

## **Qualitätsanforderungen für die kardiovaskuläre Prävention und Rehabilitation der SCPRS**

Genehmigt an der GV vom 6.6.2018

### **Indikation**

Die Indikation für eine kardiovaskuläre Rehabilitation ist bei allen Funktions-, Aktivitäts- und Partizipationsstörungen als Folge einer Herz- oder Gefässerkrankung gegeben. Weiter besteht eine Indikation, wenn der Verlauf der Erkrankung bezüglich Lebensqualität oder Prognose durch eine Rehabilitationsbehandlung günstig beeinflusst werden kann. Die kardiovaskuläre Rehabilitation ist bei verschiedenen Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems Teil der längerfristigen Behandlungsstrategie, namentlich bei allen arteriosklerotischen Erkrankungen, bei allen Formen der Herzinsuffizienz und bei angeborenen Vitien. Bei chronischen Erkrankungen kann die Indikation wiederholt gegeben sein.

Voraussetzung für eine Rehabilitation ist die Rehabilitationsfähigkeit des Patienten. Dazu gehört die Compliance für den Rehabilitationsprozess und die Fähigkeit, am Prozess teilnehmen zu können.

Die Indikationen im Einzelnen:

- Akutes Koronarsyndrom mit oder ohne Intervention
- Chronische koronare Herzkrankheit (mit oder ohne vorangehende Intervention) und eine oder mehrere der folgenden Situationen:
  - Eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit
  - Fortbestehende Beschwerden nach Ausschöpfen interventioneller Massnahmen
  - Fortbestehen vermeidbarer Risikofaktoren/ ausgeprägtem kardiovaskulärem Risikoprofil
  - Gefährdung der sozialen Wiedereingliederung und Teilhabe (Beruf, Familie, Privatleben), insbesondere drohende Arbeitsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit
  - Besonderer Schulungsbedarf
  - Unsicherheit bezüglich physischer und psychischer Belastbarkeit sofern durch die Rehabilitation eine Verbesserung zu erwarten ist
- Vorhandensein multipler Risikofaktoren (z.B. metabolisches Syndrom mit oder ohne chronische Herzkrankheit)
- Koronare Bypassoperation oder andere herzchirurgische Eingriffe
- Eingriffe an den grossen Gefässen
- Herzinsuffizienz: bei stabiler symptomatischer Herzinsuffizienz oder nach Dekompensation; sowohl Herzinsuffizienz mit erhaltener, leicht reduzierter oder reduzierter EF (HFpEF, HFmrEF, HFrEF)
- Implantation von ventrikulären Unterstützungssystemen (VADs)
- Implantation von ICD/ CRT-Systemen und einer oder mehreren der folgenden Situationen:
  - Einschränkung der Mobilität und der körperlichen Leistungsfähigkeit
  - Notwendigkeit der Überwachung und Therapieoptimierung
  - Schwierige Krankheitsverarbeitung, psychische Instabilität
  - Ausgeprägtes kardiovaskuläres Risikoprofil
- Andere Herzkreislauferkrankungen, deren Verlauf durch eine Rehabilitation günstig beeinflusst wird (z.B. PAVK, Lungenembolie, pulmonal-arterielle Hypertonie, Vorhofflimmern)

Die Rehabilitation kann ambulant, stationär oder sequenziell stationär-ambulant erfolgen. Der Entscheid dazu liegt bei den behandelnden Ärzten (jenen, die die Indikation stellen zusammen mit jenen, welche die Rehabilitation durchführen). Ein Wechsel (stationär vs. ambulant) soll möglich sein, wenn dies sinnvoll, bzw. erforderlich ist. Dabei kann der stationäre oder ambulante Teil verkürzt sein. Letzteres soll auf die individuellen Ziele und den Rehabilitationsverlauf des Patienten abgestimmt werden.

