Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band: 36 (2000)
Heft: 3

Artikel: Evaluation der Akzeptanz und Praktikabilität des Qualex-Projektes
Autor: Niederman, Karin
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929503

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

Evaluation der Akzeptanz und Praktikabilität des Qualex-Projektes*

Karin Niedermann, PT, cand. MPH; Jaap Fransen, PT, MSc.; Erika Ω Huber, PT, MHA, Institut für Physikalische Medizin, UniversitätsSpital Zürich
Dr. sc. nat. Werner Steiner, R+R-Klinik Zurzach und Institut für Physikalische Medizin, UniversitätsSpital Zürich
PD Dr. med. Brigitte Santos-Eggimann, MPH, DrPH, Health Services Research, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Lausanne

Das Qualex-Projekt hat wichtige Vorarbeit geleistet für die Einführung eines Instrumentes zur routinemässigen Messung der Ergebnisqualität in der Physiotherapie, wie es im Rahmen des Qualitätskonzeptes des SPV vorgesehen ist. Die Akzeptanz und Praktikabilität des Qualex-Projektes bei den Physiotherapeuten und bei den Patienten wurde anhand der 3. Pilotphase untersucht. Aus den Ergebnissen dieser Evaluation können nun Massnahmen abgeleitet werden, damit die zukünftige Messung der Ergebnisqualität breit akzeptiert wird und damit die Einführung eines obligatorischen Messsystems erfolgreich sein kann.

* Die hier gekürzt wiedergegebene Evaluation ist Bestandteil der Master Thesis von Karin Niedermann, verfasst im Rahmen des Nachdiplomstudiums in «Public Health» an den Universitäten Zürich, Bern und Basel.

Einleitung

Das KVG schreibt allen Leistungserbringern im Gesundheitswesen die Qualitätssicherung und deren Umsetzung vor (Art. 58; Art. 77). Der SPV hat mit den Kostenträgern einen «Koordinationsvertrag zur Qualität in der Physiotherapie» formuliert. Darin wird die Institutionalisierung des Qualitätsmanagements in der Physiotherapie festgelegt. Die bisher erreichte Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität soll gefestigt und verbessert werden. Die entsprechenden Qualitätsnachweise sind zu erbringen, wobei der Patienten-Perspektive angemessenes Gewicht beizumessen ist.

Das QUALEX-Projekt ist ein patienten-orientiertes Outcome-Management-Projekt. Es wurde zwischen 1995 und 1999 in drei Pilotphasen entwickelt, getestet und evaluiert (1–3). Die IG QUALEX hat entscheidende Vorarbeit geleistet (4–7) für die Messung der Ergebnisqualität.

In der 3. Pilotphase ging es um die Messung der Ergebnisqualität mittels SF-36 (8–12) und krankheitsspezifischen Fragebogen (1, 13–17). Bevor ein Instrument zur routinemässigen Messung der Ergebnisqualität eingeführt werden kann, muss Klarheit bestehen bezüglich seiner Akzeptanz und Durchführbarkeit bei den Betroffenen: Physiotherapeuten und Patienten. Es ist uns bisher kein standardisiertes Assessment von Akzeptanz und Durchführbarkeit von Outcome-Messinstrumenten in der Physiotherapie bekannt. Es erscheint uns aber wesentlich, alle wichtigen Betroffenen in die Entwicklung, die Durchführung und die Evaluation eines Outcome-Messinstrumentes einzubeziehen, um seine inhaltliche Qualität und Akzeptanz zu sichern (18). Die IG QUALEX hat Physiotherapeuten, Patienten, Berufsverband und Kostenträger frühzeitig einbezogen und sich von Anfang an breit abgestützt (2–3).

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war, die Akzeptanz und Praktikabilität des Qualex-Projekts zu evaluieren. Die Ergebnisse dieser retrospektiven Querschnitt-Studie werden im Folgenden präsentiert.

Methodologie

Untersuchte Gruppen

a) Teilnehmende Physiotherapeuten: Die Physiotherapeuten, die an der 3. Pilotphase mitgemacht hatten, wurden für die Befragung unter den zwei Bedingungen zufällig ausgewählt, dass a) alle Arbeitsorte vertreten waren und dass b) pro Institution maximal je zwei Therapeuten mit dem gleichen Teilnahmestatus (entweder erstmalige Teilnahme oder frühere Teilnahme an der 2. Pilotphase) befragt wurden. Ihnen wurde ein Fragebogen geschickt zur Beurteilung der 3. Pilotphase, zur Einschätzung des durchschnittlichen Zeitaufwandes und zur Beschreibung ihres Verhaltens. Fragen zur Zufriedenheit, Verständlichkeit, Akzeptanz des Zeitaufwandes, zum Feedback und zur Eignung der 3. Pilotphase beantworteten sie auf einer 5er-Skala: sehr – ziemlich – mässig – etwas – überhaupt nicht.

b) Nicht-teilnehmende Physiotherapeuten: Um möglichst umfassend über die Akzeptanz und damit die zukünftigen Chancen und Probleme eines solchen Feedbacksystems Bescheid zu wissen, war es auch wichtig, die Gründe für eine Nicht-Teilnahme kennen zu lernen. Die Physiotherapeuten, die sich entweder für die 2. oder 3. Pilotphase zwar interessierten, aber dann doch nicht mitmachten, wurden telefonisch mit einem semi-strukturierten Interview zu ihren Gründen und ihrer grundsätzlichen Haltung befragt.

c) Teilnehmende Patienten: Patienten der 3. Pilotphase, die Set 1 und 2 ausgefüllt hatten, erhielten sechs Monate nach Therapieabschluss per Post das Set 3, zusammen mit einem Fra-

Tab. 1: **Verhalten der Therapeuten bzgl. Patienten-Rekrutierung in der 3. Pilotphase.**

Anzahl Physiotherapeuten	Anzahl rekrutierte Patienten
16	–
29	1
12	2
9	3
Je 4	4 / 5 / 6
1	7
Je 2	8 / 9 / 10 / 11
1	19
1	22
Total: 89	**Total: 264**

gebogen für die Evaluation der Akzeptanz und Praktikabilität. Darin wurden die Patienten mit offenen und geschlossenen Fragen über ihre Meinung zur 3. Pilotphase und ihrem zukünftigen Verhalten befragt. Die Beurteilungen erfolgten auf einer 5er Skala: sehr – ziemlich – mässig – etwas – überhaupt nicht.

d) Aussteigende Patienten: Die Daten der Patienten, die aus der 3. Pilotphase ausstiegen, indem sie das 2. oder 3. Set nicht mehr ausfüllten, wurden statistisch verglichen mit den Daten der Patienten, die vollständig teilgenommen hatten.

