Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band: 36 (2000)
Heft: 1

Artikel: Qualitätssicherung in der Neurorehabilitation
Autor: Kool, Jan / Oetiker-Streit, Doris / Opstal, Fred van
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929495

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: 05.12.2025

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

PRAXIS

Qualitätssicherung in der Neurorehabilitation

Jan Kool, Physiotherapeut und Bewegungswissenschafter, Rheuma- und Rehabilitationszentrum, 7317 Valens
Doris Oetiker-Streit, Physiotherapeutin, Klinik für Rheumatologie und klinische Immunologie/Allergologie, Inselspital, 3010 Bern
Fred van Opstal, Physiotherapeut und Qualitätsbeauftragter, Zürcher Höhenklinik, 8639 Faltigberg-Wald

Eine Umfrage der Interessengruppe Physiotherapie in der Neurorehabilitation (IGPNR) hat bei 297 Physiotherapeuten* der Neurorehabilitation die momentanen Massnahmen des Qualitätsmanagement (QM) erfasst. Austrittsberichte, Dokumentation von Zielen, Evaluation der Fortschritte und interdisziplinäre Besprechungen werden bei der grossen Mehrzahl der Patienten durchgeführt. Die ebenfalls mit der Umfrage erfassten Bedürfnisse für Weiterbildung auf dem Gebiet ‚Qualitätssicherung' bildeten die Ausgangslage für eine Tagung in Luzern.

Die Optimierung von Abläufen mit einer interdisziplinären Gruppe von direkt involvierten Personen kann die Arbeit erleichtern und die Effizienz steigern. Die Evaluation der QM-Massnahmen ist dabei wichtig, da die subjektive Wahrnehmung alleine zu wenig verlässlich ist. In der Zürcher Höhenklinik Wald konnte der Prozessablauf «Frührehabilitation von Patienten nach operativ versorgter Schenkelhalsfraktur» verbessert werden. Die meisten Abläufe sind in der neurologischen Klinik, die dieses Jahr näher analysiert wird, ähnlich, so dass auf die bereits gemachten Erfahrungen aufgebaut werden kann. Der physiotherapeutische Behandlungsprozess bildet einen Teil der gesamten Rehabilitation. In der physiotherapeutischen Behandlung können Mindestanforderungen an die Dokumentation gestellt werden. Eine vollständige Dokumentation umfasst unter anderem die Patientenziele auf der Ebene der Alltagsaktivitäten (ATL), die Schlussfolgerungen der Befundaufnahme und die Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten. Wesentlich ist auch die prozessmässige Dokumentation von Pendenzen, die neben formulierten Nah- und Fernzielen auch pendente Abklärungen, Befunde, Kontrollmessungen und Instruktionen umfassen. Die termingerechte Erledigung der Pendenzen kann evaluiert werden. Wenn Pendenzen nicht erledigt oder Ziele nicht erreicht werden, ist dies klar ersichtlich (Rückverfolgbarkeit). Zur Evaluation der Effektivität der Massnahmen stehen standardisierte interdisziplinäre Assessments und physiotherapiespezifische Messungen zur Verfügung.

Einführung

Die Zunahme der Aktivitäten auf dem Gebiet der Qualitätssicherung hat verschiedene Ursachen.

- Das Krankenversicherungsgesetz (KVG, 1995) verlangt, dass jede Berufsgruppe ein Qualitätssicherungskonzept erarbeitet. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verfolgt die Entwicklung und kann Massnahmen ergreifen, wenn der Auftrag nicht befriedigend ausgeführt wird.
- Ausgangspunkt für prozessorientierte Massnahmen ist vielfach der Eindruck, dass ein gewisser Ablauf nicht optimal gestaltet ist.
- Veraltete Strukturen können mit prozessorientierten Massnahmen überarbeitet werden.
- Qualitätsmanagement kann die Marktposition stärken.

Auf Einladung der Interessengruppe Physiotherapie in der Neurorehabilitation (IGPNR) trafen sich am 10. Februar 1999 etwa 44 Physiotherapeutinnen und -therapeuten in Luzern zu einer Tagung zum Thema «Qualitätssicherung». Dieser Artikel gibt eine Übersicht über die Referate.