Die individuelle Indikationsstellung zu einer stationären oder ambulanten kardiovaskulären Rehabilitation ist abhängig von folgenden Faktoren:

- Mobilität des Patienten
- Schweregrad der kardiovaskulären Erkrankung und der damit verbundenen körperlichen Beeinträchtigung
- Komorbiditäten
- Subjektive Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes
- Soziale und berufliche Situation
- Existenz oder Fehlen eines adäquaten ambulanten Rehabilitationsprogrammes in der Nähe des Wohnortes

Mögliche Vorteile einer stationären Rehabilitation:

- Möglichkeit eines früheren Programmbeginns nach dem Akutereignis/ Operation
- Betreuung von komplexen Krankheitsbildern mit erhöhtem Risiko und noch fehlender klinischer Stabilität
- Aufnahme von älteren und/ oder körperlich beeinträchtigten Patienten, auch mit schwerwiegenden Ko-Morbiditäten
- Intensivierte Massnahmen zu einem möglichst reibungslosen Wiedereintritt in das tägliche Leben zur Vermeidung von Hilfsbedürftigkeiten und Abhängigkeiten bei der Alltagsbewältigung zu Hause
- Rasche Wiederaufnahme der vollen Erwerbstätigkeit

Mögliche Vorteile einer ambulanten Rehabilitation:

- Erholung in der gewohnten Umgebung
- Einbezug der Familie/ des Partners in die Modifikation des Lebensstils
- Aufzeigen von Aktivitätsmöglichkeiten in der Umgebung des Wohnortes
- Möglichkeit einer unmittelbaren Wiederaufnahme einer teilzeitigen Arbeitstätigkeit
- Erleichterung einer Überführung in eine lokale Herzgruppe

Eine stationäre kardiovaskuläre Rehabilitation soll im Allgemeinen in folgenden Fällen in Betracht gezogen werden:

- Komplexe medizinische, psychische, soziale, berufliche oder präventive Situation
- Patienten mit geringer körperlicher Leistungsfähigkeit
- Kein ambulantes, den Bedürfnissen des Patienten angepasstes, Rehabilitationsprogramm in der Nähe des Wohnortes

Liegt kein Grund für die stationäre Durchführung vor, soll die Rehabilitation ambulant durchgeführt werden.

## Strukturqualität

Um den Qualitätsansprüchen einer wirksamen kardialen Rehabilitation zu genügen, sind gewisse Struktur- und Prozessanforderungen nötig. Dabei gelten folgende Minimalanforderungen:

### Ambulante Programme:

#### Personell:

- Leitung durch einen Facharzt für Kardiologie mit Erfahrung in kardialer Rehabilitation: mind. 3 Monate Weiterbildung in anerkanntem Programm oder Ausbildungskurs (Bern-Course) der "European Association of Preventive Cardiology" (EAPC)
- Leitung der Therapien durch einen Physiotherapeuten, Turn-/ Sportlehrer oder Sport-/ Bewegungswissenschaftler, jeweils mit SCPRS-anerkannter Zusatzausbildung in kardialer Rehabilitation, Vertretung mit gleicher Qualifikation
- Zugang zu psychologischem Dienst
- Dipl. Ernährungsberaterin verfügbar
- Patientenschulung durch qualifizierte Fachpersonen (z.B. Arzt, Pflegende, Psychologe, Ernährungsberater)
- Qualifizierte Rauchstopppberatung

#### Strukturell:

- Turnhalle bzw. Gymnastikraum in adäquater Grösse auch für dynamische Therapieeinheiten
- Geeignete Geräte für Kraft- und Ausdauertraining (MTT/ Ergometer/ Laufband)
- Definierte Routen für Outdoortraining
- Notfallausrüstung für CPR, inkl. Defibrillator
- Adäquates Alarmierungssystem und Notfall- bzw. Reanimationkonzept

### Stationäre Programme:

#### Personell:

- Leitung (mind. 80%, direkt für die med. Betreuung verantwortlich, mit Entscheidungsverantwortung für das kardiale Rehabilitationsprogramm) durch Facharzt für Kardiologie mit mind. 3 Jahren Weiterbildung in Innerer Medizin und Erfahrung in kardialer Rehabilitation (mind. 3 Monate Weiterbildung in anerkanntem Programm oder Ausbildungskurs der EAPC); Geregelte Vertretung durch einen Kardiologen oder erfahrenen Internisten
- Leitung der Therapien durch einen Physiotherapeuten, Turn-/ Sportlehrer oder Sport-/ Bewegungswissenschaftler, jeweils mit SCPRS-anerkannter Zusatzausbildung in kardialer Rehabilitation, Vertretung mit gleicher Qualifikation
- Diplomierte Pflege 7d/24h
- Dienstarzt im Hause 7d/24h
- Psychologe
- Dipl. Ernährungsberaterin
- Dipl. Diabetesberatung
- Patientenschulung durch qualifizierte Fachpersonen (z.B. Arzt, Pflegende, Psychologe, Ernährungsberater)
- Qualifizierte Rauchstopppberatung
- Sozialdienst

