hilfslisten
- reduziertes Profil bei Erwartungen; Verzicht auf Befinden-Profil

Zusammenarbeit mit dem SPV

Das Projekt der IG QUALEX versteht sich als Beitrag zur Erfassung der Ergebnisqualität in Anlehnung an den Rahmenvertrag zur Qualität zwischen den Leistungserbringern (SPV und H+) einerseits und den Kostenträgern (KSK, MTK, BSV und BAMV). Artikel 6 zur Ergebnisqualität lautet da: «Die Ergebnisqualität beinhaltet die Beurteilung der physiotherapeutischen Interventionen in bezug auf die Erreichung von gesetzten therapeutischen Zielen. Dabei ist die Patientenperspektive angemessen zu berücksichtigen.»
Im April 1998 konnte das Projekt den Kostenträgern vorgestellt werden. Sie erhielten die Gelegenheit, Bedürfnisse und Erwartungen ihrerseits einzubringen, was sie mit Wohlwollen zur Kenntnis nahmen.

SPV und Kostenträger erwarten bis Oktober 1999 einen Schlussbericht der 3. Pilotphase.

Zukunftsvorstellungen

Wir erwarten, mit der Auswertung der 2. und 3. Pilotphase über genügend Datenmaterial und Erfahrungen zu verfügen, um daraus ein praktikables und aussagekräftiges Basismodul zu entwickeln. Ein solches Basismodul könnte dann in mehrere Sprachen übersetzt und mehrere Jahre eingesetzt werden.
Die Verbreitung dieses Basismoduls liesse sich wahlweise übers Internet oder über lokale PC-Lösungen vollziehen. Erstere Lösung würde die Praxen davon entlasten, selber Daten in komplexen Datenbanken sichern zu müssen. Entsprechende Abklärungen und Vorarbeiten sind im Gang.

Projekt Pädiatrie

Neben dem beschriebenen Erwachsenen-Projekt besteht auch ein Projekt in der Pädiatrie. Dieses wurde im Oktober 1996 lanciert. Es haben sich Kliniken, Therapiestellen und Praxen beteiligt. Gesamthaft liegen von zirka 125 Kindern vollständige Datensets vor. Im Moment steht das Projekt in der Auswertungsphase, die am 31. März 1999 abgeschlossen sein wird.

Schlussbemerkungen

Wir möchten an dieser Stelle den Mitgliedern der IG QUALEX und allen anderen Physiotherapeutinnen für ihre Mitarbeit an den drei Pilotphasen danken. Ein besonderer Dank gilt dem SPV, ohne dessen Unterstützung die Planung und Durchführung der vorliegenden Projekte unmöglich gewesen wäre. Die zunehmende Akzeptanz unter den Physiotherapeutinnen und die Reaktionen der Kostenträger ermutigen uns, auf dem eingeschlagenen Weg weiterzufahren.

Wenn Sie jetzt zum ersten Mal von der IG QUALEX gehört haben, hoffen wir, dass Sie für unser Projekt offen sind. Falls Sie weitergehende Informationen möchten, wenden Sie sich bitte an:

Erika Ω Huber
Telefon 01 - 255 30 48 oder Telefax 01 - 255 43 88
E-mail: ruzhue@ruz.unizh.ch

LITERATUR

1. *HUBER E., ETTER-WENGER D., STUCKI G.:* Qualitäts- und Existenzsicherung (Interessengruppe IG QUALEX). «Physiotherapie» 3/1997; 33–36.
2. *STUCKI G., STUCKI S., SANGHA O.:* Patienten-zentrierte Evaluation der Krankheitsauswirkungen bei muskuloskelettalen Erkrankungen: Modell der Krankheitsauswirkungen und Begriffsdefinitionen. Z. Rheumatol. 56: 1997; 245–254.