Nach der Eröffnung durch Ida Dommen, Präsidentin der IGPNR, und der Einleitung von Dr. Hans Peter Rentsch, Präsident der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und Leiter der Rehabilitationsabteilung im Kantonsspital Luzern, gab es drei Bereiche, zu denen die Vortragenden treffende Titel gefunden hatten:

- Qualitätsmanagement ist ein Teil der physiotherapeutischen Arbeit – wie kann das konkret aussehen ? (Doris Oetiker-Streit)
- Prozessqualität, der Schlüssel zu Ergebnisqualität (Fred van Opstal)
- Optimale Zielsetzung als Teil der Qualitätssicherung in der Neurorehabilitation (Jan Kool)

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement werden drei Bereiche unterschieden.

Die *Strukturqualität* beinhaltet in einer Neurorehabilitation unter anderem die Räumlichkeiten, die notwendigen Einrichtungen und das Personal mit der jeweils individuellen Ausbildung.

Die *Prozessqualität* umfasst alle relevanten Abläufe einer Institution. Beispiel solcher Prozesse sind die Aufnahme des Patienten und die interdisziplinäre Organisation der Rehabilitation. Auch die Abläufe von Verwaltung, Hotellerie, technischer Dienst und andere unterstützende Bereiche innerhalb einer Klinik sind von Bedeutung.

Die *Ergebnisqualität* wird durch den Nutzen bestimmt, welcher der Patient durch die Rehabilitation erfährt. Die Effektivität der Massnahmen wird hier evaluiert. Ein gutes Behandlungsergebnis ist die Existenzberechtigung einer Institution für Rehabilitation. Auch ein gutes Ergebnis in finanzieller Hinsicht ist unabdingbar für den Betrieb einer Klinik.

Grundlagen des Qualitätsmanagement (QM)

Im ersten Teil erläuterte Doris Oetiker-Streit, Physiotherapeutin an der Klinik für Rheumatologie des Inselspitals Bern, die Grundlagen zu Qualitätsmanagement (QM). Für eine ausführliche Darstellung verweisen wir auf die frühere Publikation (Streit 1997). Sie stellte die Entwicklung von Qualitätsmanagement-Normen anhand des Beispiels der ISO Normen 9000 ff. dar und zeigte auf, dass Qualität die Übereinstimmung zwischen Soll (Vorhaben) und Ist (Resultat) be-

* (Bezeichnungen von Personen gelten jeweils auch für das andere Geschlecht)

deutet. «Da in jeder Tätigkeit Chancen und Risiken stecken, ist es wichtig, die Risiken zu minimieren, um den Chancen grösstmögliches Gewicht einzuräumen. Zur Absicherung der Risiken kann ein Qualitätsmanagementsystem dienen. Mit den vier Begriffen Lenkbarkeit, Schadenbegrenzung, Risikoabschätzung und Rückverfolgbarkeit kann QM treffend umschrieben werden. Dabei geht es darum, dass alle Prozesse rund um mein Produkt oder meine Dienstleistung gelenkt werden, so dass das ‹Soll = Ist-Verhältnis› auf geradem Weg erreicht werden kann.» Anhand des Elements 3 «Vertragsprüfung» aus der Norm ISO 9001 zeigte Doris Oetiker-Streit exemplarisch eine mögliche Anwendung der Norm in der physiotherapeutischen Arbeit auf. Nach der Erläuterung ihrer Umsetzung hatten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit, das Gehörte in einer Gruppenarbeit in ihren Bereich «Neurorehabilitation» zu transferieren.

Bisherige Qualitätsmassnahmen (Ist-Zustand)

Zur Verbesserung der Prozessqualität steht eine Vielzahl qualitätsfördernder Massnahmen zur Verfügung. Rapporte, Visiten, Befunde und Austrittsberichte werden seit längerer Zeit benützt und getätigt.

Die Interessengruppe Physiotherapie in der Neurorehabilitation (IGPNR) führte bei ihren Mitgliedern eine Umfrage durch (Schläpfer 1998). Dabei wurde erfasst, welche qualitätsfördernden Massnahmen im Moment umgesetzt werden. Die Umfrage deckte die Arbeit von 297 Physiotherapiestellen ab.