#### Strukturell:

- Turnhalle bzw. Gymnastikraum in adäquater Grösse auch für dynamische Therapien
- Medizinische Trainingstherapie
- Ergometeranlage mit EKG-Überwachung
- Echokardiographie
- Definierte Routen für Outdoortraining
- Notfallausrüstung für CPR inkl. Defibrillator, externer Schrittmacher
- Adäquates Alarmierungssystem und Notfall- bzw. Reanimationskonzept
- Ergometrie, Langzeit-EKG (Holter-EKG), 24-h Blutdruckmessung
- Möglichkeit des Rhythmus-Monitorings, optional notfallmässige nichtinvasive Beatmung
- Möglichkeit der intravenösen Medikamentengabe (auch über längere Zeit), der erweiterten Wundbehandlung (incl. VAC-Therapie), der Sauerstoffgabe in Ruhe und bei Belastung/ in den Therapien, der nicht invasiven nächtlichen Beatmung (c-PAP, bi-PAP bei bereits eingestellten Patienten)
- Isolationskonzept für Träger resistenter Keime
- Laborzugang 7d/Woche, Notfalllabor 7d/24h im Haus verfügbar

#### **Prozessqualität**

##### Anmeldung:

Der Anmeldeprozess ist so organisiert, dass die nötigen Informationen verfügbar sind, die Indikation und die Rehabilitationsfähigkeit abgeschätzt werden kann und eine rasche bzw. zeitgerechte Aufnahme ins Programm möglich ist.

##### Eintrittsuntersuchung:

Diese muss eine allgemeine internistische Untersuchung inklusive max. symptomlimitierter Belastungstest (Ergometrie oder Spiroergometrie) auf dem Fahrradergometer oder Laufband enthalten, falls ein solcher nicht innerhalb der letzten drei Wochen vor Beginn eines aktiven Bewegungsprogrammes durchgeführt wurde. Ist im stationären Bereich der Patient nicht in der Lage, eine Ergometrie zu absolvieren, soll diese durch einen 6-Minuten-Gehtest ersetzt werden. Bei Beginn der Rehabilitation muss ein Risikofaktorenprofil erstellt werden.

##### Austrittsuntersuchung:

Es wird eine erneute klinische Untersuchung und der gleiche Belastungstest wie bei Eintritt durchgeführt. Im Weiteren sollte das Risikofaktorenprofil erneut überprüft werden.

##### Abschlussbericht:

Der Abschlussbericht muss mind. folgende Angaben enthalten: Bericht über den Rehabilitationsverlauf, Resultate der Eintritts- und der Abschlussuntersuchung inkl. Resultate des Belastungstests, spezielle physische und psychische Aspekte des Patienten, Risikofaktoren und präventive Massnahmen, aktuelle medikamentöse Therapie, Vorschläge für weitere diagnostische und therapeutische Massnahmen sowie Arbeitsfähigkeit. Der Abschlussbericht muss durch einen Arzt verfasst sein.

##### Programm-Inhalte:

Das Programm umfasst mindestens folgende Komponenten:

##### Ambulante Programme:

- 36 Sitzungen mit je 2 Einheiten (72 Einheiten, ohne die ärztlichen Untersuchungen), davon:
  - 64 Einheiten Therapie (Ausdauer, Kraft, Koordination/Gleichgewicht, Aussenaktivität, Entspannung; inkl. Anleitung zur Langzeitadhärenz)

- 8 Einheiten Schulung in der Gruppe:
  - 2 Einheiten Ernährungsberatung
  - 2 Einheiten psychologische Gruppenberatung
  - 4 Einheiten Schulungen (Krankheitsverständnis, Prävention, Selbstmanagement)
- Bei Indikation zusätzlich Einzelberatung für Ernährung, Umgang mit Stress (Psychologe), Rauchstoppberatung in anerkanntem Programm
- Die 36 Sitzungen sollten innert 3-4, ausnahmsweise bis 6 Monate absolviert werden. Bei Nichterreichen der Reha-Ziele und noch vorhandenem Reha-Potential kann eine Verlängerung (zusätzliche Sitzungen) sinnvoll sein.