Analyse

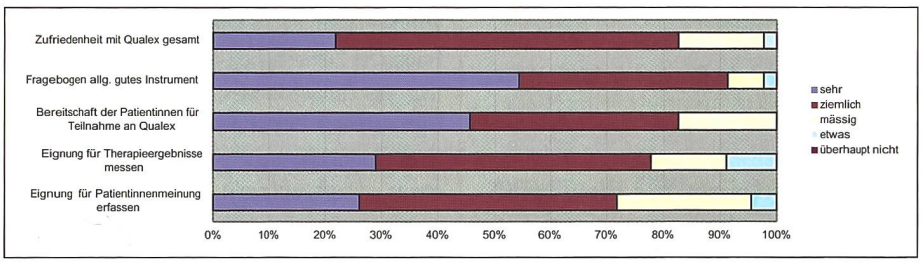
Jede der untersuchten Gruppen wurde qualitativ und quantitativ analysiert. Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte mit SPSS 7.0. Es wurden uni- und bivariate Analysen durchgeführt. Assoziationen und Gruppenunterschiede wurden mit Chi2 und Mann-Whitney-U-Tests berechnet.

Ergebnisse

a) Teilnehmende Physiotherapeuten. Von den 89 Physiotherapeuten, die sich ursprünglich für die 3. Pilotphase gemeldet hatten, nahmen 73 (82%) daran teil, indem sie mindestens einen Patienten rekrutierten. Davon waren 84% Frauen; 20 (27%) waren in Praxen, 53 (73%) in Spitälern/Kliniken tätig. Für die Evaluation erhielten aufgrund der im Abschnitt «Methodologie» beschriebenen Kriterien 49 der 73 Therapeuten den Evaluationsfragebogen. Davon wurden 46 Fragebogen zurückgeschickt (= 94% Rücklauf). Die Antworten zur Zufriedenheit, Verständlichkeit, Akzeptanz des Zeitaufwands, zum Feedbackblatt und zur Eignung der 3. Pilotphase sind in Abb. 1–4 dargestellt. Durchschnittlich wurden in der 3. Pilotphase pro Patient insgesamt 15 Minuten Therapiezeit (Medianwert, Range 5–20 Minuten) für Vorstellung des Projekts und für Instruktion gebraucht. Der projektbezogene administrative Aufwand für die Therapeuten betrug pro Patient nochmals 15 Minuten (Medianwert), mit einem Range von 6–30 Minuten *(Abb. 5)*. Die Therapeuten brauchten für alle Teilbereiche um so weniger Zeit, je mehr Patienten sie ins Projekt einschlossen. Bereits bei mehr als zwei Patienten brauchten die Therapeuten für «Instruktion» durchschnittlich fünf Minuten (Medianwert) weniger (Mann-Whitney-U-Wert, $p < 0.05$). Viele Therapeuten begründeten ihre Teilnahme mit «Qualitätsverbesserung in der Physiotherapie» (34×) und mit «Erfassen der Patienten-Meinung» als Grundlage für die Therapiezielvereinbarung (15×). Elf Therapeuten machten bewusst an dieser Pilotphase mit, um ein solches Messsystem auszuprobieren und um ihre Anliegen in die Entwicklung des Projektes einbringen zu können. Gegenüber den Patienten argumentierten die Therapeuten vor allem mit «Qualität» (35×) und dem «Einbezug der Patientenmeinung» (13×).

Die Frage nach der Bereitschaft für einen routinemässigen Einsatz eines solchen Feedback-Instrumentes bejahten 25 Therapeuten (54%) grundsätzlich. Sie versprachen sich davon einen persönlichen Gewinn («Feedback über Behandlung»; «Verbesserungsmöglichkeiten im Vergleich mit anderen Institutionen»). Fünf Therapeuten (9%) würden nur unter der Bedingung von «Vereinfachungen und/oder limitierten Patientenzahlen» mitmachen, und 16 Therapeuten (37%) sprachen sich dagegen aus und begründeten es mit «zu grossem Zeitaufwand». Einzelne Therapeuten hielten Ergebnismessung für unnötig oder für Sache der Vorgesetzten. Therapeuten mit vielen (> 2) Patienten und solche mit weniger (bis 2) Patienten unterscheiden sich nicht in ihrer Haltung gegenüber einem routinemässigen Einsatz eines solchen Feedback-Instrumentes (Mann-Whitney-U-Test), aber erstmalig (d.h. nur an der 3. Pilotphase) teilnehmende Physiotherapeuten äusserten sich häufiger ablehnend als Therapeuten, die schon an der 2. Pilotphase teilgenommen hatten (Chi2-Test, $p = 0.005$).

***Abb. 1:* Allgemeine Beurteilung durch teilnehmende Physiotherapeuten (n = 46).**



Lesebeispiel:
22% (10 PT) sind mit Qualex insgesamt sehr zufrieden; 83% (38 PT) sind ziemlich oder sehr zufrieden. Zirka 15% (7PT) mässig zufrieden; 2% (1PT) sind etwas zufrieden. Überhaupt nicht zufrieden war niemand.