Abbildung 1 zeigt, dass bei 79 Prozent der Patienten der Verlauf mit dem Extended-Barthel-Index (EBI) oder Functional Independence Measure (FIM) erfasst wird. Diese Messungen sind nicht diagnosespezifisch und können für die Mehrheit der Patienten in Rehabilitationskliniken benützt werden. Sehr erfreulich ist, dass bei 83 Prozent der Patienten ein Austrittsbericht verfasst wird. In den letzten Jahren werden in der Neurorehabilitation vermehrt Messungen durchgeführt. Die Arbeitsgruppe «Messen in der Neurorehabilitation» publizierte 1997 einen Bericht (Kool u.a., 1997) und empfahl darin für Patienten mit einem Zerebrovaskulären Insult (CVI) das Chedoke-McMaster-Stroke-Assessment (Kool, 1999) und das Rivermead-Motor-Assessment (Kool u.a., 1997). Für Patienten mit einem Schädelhirntrauma in einem frühen Stadium kann die Koma-Remissionsskala benützt werden (Kool u.a., 1997). Relativ neu ist die Early-Functional-Abilities-Skala, die noch in der Anwendung getestet werden muss. Nach der Erholung vom Koma kann diese Patientengruppe mit dem Schädel-Hirn-Trauma-Test erfasst werden (Kool u.a., 1997). Bei Patienten mit einer Multiplen Sklerose (MS) wird am meisten der Rivermead-Mobility-Index benützt (Kool u.a., 1997).

Qualitätszirkel

32 Prozent der Physiotherapeuten war bereits bei der Durchführung von Qualitätszirkeln involviert. Q-Zirkel sind problemorientierte Arbeitsgruppen. In einem Q-Zirkel wird zuerst ein Ist-Zustand erhoben und ein erwünschter Soll-Zustand definiert. Dann werden Massnahmen ergriffen, und schliesslich wird der Erfolg des Q-Zirkels evaluiert. Wenn das Ziel erreicht ist, wird der Q-Zirkel aufgelöst. Wichtig bei dieser Arbeitsweise ist die bereichsübergreifende Zusammenarbeit, wobei alle Teilnehmer unabhängig von ihrer Position innerhalb der Hierarchie gleichwertig sind. Die Teilnehmer sind in der Regel nicht ausschliesslich die führenden Personen der involvierten Bereiche; wichtig ist, dass insbesondere die direkt involvierten «Frontarbeiter» vertreten sind. Qualitätsverbesse-

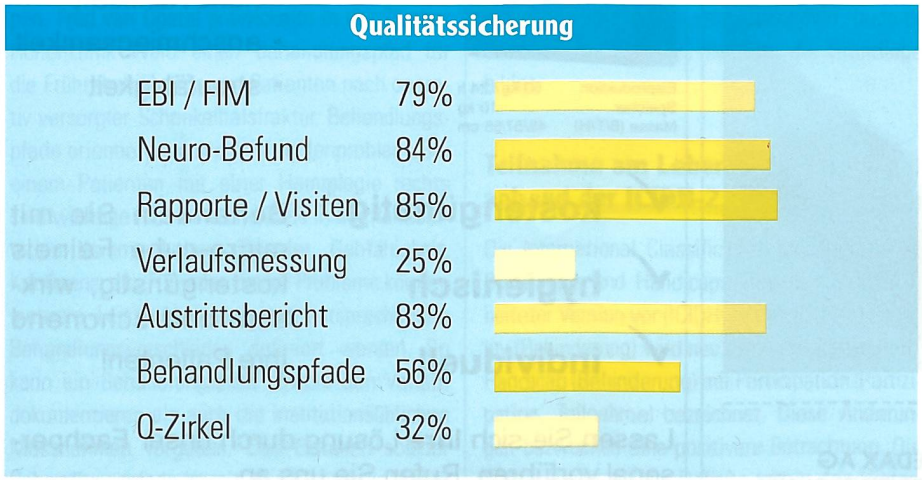


Abb. 1: **Qualitätssichernde Massnahmen in der Neurorehabilitation, Ist-Zustand nach einer Umfrage von H. Schläpfer (1998), welche die Arbeit von 297 Physiotherapeuten erfasst. Die Prozentzahlen betreffen den Anteil der Patienten, bei welchem die jeweilige Massnahme durchgeführt wird.**

Begriffserklärungen

FIM (Functional Independence Measure)

Benützung: Interdisziplinär

Diagnosegruppe: Alle Patienten, die zur Verbesserung der Selbständigkeit behandelt werden.