***Abb. 2:* Beurteilung der Verständlichkeit durch teilnehmende Physiotherapeuten (n = 46).**

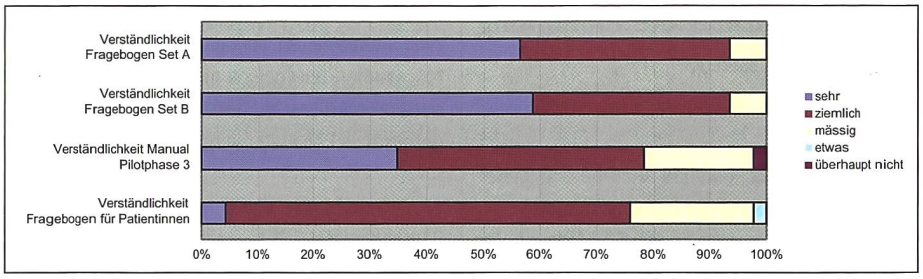


***Abb. 3:* Beurteilung Zeitaufwand durch teilnehmende Physiotherapeuten (n = 46).**

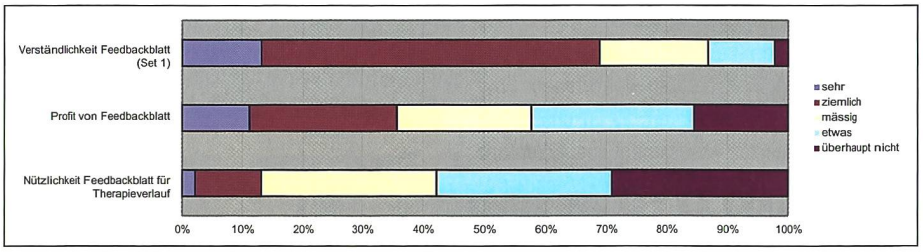
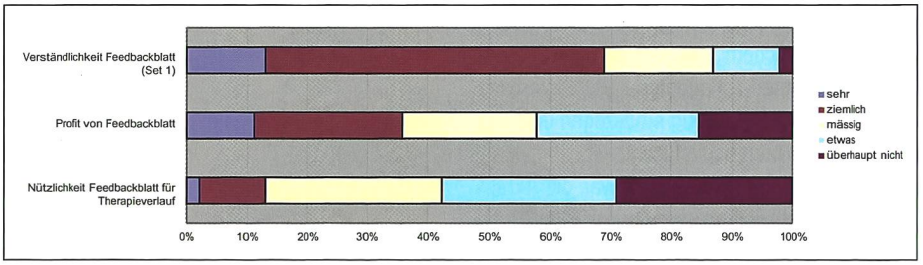


***Abb. 4:* Beurteilung Feedbackblatt durch teilnehmende Physiotherapeuten (n = 46).**



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

BEHANDLUNGSTISCHE & PRAXISZUBEHÖR

– zusammenlegbare, transportable oder stationäre Massagetische aus Holz in verschiedenen Modellen, Breiten, Farben und div. Zubehör. Ideal für alle Formen der Körpertherapie, Naturheilkunde und privaten Gebrauch. Wartungsfrei • strapazierfähig • mobil • leicht und günstig. Informationsmappe und Besichtigungstermin bei:

OAKWORKS - G.Dawson
Berninastr. 11
CH - 8057 Zürich
Tel. 01 - 312 26 07
Fax 01 - 312 27 20

OAKWORKS

BESUCHSZEITEN (bitte nur nach vorheriger Anmeldung)
Mo & Di & Fr & Sa 9 - ~18 Uhr (Mi + Do geschlossen)

PERNATON® GEL

Das neue Einreibemittel

Das **neue Erlebnis zum Einreiben** mit PERNATON Gel. Das fettfreie Einreibemittel mit hochwertigen **GAG-Glykosaminoglykanen** und original PERNA®-Extrakt, den speziellen Vitalstoffen aus dem Meer für Bindegewebe und Gelenke, kühlt sofort wohltuend und wärmt danach mit intensiver Hautdurchblutung. Die **Anwendung** ist einfach: 2-3 Portionen leicht einmassieren an Stellen wie: Nacken, Schultern, Rücken, Ellbogen, Armen, Beinen, und Füssen.

Tube à 125ml

Sportler verwenden das Gel zur Unterstützung vor der Aufwärmphase und nach dem Sport zur raschen Erholung und besseren Regeneration. PERNATON Gel riecht angenehm frisch und zieht sofort ein.

Für Ionto- und Phonophorese geeignet

NEU!

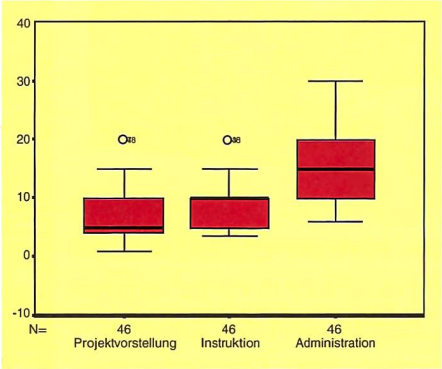
1kg Profi-Packung mit Dosierspender für den täglichen Einsatz in der Praxis!

1kg Profi-Packung

Gratis-Info und Muster Anforderung:
Vorname: _____
Name: _____
Beruf: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Semomed AG, Postfach, 4002 Basel Fax 061-272 98 73

für Bindegewebe und Gelenke

Abb. 5: **A posteriori geschätzter Zeitaufwand durch teilnehmende Physiotherapeuten (n = 46).**

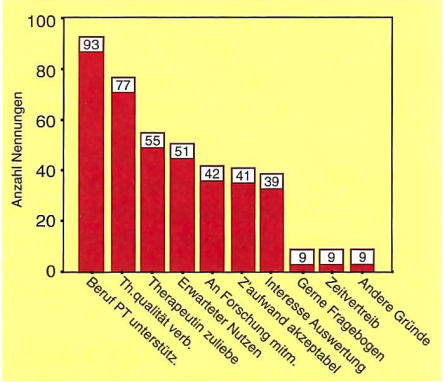


b) Nicht-teilnehmende Physiotherapeuten. Von den 20 bekannten Physiotherapeuten, die an der 2. Pilotphase (8 Therapeuten: 6 Selbständige, 2 Angestellte in Arzt-Praxen) oder an der 3. Pilotphase (12 Therapeuten: 7 Selbständige; 5 Angestellte in Kliniken) nicht teilgenommen hatten, wurden 16 telefonisch interviewt. Vier angestellte Nicht-Teilnehmer wurden nicht befragt, da einer oder mehrere projekt-externe Faktoren ihre Nicht-Teilnahme erklärten (z. B. Mutterschaft; keine Patienten der zugelassenen Indikationsgruppen usw.). Spontan nannten alle Nicht-Teilnehmer «fehlende Zeit» als Hauptgrund für ihre Nicht-Teilnahme. Vier der acht Nicht-Teilnehmer der 2. Pilotphase meinten «Zeitmangel» im Sinn von «zu grosser Aufwand» und «Therapiezeit soll für Behandlungen gebraucht werden»; demgegenüber begründeten 5/12 Nicht-Teilnehmer der 3. Pilotphase eher mit «persönliche Überlastung während der Einschlussphase». Kompliziertheit und Verständlichkeit wurden von den Nicht-Teilnehmern der 3. Pilotphase viel weniger genannt (3/12) als von den Nicht-Teilnehmern der 2. Pilotphase (6/8), was ein Indiz für die gemachten Verbesserungen ist. Die Mehrheit der Nicht-Teilnehmer bewertete den Einbezug der Patienten-Sicht und das Erfassen der Alltagsfunktionen in den Qualex-Fragebogen positiv. Einzelne Vorbehalte betrafen «Aussagekraft» und «Interpretation der Resultate» und «Selbsteinschätzung der Patienten». Die Qualex-Fragebogen wurden von einem Drittel der Therapeuten abgelehnt als Instrument zum Messen der Therapie-Ergebnisse. Sie fanden es zu aufwändig, nicht nützlich, nicht wissenschaftlich oder erachteten Physiotherapie als zu subjektiv / zu individuell, um die Ergebnisse messen zu können.

5/8 der Nicht-Teilnehmer der 2. Pilotphase und 11/12 der Nicht-Teilnehmer der 3. Pilotphase begründeten den Nutzen eines routinemässigen Einsatzes eines solchen Feedbacks-Instruments mit «Feedback der Patienten» und «Nutzen daraus für die Therapie». Die Ablehner eines routinemässigen Einsatzes nannten «Aufwand», «Therapiezeit wird für die Behandlung benötigt» und «Ablehnung seitens der Patienten». Umgekehrt wird eine hohe Teilnahmebereitschaft der Patienten einer guten Information durch die Physiotherapeuten zugeschrieben (5×).

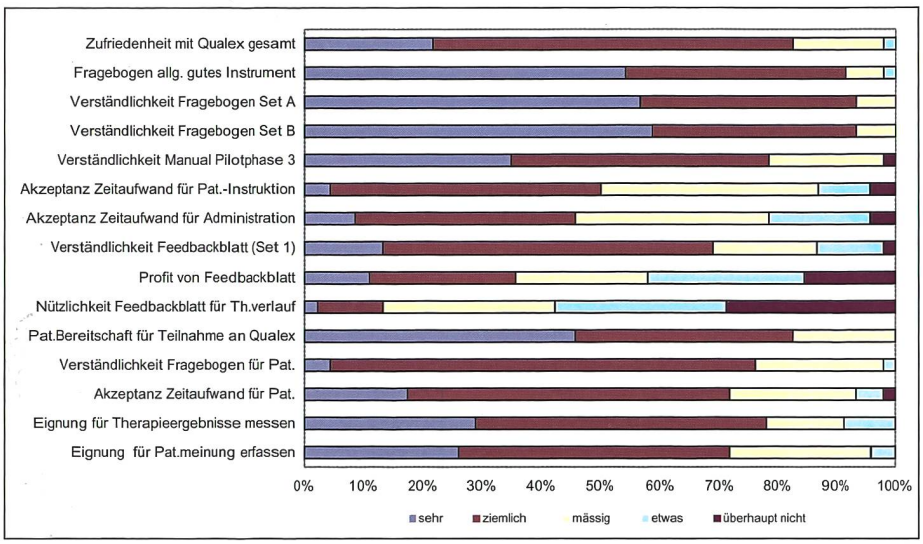
c) Teilnehmende Patienten. Zu Beginn der Therapie hatten 264 Patienten das Fragebogen-Set 1 ausgefüllt; davon füllten 179 (68%) das Fragebogen-Set 2 bei Abschluss der Therapie aus. Diese Patienten erhielten gemeinsam mit dem Set 3 den Evaluationsfragebogen. Die Patienten schickten entweder das Set 3 und den Evaluationsfragebogen zusammen zurück oder gar nichts. In die vorliegende Evaluation wurden alle Fragebogen einbezogen, die bis zum 20. September 1999 zurückgeschickt worden waren (n = 117; Rücklaufquote 65%); davon waren 95 komplett und 22 lückenhaft ausgefüllt. Die Anzahl der Antwortenden ist deshalb bei verschiedenen Fragen unterschiedlich. Die Antworten stammten von 77 Frauen und von 40 Männern. Die Beurteilungen erfolgten auf einer 5er-Skala: sehr – ziemlich – mässig – etwas – überhaupt nicht. Die allgemeinen Beurteilungen sind in Abb. 6 dargestellt. Als Gründe für eine Teilnahme am Qualex-Projekt nannten auch sie «Unterstützung des Berufs Physiotherapie» (93×) und «Verbesserung der Therapiequalität» (77×). 55 Patientinnen gaben an «dem Therapeuten zuliebe» und 51 erwarteten «einen persönlichen Nutzen» *(Abb. 7).* In Zukunft würden 82 Patienten wieder ein solches Fragebogen-Set ausfüllen, wenn sie mit einem neuen Problem in die Therapie kämen; sie schätzten dabei besonders das Gespräch als Grundlage für eine Therapiezielvereinbarung. Aber nur 41 Patienten würden routinemässig mitmachen, dies vor allem mit dem Hinweis auf den Aufwand.

Abb. 7: **A posteriori Begründungen der Patienten für Teilnahme (N = 117).**



d) Aussteigende Patienten. Von den 85 Patienten mit fehlenden Sets 2 *(Tab. 2)* wurden 33 als «reine» Aussteiger identifiziert. Sie hatten das Set 2 erhalten, aber nicht ausgefüllt. Den anderen 52 Patienten hatten die Therapeuten aus irgendeinem Grund das Set 2 nicht abgegeben. Die häufigsten Ursachen dafür waren: Therapieabbruch durch den Patienten oder durch den Arzt (wegen Verschlechterung des Zustandes), «Therapeutenwechsel» oder «vergessen das Set abzugeben».

Abb. 6: **Allgemeine Beurteilungen der Patienten (n = 117).**



Diskussion

Die Teilnahmequote sowohl der Therapeuten als auch der Patienten an dieser Evaluation war nahezu 100%.

Sowohl die Therapeuten als auch die Patienten fanden das Qualex-Messsystem nützlich und schätzten insbesondere die Therapieziel-Vereinbarung und das Feedback am Ende der Therapie: Fast alle beurteilten das Qualex-Messsystem aber als zu aufwändig und zu kompliziert. Für die