Gemessene Dimension: Auf Aktivitätsebene wird die Selbständigkeit bei den basalen Alltagsaktivitäten erfasst: Essen/Trinken; Körperpflege; Waschen/Baden/Duschen; Ankleiden oben; Ankleiden unten; Intimhygiene; Blasenkontrolle; Darmkontrolle; Transfer Rollstuhl/Stuhl/Bett; Transfer Toilettensitz; Transfer Badewanne; Gehen/Rollstuhl; Treppensteigen; Verstehen; Ausdruck; Soziales Verhalten.

EBI (Erweiterter Barthel Index):

erfasst ebenfalls die basalen Alltagsaktivitäten, vergleichbar mit dem FIM (siehe oben).

Chedoke McMaster Stroke Assessment:

Benützung: Physio- und Ergotherapie

Diagnosegruppe: Patienten mit einem Cerebrovaskulären Insult

Gemessene Dimension: Aktivitäten in Zusammenhang mit Körpermobilität (Transfer, Aufstehen, Gehen) werden ausführlicher erfasst als beim FIM/EBI.

Auf Schaden-Ebene werden Schulterschmerzen, Haltungskontrolle und selektive Motorik gemessen.

Das Chedoke McMaster Stroke Assessment ist vergleichbar mit dem Rivermead-Motorik-Test, weist jedoch grosse Vorteile auf. Der Rivermead-Motorik-Test erfasst die Schulterschmerzen und die Haltungskontrolle nicht; die Aktivitäten werden weniger fein abgestuft gemessen.

Schädel-Hirn-Trauma-Test

Benützung: Physiotherapie

Diagnosegruppe: Patienten mit einem Schädel-Hirn-Trauma

Bemerkung: Dieser Test wurde in Bellikon und Valens entwickelt, wobei der Rivermead-Motorik-Test als Grundlage diente. Der Test ist nicht validiert.

Early-Functional-Abilities-Skala

Benützung: interdisziplinär (Pflege, Therapien)

Diagnosegruppe: Patienten mit einem Schädel-Hirn-Trauma in einem frühen Stadium, bevor die Fortschritte bei den basalen Alltagsaktivitäten ersichtlich sind.

ORIGINAL MEDAX

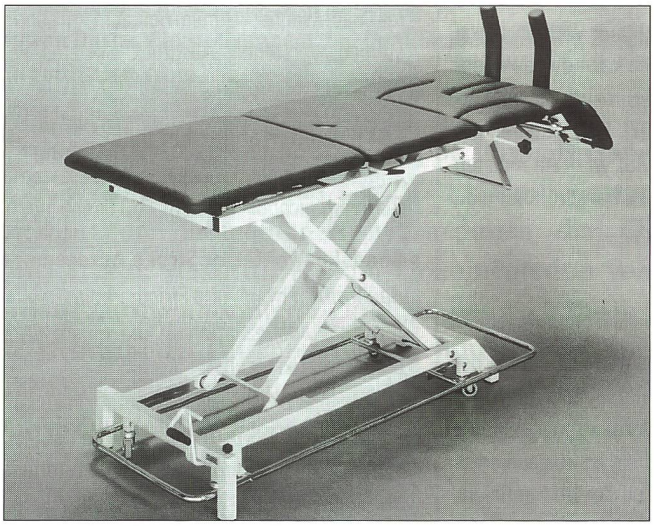
Von uns entwickelt und seit vielen Jahren bewährt.

Machen Sie **keine Experimente mit** irgendwelchen **Kopien!**

Unser Fabrikationsprogramm:

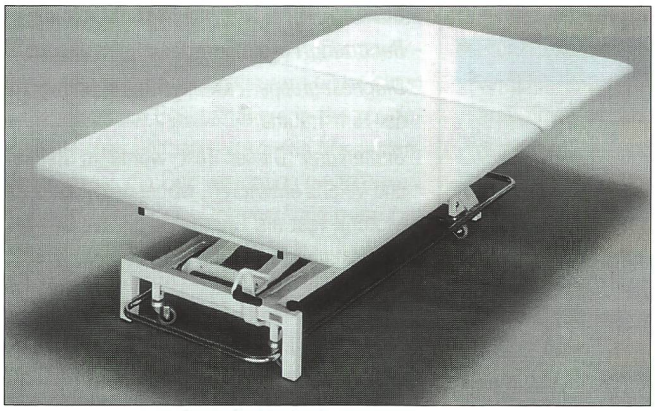
- 2-/3-/4-/6teilige Liegen
- Extensionsliegen
- Bobath-Liegen
- Manualtherapie-Liegen
- Kombi-Liegen mit Gynäkologieteil
- CLEWA-Kofferliegen (Import)

Behandlungsliege MEDAX P 40 A



- Elektrische Höhenverstellung von 44 bis 104 cm mit praktischer Fuss-Schaltstange
- Rückenstütze und Knieflexion mit bequemen Hubhilfen stufenlos verstellbar
- Fahrwerk (Lenkrollen) mit Fusspedal in jeder Position der Höhenverstellung ausfahrbar
- Sehr stabiles Schweizer Fabrikat
- SEV-geprüft
- 2 Jahre Garantie

BOBATH-Liege MEDAX 1- oder 2teilig



❑ Senden Sie uns bitte eine Dokumentation.
❑ Bitte rufen Sie uns an.

Name: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

PH-03/94

MEDAX AG MEDIZINTECHNIK

Schneckelerstrasse 20
CH-4414 Füllinsdorf BL
Tel. 061-901 44 04
Fax 061-901 47 78

Die individuelle Einrichtung

Sauna und Solarium

Physikalische Therapie

Gymnastik-Training
Therapie- und Massageliege
Lagerungshilfen • Polster • Wäsche
Reinigungs-, Desinfektions-Pflegeprodukte
Thermo-Therapie – kalt/warm • Massagematerial
Vorhänge • Mobiliar • Stühle • Extension-Manipulation
Infrarot-Solarien • Sauna • Dampfbadprodukte • Hydro-Therapie
Badezusätze • Elektro-Therapie • Geräte-Zubehör • US-HF-Therapie
Puls-, Blutdruck-Messgeräte • Anatomisches Lehrmaterial

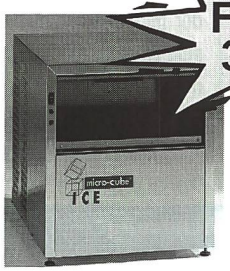
Innovativ
in
Planung • Verkauf • Service

Gymnastikstudio

Jardin Medizintechnik ag

Feldmattstrasse 10
CH-6032 Emmen
Tel. 041-260 11 80
Fax 041-260 11 89

Eismaschinen



Fr. 3950.-

micro-cube Feineis besticht durch seine

- 0 °C
- hohe Kühlkraft
- anschmiegsamkeit
- streufähigkeit

Eisproduktion	60 kg / 24 h
Speicher	10 kg
Masse (B/T/H)	48/57/55 cm

✓ **kostengünstig**

✓ **hygienisch**

✓ **individuell**

Behandeln Sie mit micro-cube Feineis kostengünstig, wirksam und schonend Ihre Patienten!

Lassen Sie sich **Ihre** Lösung durch unser Fachpersonal vorführen. Rufen Sie uns an.