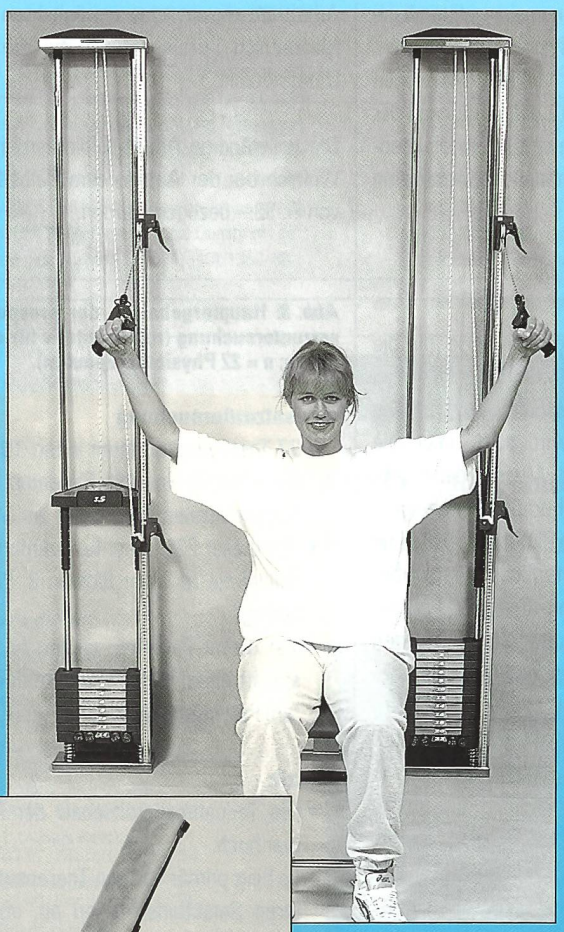
MTR MEDIZIN THERAPIE REHA AG

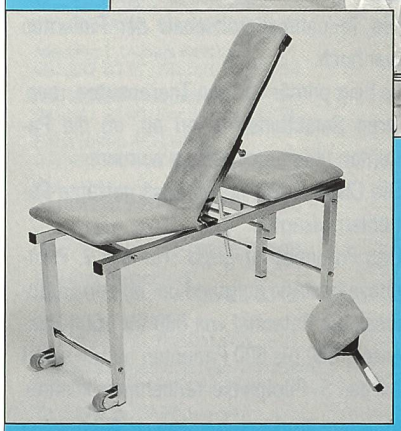
Roosstrasse 23
CH-8832 Wollerau
Tel. 01 / 787 39 40
Fax 01 / 787 39 41
mtrag@mythen.ch

MTT Medizinische Trainingstherapie

Steens Physical

Zugapparat Mobility und dreigeteilte Trainingsbank





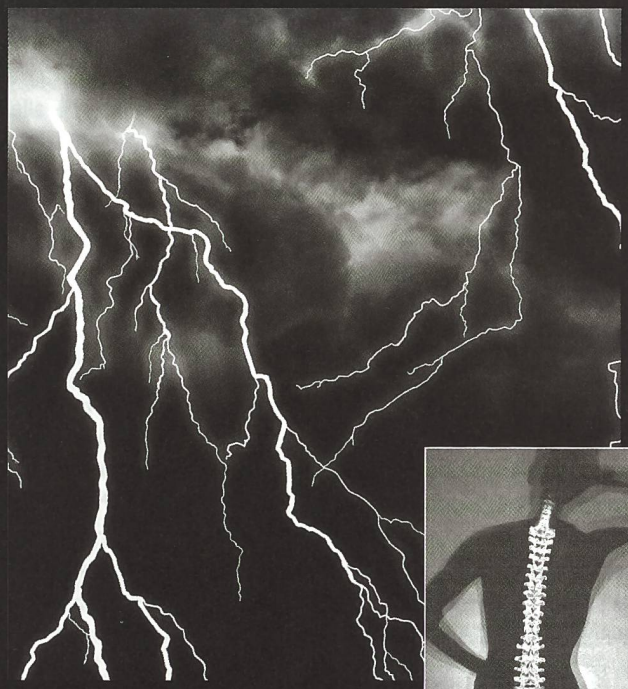
Dieser funktionelle Zugapparat kann in Kombination mit anderen Geräten eingesetzt werden. Eine Reihe von Zubehör erweitert die Anwendungsmöglichkeiten. Kann als Wand- oder Standmodell montiert werden. Verlangen Sie bitte unsere Unterlagen.

MTR – Ihr kompetenter Partner

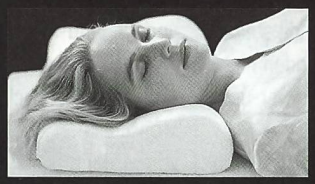
mit dem guten Service

Schluss damit!

DIPAAR, ZÜRICH

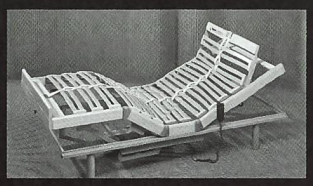


TEMPUR® ist ein atmungsaktiver, druckentlastender Spezialschaumstoff, der ursprünglich von der NASA entwickelt wurde. Das Material passt sich dem Körper an – und nicht umgekehrt. Es bietet eine einmalige Druckentlastung und verhindert an empfindlichen Körperteilen Druckpunkte. Die TEMPUR® Matratze und das Schlafkissen vermindern Rücken-, Nacken- und Gelenkschmerzen, die durch eine unnatürliche Schlafhaltung hervorgerufen werden. Dadurch werden die bestmöglichen Voraussetzungen für einen gesunden, tiefen Schlaf geschaffen.



Kissen

Matratzen



Bettsysteme

TEMPUR® *2000* – das druckentlastende Schlafsystem des 21. Jahrhunderts, von Ärzten und Therapeuten empfohlen.

Verlangen Sie Gratisunterlagen bei:

TEMPUR Schweiz AG
Juraweg 30, 4852 Rothrist
www.tempur.ch

TEMPUR®

Gratis-INFO ✆ 0800 818 919 – Fax 062 785 80 51

Patienten-Sets wurde trotzdem ein Rücklauf erreicht, der höher war als in der Literatur beschrieben (19–21). Für viele Therapeuten war der Zeitaufwand aber zum vornherein ein Grund, keine oder nur wenige Patienten um eine Teilnahme zu fragen. Mit einer repräsentativen Zusatzuntersuchung liess sich zeigen, dass genügend Patienten vorhanden gewesen wären und dass die Teilnahmebereitschaft der Patienten an einem solchen Projekt entgegen verbreiteter Meinung von Physiotherapeuten a priori sehr hoch war. Es hing aber primär von den persönlichen Selektionskriterien der Therapeuten ab, ob die Patienten überhaupt gefragt wurden *(Abb. 8)*.
Das Ziel der 3. Pilotphase war die Entwicklung und Erprobung eines Qualitätsmanagement-Systems in der Physiotherapie im Hinblick auf einen gesamtschweizerischen Einsatz. Die Teilnehmer der 3. Pilotphase waren sich dieses «Entwickler-Status» wahrscheinlich unterschiedlich bewusst. Therapeuten mit mehr als 5 rekrutierten Patienten waren mehrheitlich solche, die schon an der 2. Pilotphase mitgemacht hatten. Von den zehn «fleissigsten» Therapeuten (mindestens 8 Patienten) waren sechs Selbständige. Als solche sind sie für Qualex (= QUALität und EXistenzsicherung!) entsprechend motiviert. Für andere war es eher Zwang und bedeutete vor allem Mehrarbeit ohne direkten Gewinn. In Teams waren entweder mehrere Therapeuten überdurchschnittlich oder alle nur wenig engagiert, was «Grundhaltungen» in Teams widerspiegeln könnte. Die Begründungen für die Nicht-Teilnahme zeigten drei Arten von Nicht-Teilnehmern: 1. Solche mit Vorbehalten gegenüber standardisierter Ergebnismessung (mit Fragebogen) in der Physiotherapie; 2. solche, die unter gewissen Bedingungen (z. B. kleinerer Aufwand) mitmachen würden und 3. solche, die wegen der vorgegebenen Indikationsgruppen oder aus projekt-externen Gründen nicht mitmachen konnten oder die erfolglos versucht hatten, Patienten einzuschliessen.
Der a priori von vielen Therapeuten als zu hoch empfundene Zeitaufwand (der sich a posteriori als ein durchschnittlicher Zeitaufwand von je 15 Minuten während Therapie und für Projekt-Administration, objektivieren liess), war offenbar eine hohe Barriere. Die Gleichung «je mehr Patienten eingeschlossen, desto kleinerer Zeitaufwand für die Instruktion der Sets 1 und 2,» lässt auf einen gewissen Übungseffekt schliessen. Der höchste Zeitaufwand beim ersten Patienten ist eine weitere Erklärung dafür, dass über ein Drittel der Teilnehmer nur einen Patienten rekrutiert hatte *(Tab. 1)*. Der mühsame Beginn hielt davon ab, weitere Patienten in die Studie einzuschliessen. Aber auch bei häufiger Anwendung der Sets liessen sich die je zirka 15 Minuten Zeitaufwand (Medianwert) während der Therapie und für die Administration pro Patient nicht reduzieren.
Die Resultate der Evaluation lassen sich nicht verallgemeinern, da weder die Aussagen der Therapeuten noch die der Patienten repräsentativ sind. Zum einen waren die befragten Therapeuten und Patienten alle Freiwillige (= positive Selektion); zum anderen war die Anzahl der Therapeuten, die an der 3. Pilotphase und demzufolge auch an der Evaluation teilnahm, sehr klein (ca. 3% aller PT in der Deutschschweiz). Deshalb ist auch unklar, wie viele Physiotherapeuten Qualitätsmanagement in der Physiotherapie grundsätzlich unterstützen respektive ablehnen. Je nach Grundhaltung und Erfahrungen mit dem Qualexprojekt (Therapeuten) oder mit der Therapie (Patienten) könnte das Projekt wohlwollend oder kritisch beurteilt worden sein (die sog. «Tendenz zur Milde» resp. «zur Strenge» (22)). Es war nie die Absicht, die Fragebogen der 3. Pilotphase ohne Kürzungen in ein routinemässiges Qualitätsmanagement-System zu überführen. Vor dem Hintergrund des vielfach kritisierten hohen Zeitaufwandes könnte die Frage nach der routinemässigen Einführung eines solchen Feedbacksystems zu mehr ablehnenden Antworten geführt haben.

Schlussfolgerungen

Die Evaluation gibt wichtige Hinweise für die Weiterentwicklung der Ergebnismessung zu einem routinemässig einsetzbaren Modul. Die grösste Herausforderung wird sein, dass alle Physiotherapeuten ins Boot «Messen der Ergebnisqualität in der Physiotherapie» einsteigen. Freude an einem Pionier-Projekt und Interesse an einem Feedback sind weiterhin wichtig, aber ungenügend als Motivation für alle. Für die Akzeptanz sind Kürzungen und Vereinfachungen nötig. Ebenso wichtig ist es, auf der zwischenmenschlichen Ebene die Einführung des «definitiven» Qualitätsmanagement-Systems mit grosser Sorgfalt anzugehen. Die Kritiken, Anregungen und Befürchtungen der Therapeuten müssen von den Verantwortlichen ernst genommen werden. Ergebnismessung ist gesetzlich vorgegeben. Der Berufsverband muss dies klar vertreten und das Qualitätsmanagement zum Wohl unseres Berufes unterstützen und fördern. Dafür ist es wichtig, dass es dem SPV gelingt, eine Vertrauensbasis mit den Mitgliedern aufzubauen; insbesondere braucht es klare Abmachungen und Transparenz, wie die Daten genutzt werden. Widerstände lassen sich am häufigsten auf Nicht-Wissen und Noch-Nicht-Können zurückführen, dem mit einer frühzeitigen, offenen und umfassenden Information und geeigneten Schulungsangeboten, beispielsweise in wissenschaftlicher Methodik (23), begegnet werden kann. Damit können gleichzeitig auch Ängste abgebaut werden.
Die Physiotherapeuten werden das Qualitätsmanagement mittragen, wenn sie erkennen, dass sie Teil des Systems sind und mit der Ergebnismessung und dem Qualitätsnachweis die Interessen des Berufs Physiotherapie vertreten.
Aber schliesslich wird der zusätzliche Zeitaufwand für das Qualitätsmanagement tariflich abgegolten werden müssen – im Sinne einer äusseren Motivation.

Mein herzlicher Dank gilt:

Frau D. Etter-Wenger, Mitinitiantin des Qualexprojektes für die Beantwortung meiner Fragen zur Geschichte der IG Qualex und Frau L. Killer, für Ihre Unterstützung in Bezug auf die Qualex-Datenbank. Allen Physiotherapeuten und Patienten, die durch die Teilnahme an den Evaluation diese Arbeit überhaupt erst ermöglichten. Der Olga Mayenfisch Stiftung, Zürich für die finanzielle Unterstützung.

Die vollständige Arbeit (Diplomarbeit) kann auf Wunsch bei der Autorin zum Selbstkostenpreis von Fr. 32.– bezogen werden.

***Abb. 8:* Hauptergebnisse der prospektiven Zusatzuntersuchung (repräsentativ für die 3. Pilotphase; n = 22 Physiotherapeuten).**

Zusatzuntersuchung

- 22 Therapeuten hatten innert 10 Wochen ein Potential von 225 Patienten mit muskuloskelettalen Problemen zur Verfügung
- 170 dieser 225 Patienten wurden um eine Teilnahme an einer fiktiven 3. Pilotphase gefragt
- 151 dieser Patienten sagten zu, das entspricht einer Teilnahmequote der (gefragten) Patienten von 90%

Fazit:

- Die Teilnahmebereitschaft der Patienten war hoch.
- Es hing primär von den Therapeuten, resp. ihren Selektionskriterien ab, ob die Patienten überhaupt gefragt wurden.
- Die Chance war gross, dass gefragte Patienten zusagten.
- Das Potential ist gross. Für die 3. Pilotphase bestand aufgrund der obigen Ergebnisse ein Potential von 800 bis 1000 Patienten. 600 bis 800 Patienten hätten somit an der 3. Pilotphase teilnehmen können.