Kibernetik AG
Langäulistrasse 62
9470 Buchs (SG)
Tel. 081 - 750 52 00

micro-cube® ICE

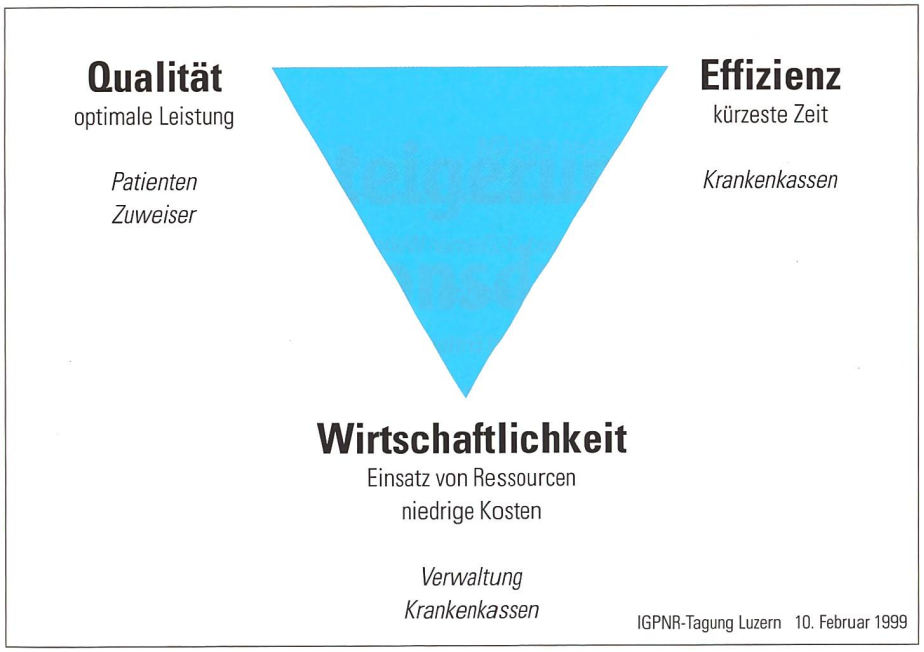


Abb. 2: **Die Ressourcen sind nicht unbegrenzt. Für einen optimalen Einsatz derselben sollten überflüssige und unproduktive Aufwendungen reduziert werden.**

rung bei Prozessen der Planung, Informationsweitergabe, Patiententransport oder bei der Chefarztvisite können mit einem bereichsübergreifenden Q-Zirkel erreicht werden.
Qualität, Wirtschaftlichkeit und Effizienz stehen teilweise in einem unausgewogenen Verhältnis zueinander *(Abb. 2)*. Die Ressourcen sind nicht unbegrenzt. Für einen optimalen Einsatz derselben sollten überflüssige und unproduktive Aufwendungen reduziert werden.

Behandlungspfade (Pathways) und Standards

Behandlungspfade (Pathways) und Standards sind Begriffe mit einer teilweise überlappenden Bedeutung. Behandlungspfade sind Richtlinien für die Behandlung bestimmter Patientengruppen. Fred van Opstal entwickelte in der Zürcher Höhenklinik Wald einen Behandlungspfad für die Frührehabilitation von Patienten nach operativ versorgter Schenkelhalsfraktur. Behandlungspfade orientieren sich am Patientenproblem. Bei einem Patienten mit einer Hemiplegie rechts sind wichtige Probleme und Ziele in der Rehabilitation Kommunikation, Transfer, Gehfähigkeit, Kontinenz, etc. Für jedes dieser Probleme können mehrere Leistungsniveaus mit entsprechenden Behandlungsvorschlägen definiert werden. So kann ein Behandlungspfad sowohl den Verlauf dokumentieren als auch die institutionsüblichen Massnahmen vorgeben. Das Erstellen solcher Behandlungspfade ist mit einem enormen personellen Aufwand verbunden und wurde in den USA oft in Zusammenarbeit mit Universitäten durchgeführt. Eine positive Folge war eine grosse Reduktion der Administrationszeit der Therapeuten auf fünf Minuten pro Woche.
Das Wort «Standards» wird für zwei unterschiedliche Begriffe verwendet. Standards können entweder die vorher erwähnten Behandlungspfade oder auch Strukturrichtlinien betreffen. Diese beschreiben, wieviel Personal und welche Infrastruktur eine Institution mindestens vorweisen sollte. Für die Neurorehabilitationskliniken sind bereits Strukturrichtlinien erarbeitet worden.
Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Erstellen detaillierter Behandlungspfade wegen des grossen Aufwands nicht als erste Massnahme für die Neurorehabilitationskliniken in der Schweiz empfohlen werden kann. Sinnvoller erscheint es, als erste Massnahme Patientenziele und Pendenzen zu dokumentieren. Bevor wir darauf näher eingehen, besprechen wir die ICIDH-2, die dazu die Grundlage bildet.