(Daten aus Zusatzuntersuchung, Publikation in Vorbereitung)

Literaturverzeichnis

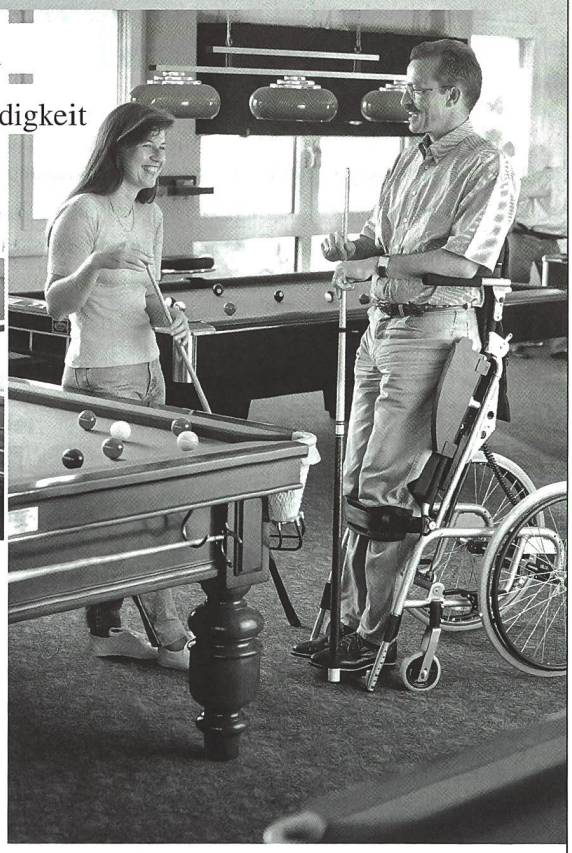
1. *STEINER W., HUBER E., ETTER-WENGER D.:* Qualitätsmanagement in der Physiotherapie: 3. Pilotphase im Überblick. Physiotherapie. 2000; 2: 18–28
2. *HUBER E., ETTER-WENGER D., STUCKI G.:* Qualitäts- und Existenzsicherung: Konzept, 1. und 2. Pilotphase, Vereinbarung zwischen IG QUALEX und SPV. Physiotherapie. 1997; 3. 33–36
3. *HUBER E., ETTER-WENGER D., STEINER W., STUCKI G.:* Qualitäts- und Existenzsicherung: 2. und 3. Pilotphase. Physiotherapie. 1999; 1. 2–4
4. *STUCKI G., SANGHA O.:* Clinical quality management: putting the pieces together. Arthritis Care Res. 1996; 9: 405–12
5. *STUCKI G., STUCKI S., SANGHA O.:* Patienten-zentrierte Evaluation der Krankheitsauswirkungen bei muskuloskelettalen Erkrankungen: Modell der Krankheitsauswirkungen und Begriffsdefinitionen. J Rheumatol. 1997; 56: 245–254
6. *SANGHA O., STUCKI G.:* [Patient-centered evaluation of the illness sequelae of musculoskeletal diseases: overview of important outcome instruments] Patienten-zentrierte Evaluation der Krankheitsauswirkungen bei muskuloskelettalen Erkrankungen: Übersicht über die wichtigsten Outcome-Instrumente. Z Rheumatol. 1997; 56: 322–33
7. *STUCKI G., STUCKI S., SANGHA O.:* Patienten-zentrierte Evaluation der Krankheitsauswirkungen bei muskuloskelettalen Erkrankungen: Auswahl und Testung von Outcome-Instrumenten. Z Rheumatol. 1997; 56: 255–65
8. *BULLINGER M.:* German translation and psychmetric testing of the SF-36 health survey: preliminary results from the IQOLA Project International Quality of Life Assessment. Soc Sci Med. 1995; 41 (10): 1359–66
9. *BULLINGER M.:* Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36 Health Survey. Rehabilitation Stuttg. 1996; 35 (3) XVII–XXVII; quiz XXVII–XXIX
10. *BEATON DE., BOMBARDIER C., HOGG JOHNSON SA.:* Measuring health in injured workers: a cross-sectional comparison of generic health status instruments in workers with musculoskeletal injuries. Am J Ind Med. 1996; 29 (6): 618–31
11. *HEMMINGWAY H., STAFFORD M., STANSFELD S., SHIPLEY M., MARMOT M.:* is the SF-36 a valid measure of change in population health? Results from the Whitehall II study. BMJ. 1997; 315 (7118): 1273–9
12. *MOSSBERG KA., MC FARLAND C.:* Initial health study of patients at outpatient physical therapy clinics. Phys. Ther. 1995; 75 (12): 1043–51; discussion 1051–3
13. *HUDAK PL., AMADIO PC., BOMBARDIER C.:* Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand) [corrected]. The Upper Extremity Collaborative Group (UECG) [published erratum appears in Am J Ind Med 1996 Sep; 30 (3): 372]. Am J Ind Med. 1996; 29: 602–8
14. *STUCKI G., MEIER D., STUCKI S. ET AL.:* [Evaluation of a German version of WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) Arthrosis Index] Evaluation einer deutschen Version des WOMAC (Western Ontario und McMaster Universities) Arthroseindex. Z Rheumatol. 1996; 55: 40–9
15. *BELLAMY N., WATSON BUCHANAN W., GOLDSMITH CH., CAMPBELL J., STITT LW.:* Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. J Rheumatol 1988; 15: 1833–1840
16. *SUN Y., STURMER T., GUNTHER KP., BRENNER H.:* Reliability and validity of clinical outcome measurements of osteoarthritis of the hip and knee – a review of the literature. Clin Rheumatol. 1997; 16: 185–98
17. *DALTROY LH., CATS BARIL WL., KATZ JN., FOSSEL AH., LIANG MH.:* The North American spine society lumbar spine outcome assessment Instrument: reliability and validity tests. Spine. 1996; 21: 741–9
18. *KOCH JR., LEWIS A., MCCALL D.:* A multistakeholder-driven model for developing an outcome management system; J-Behav-Health-Serv-Res. 1998 May; 25 (2): 151–62
19. *EAKER S., BERGSTRÖM R., BERGSTRÖM A., ADAMI HO., NYREN O.:* Response rate to mailed epidemiologique questionnaires: a population-based randomized trial of variations in design and mailing routines. Am J Epidemiol. 1998; 147 (1): 74–82
20. *KELSEY JL., O'BRIEN LA., GRISSO J-A., HOFFMAN S.:* Issues in carring out epidemiologic research in the elderly. Am J Epidemiol. 1989; 130 (5: 857–66)
21. *HERZOG AR., RODGERS WL.:* Age and response rates to interview sample surveys. J Gerontol. 1988; 43: 200–5
22. *GREVE W., WENTURA D.:* Wissenschaftliche Beobachtung. Beltz Psychologie Verlagsunion. 1997.
23. *STEINER W., FRANSEN J., STUCKI G., AESCHLIMANN AG.:* An alternative way to display SF-36 results for individual patients. Phys. Ther. 1998; 78: 1118–19