Teilnahme am Leben, Patientenziele anhand der ICIDH-2

Die International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps liegt nun in überarbeiteter Version vor (ICIDH-2). Der Begriff Disability (Behinderung) wird neu mit Activity (Aktivität), Handicap (Behinderung) mit Participation (Partizipation, Teilnahme) bezeichnet. Diese Änderungen bezwecken eine positivere Betrachtung. Die Fokussierung auf die Defizite tritt in den Hintergrund; mehr beachtet werden die Fähigkeiten des Patienten.
Anhand der drei zentralen Begriffe können die Folgen von Krankheit auf der Schadensebene (englisch: Impairment), auf der Ebene der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL, englisch: Activity) oder auf der Ebene der Partizipation oder Teilnahme am sozialen und gesellschaftlichen Leben (englisch: Participation) gemessen werden. Schliesslich geht es bei der Rehabilitation darum, die reduzierte Partizipation unserer Patienten zu verbessern. Eine optimale Erfüllung der sozialen Rolle in Familie und Beruf ist das übergeordnete Ziel der Rehabilitation.

Umfeld und Kontextfaktoren sind wichtig für die Lebensqualität

Die ICIDH-2 hat zusätzlich neue Schwerpunkte gesetzt. Die Partizipation ist im Gegensatz zu den Aktivitäten nicht nur vom Betroffenen abhängig. Auch das Umfeld, zum Beispiel die Familie, ist sehr wichtig für die Entfaltungsmöglichkeit. Andererseits sollten wir die Kultur berücksichtigen und dürfen von unseren Patienten keine kulturfremde Rollenerfüllung erwarten.
Bei der beruflichen Rehabilitation nehmen Gesellschaft und Politik einen wichtigen Platz ein. Mit der Berücksichtigung dieser sogenannten Kontextfaktoren wird die Rehabilitation als Gesamtheit umfassender dargestellt.
Insgesamt ist in den letzten 20 Jahren eine Entwicklung sichtbar, bei der in der Physiotherapie anfänglich dem Schaden (z.B. Tonusprobleme und Bewegungsqualität) erste Priorität eingeräumt wurde. Heute stehen die Alltagsaktivitäten mehr im Mittelpunkt. Wahrscheinlich wird in den nächsten Jahren die Partizipation unserer Patienten eine immer wichtigere Rolle einnehmen. «Einkaufen gehen» als oberstes Ziel auf Partizipationsebene kann bedeuten, dass wir auf Aktivitätsebene die Gehfähigkeit der Patienten erreichen wollen. Die Bewegungsqualität ist dem Erreichen der Gehfähigkeit untergeordnet. Wenn das Ziel nicht erreicht werden kann, so wird abgeklärt, ob mit der Anschaffung eines Elektrorollstuhls als sogenannter erleichternder Kontextfaktor das Patientenziel «Einkaufen gehen» ermöglicht werden kann.

Neurologischer Befund

Die ICIDH-2 dient auch als Grundlage für die physiotherapeutische Patientendokumentation. Bisherige Bestrebungen, den physiotherapeutischen Befund zu optimieren, zeigen, dass es kaum möglich sein wird, einen universalen Befund zu erstellen. Eine Idee ist, die wichtigsten Zielgruppen einer Institution zu identifizieren. Dabei sollte nicht die Diagnose, sondern das Patientenziel im Mittelpunkt stehen.

Optimale Zielsetzung als Teil der Q-Sicherung in der Neurorehabilitation

Eine optimale Zielsetzung ist für eine optimale Ergebnisqualität bei der Rehabilitation neurologischer Patienten von zentraler Bedeutung. Struktur- und Prozessqualität sind wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Neurorehabilitation. Eine Garantie für gute Qualität sind sie allerdings nicht. Deshalb wird der Ergebnisqualität grosser Bedeutung beigemessen.

Pendenzen und Ziele

Für die Befunderhebung und Verlaufsdokumentation sind vielerorts bereits gute Systeme vorhanden, die auch eine Erleichterung beim Auffinden der Information darstellen. Verlaufsnotizen werden meistens formlos auf leeren Blättern geführt. Das erschwert den Informationsfluss bei der Patientenübergabe. Aufträge und andere Pendenzen gehen leicht verloren. Deshalb ist es empfehlenswert, eine Liste mit Pendenzen und Zielen zu führen.

Tabelle 1 zeigt, wie die Dokumentation von Zielen und Pendenzen aussehen kann. Der Prozessgedanke und die Rückverfolgbarkeit haben die Gestaltung der Liste deutlich geprägt. Daten und Namen der Teammitglieder erleichtern die Nachfrage bei Unklarheiten. Auch die oft erforderliche Änderung von Nah- und Fernzielen kann einfach nachvollzogen werden. Bei einem Therapeutenwechsel sind die Pendenzen eine Hilfe, das Management effizient weiterzuführen.

Ziele und Pendenzen

Patient X

Eintritt	3 Wochen nach CVI
Mobilität	Stehen mit Festhalten. Transfer mit Aufsicht
Sozial	Alleinstehend, 3-Zimmer-Wohnung, pensioniert
Gesundheit vorher	Gesund und selbständig
Ziel bei Einweisung	Rehabilitation und Entlassung nach Hause
Patientenziel	Gehen ohne Hilfsmittel

3.2.99 Eintritt

Datum	*Ziel / Pendenz (wer)*	*Bis*	*Erreicht? (wer)*
3.2.99	In 2 Wochen nach Hause (Patient)	17.2.99	Nicht erreicht Ziel nicht realistisch. Neue Ziele 8.2.99 (JK)
3.2.99	Gehen ohne Hilfsmittel in 2 Wochen (Patient)	17.2.99	Ziel angepasst 8.2. (JK)
3.2.99	Befunderhebung PT (KL)	8.2.99	Erledigt 7.2. (JK)
3.2.99	Fernziel und Nahziele PT (KL)	8.2.99	Erl. 8.2. (JK)
8.2.99	Fernziel: Entlassung nach Hause (lebt alleine) gehfähig mit Hilfsmittel im Haus (CA Visite)	25.2.99	Erreicht (JK)
8.2.99	Nahziel Gehen mit Stock und Begleitung in die Therapien (JK)	15.2.99	Erreicht 15.2. (JK)
8.2.99	Schienenabklärung PT mit Orthopädie (JK, Chefarzt-Visite)	15.2.99	Fussheberschiene und Valenserschiene nicht hilfreich (JK)
15.2.99	Heimprogramm (Patient, Chefarzt-Visite)	18.2.99	Erl. 17.2. (JK)
15.2.99	Austrittsbericht (JK)	24.2.99	Erl. 24.2.99 (JK)
15.2.99	Nahziel Gehen mit Stock, ohne Begleitung (JK)	25.2.99	Erreicht 22.2. (JK)

3.2.99 Austritt 25.2.99

Tab. 1: **Ein vereinfachtes Patientenbeispiel zeigt die Erfassung von Zielen und Pendenzen mit Gewährleistung der Rückverfolgbarkeit.**

Literatur

KOOL, J. (1997): «Neuro-Physiotherapie: Qualitative Anforderungen an den klinischen Befund und an die Ergebniskontrolle». Physiotherapie (3): 43–48

KOOL J. U.A. (1996): «Messen in der Neurorehabilitation im Rahmen der Physiotherapie». Tagung in Solothurn am 21. Oktober 1996. Tagungsbericht erhältlich bei J. Kool

KOOL J. (1999): «Chedoke Mc Master Stroke Assessment», deutsche Version. Erhältlich bei J. Kool

SCHLÄPFER H, U.A. (1998): Ist-Zustand Qualitätsmanagement Physiotherapie in der Neurorehabilitation. Umfrage bei den Mitgliedern der Interessengruppe Physiotherapie in der Neurorehabilitation (IGPNR), nicht publiziert

STREIT D. (1996): «Qualitätsmanagement in der physiotherapeutischen Arbeit». Diplomarbeit an der Schule für Physiotherapie Inselspital Bern, 1996.

STREIT D. (1998): «Qualitätsmanagement in der Physiotherapie». Physiotherapie (4): 5–16

Gratisinserat

Ihr Engagement im Namen der Menschenwürde

Meine Hilfe zugunsten der Kinder

- ❑ mit einer **Spende**. Senden Sie mir bitte einen Einzahlungsschein.
- ❑ mit einer **Patenschaft**. Senden Sie mir Ihre Unterlagen.
- ❑ Ich interessiere mich für eine freiwillige **Mitarbeit**.

Name _____ Vorname _____
Strasse _____
PLZ / Ort _____
Datum _____ Unterschrift _____

Terre des hommes
Büro Deutschschweiz
Postfach • 8026 Zürich
☎ 01/242 11 12
Fax 01/242 11 18

9312