Anzeige

LEVO®

LEVO *stellt uf* und bietet Ihnen

Mobilität, Gesundheit, Selbständigkeit



«easy-line»

✔ leicht und wendig
✔ müheloses Aufstehen
✔ Integration in den Alltag
✔ Qualität im Sitzen und Stehen
✔ Stehtraining überall und jederzeit

Vertrieben durch:

Bimeda AG Bachenbülach
01/860 97 97, Fax 01/860 95 45

Gelbart Reha-Center Luzern
041/360 00 12, Fax 041/360 16 30

Gelbart Reha-Center Adliswil
01/771 29 92, Fax 01/771 29 94

Max Jung, 3645 Thun-Gwatt
033/336 80 78, Fax 033/335 24 78

Meditec J. Dubuis Bercher
021/887 80 67, Fax 021/887 81 34

M.J. REHAB Colombier
032/841 22 90, Fax 032/841 42 90

Reha Hilfen AG Dättwil
056/493 04 70, Fax 056/493 04 71

Reha-Hilfen AG 9000 St. Gallen
071/245 01 50, Fax 062/751 43 36

Reha Hilfen AG Zofingen
062/751 43 33, Fax 062/751 43 36

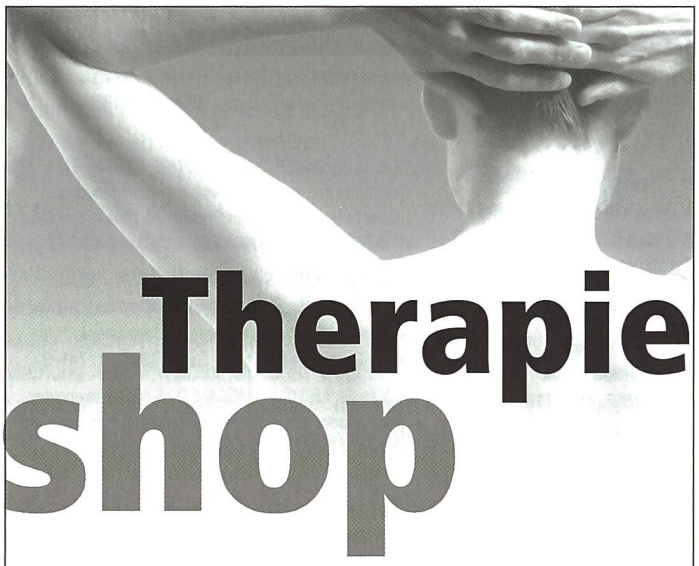
Roll-Star Sementina
091/857 67 33, Fax 091/857 68 00

Theo Frey AG Bern
031/991 88 33, Fax 031/992 20 21

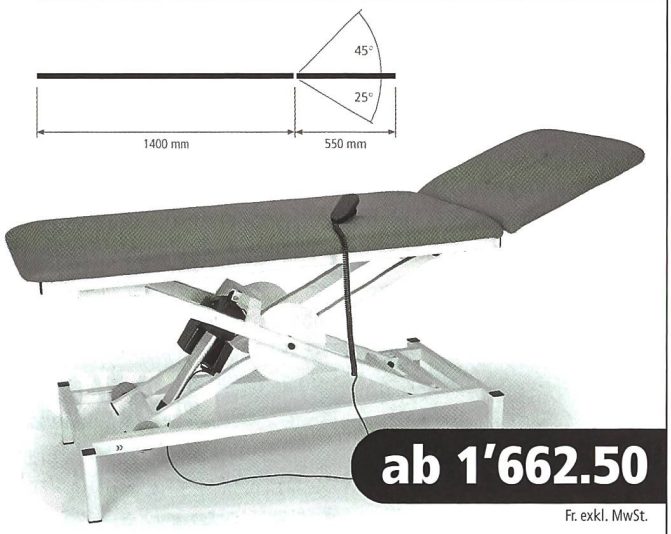
Transport Handicap Plan-les Ouates
022/794 52 54, Fax 022/794 52 75

Trend Reha AG Wünneweil
026/497 92 10, Fax 026/497 92 14

The experts in standing LEVO AG CH-5610 Wohlen Tel. 056/618 44 11 Fax 056/618 44 10 http://www.levo.ch



Therapieliege Lund I



- 70 x 195 cm
- Höhenverstellung durch Elektromotor mit Handschaltung (49 bis 82 cm)
- Kopfteil mit herausnehmbarem Gesichtsfeld
- Kopfteil durch Gasdruckfeder verstellbar
- bequeme Polsterung, robuster Bezug in 8 Farben
- 3-teiliges Kopfteil gegen Aufpreis

MEDiDOR
HEALTH CARE • THERAPIE

Eichacherstrasse 5 · CH-8904 Aesch
E-mail: mail@medidor.ch · Internet: www.medidor.ch

Telefon 01-7373444
Fax 01-7373479

TanzFREUDIG!

So erleben Sie den einzigartigen, kleinen **«Swiss Tango»**.

- Getriebe- und bürstenloser Radnabenantrieb
- Kurzer Radstand, ideal auch für den Innenbereich
- Flink und wendig wie kein Zweiter
- Unvergleichlich geräuscharm

SKS Rehab AG
Im Wyden · 8762 Schwanden
Telefon 055 647 35 85
http://www.sks-rehab.ch

SKS Rehab AG
...der «andere» Rollstuhl!

Einführungsangebot

IONOSON

Das Multifunktionsgerät für die leistungsfähige, kostenbewusste Praxis, zur Therapie mit...

- Ultraschall
- Interferenzstrom, zweipolig
- Niederfrequenz-Reizströmen

zur...

- Schmerzbehandlung
- Durchblutungsförderung
- Muskelstimulation
- Iontophorese
- I/T-Diagnostik
- Simultan-Therapie

paramedi schweiz

Saum 13
9100 Herisau
Tel./Fax 071/352 17 20
Mobil 078/627 25 50
E-Mail: paramedi@gmx.ch