#### Stationäre Programme:

- Dauer in der Regel 4 Wochen
- Individuelle Anpassung des Programms auf Grund der Eintrittsuntersuchung, den Assessments und den Bedürfnissen und Zielen des Patienten
- Wöchentlicher Reha-Rapport der Beteiligten
- Mind. 3x/ Woche Arztvisite
- Therapie (Ausdauer, Kraft, Koordination/ Gleichgewicht, Aussenaktivitäten, Entspannung) und Schulung/ Beratung: 21 Einheiten/ Woche an 6 Tagen/ Woche
- Mind. in drei Stärkegruppen
- Falls Patient nicht voll gruppenfähig ist: 1x/ Arbeitstag\* Einzeltherapie
- Ernährungsberatung
- Rauchstoppberatung
- Diabetesberatung
- Stressberatung
- Psychologische Abklärung und Betreuung bei Bedarf
- Schulungsprogramm, mind. 6 Lektionen (Krankheitsverständnis, Verhalten im Alltag, Medikamente, Risikofaktoren, Prävention)
- Angebot von mind. 2 der folgenden Optionen: Atemtherapie, Wassertherapie/ Therapiebad, Kochkurs, physikalische Therapie (Massage, Wickel u.ä.)

#### Modul fortgeschrittene Herzinsuffizienz (inkl. VAD, HTx):

- Geschultes Personal (Herzinsuffizienzberaterin)
- Regelmässige Schulung im Umgang mit VADs
- Möglichkeit des rhythmusmonitorisierten und leistungskontrollierten Trainings (Ergometeranlage mit EKG-Kontrolle)
- Schulungsprogramm für Patienten mit Herzinsuffizienz (gem. Herzstiftung)

#### **Sicherheit und Weiteres**

##### Ambulante Programme:

- Es ist sichergestellt, dass nicht therapiefähige Patienten vor Therapiebeginn erfasst und nötigenfalls einer ärztlichen Kontrolle zugeführt werden können
- Es besteht ein Notfall- und Alarmkonzept
- Das Personal (Ärzte, Pflegende, Therapeuten) ist CPR-geschult, regelmässiges CPR-Training (jeder 2x jährlich dokumentiert)
- CPR inkl. Defibrillation während der Therapien ist jederzeit gewährleistet
- Patientenbegleitung bei Aussenaktivitäten

Stationäre Programme:

- Es besteht ein Notfall- und Alarmkonzept
- Das Personal (Ärzte, Pflegende, Therapeuten) ist CPR-geschult, regelmässiges CPR-Training (jeder 2x jährlich dokumentiert)
- CPR inkl. Defibrillation während der Therapien ist jederzeit gewährleistet
- Bei Aktivitäten ausserhalb des Klinikareals sind 2 CPR-geschulte Personen, davon ein Therapeut anwesend
- Ärztliche und pflegerische Präsenz siehe Strukturqualität
- Möglichkeit der intravenösen Medikamentengabe (auch über längere Zeit), der erweiterten Wundbehandlung (incl. VAC-Therapie), der Sauerstoffgabe in Ruhe und bei Belastung/ in den Therapien, der nicht invasiven nächtlichen Beatmung (c-PAP, bi-PAP bei bereits eingestellten Patienten)
- Hygienekonzept, Isolationskonzept für Träger resistenter Keime

**Qualitätssicherung**

Mindestfallzahlen:

- Stationär: 250 Patienten/ Jahr (Basis Eintritte, ausschliesslich Patienten im Herzprogramm)
- Ambulant 50 Patienten/ Jahr (Basis Programmbeginn), bei stationärem Programm am gleichen Standort weniger
- Programme im Aufbau müssen diese Zahl in 2 Jahren erreichen

Fortbildung des Personals:

- Schulung der Ärzte und Therapeuten in CPR mind. 2x jährlich dokumentierte Teilnahme
- Fortbildung der Ärzte: gem. Reglement FMH Facharzt Kardiologie. Wir empfehlen mind. 12 Stunden/ Credits Fortbildung in Rehabilitation und Prävention in drei Jahren (z.B. SCPRS-Module an der SGK Jahrestagung, 3-Ländertreffen, Prevention Summits, Europäischer Ausbildungskurs in Bern, Jahrestagung der EAPC)
- Herztherapeuten: Es müssen 16 h/ Credits anerkannte Fortbildung pro 2 Jahre absolviert werden (automatisch anerkannt: Jahrestagung der EAPC, SGK-Jahresversammlung, SKG-anerkannte Fortbildungen im Rehabereich, Fortbildungen der Swiss Cardiovascular Therapists [SCT], fachspezifische Fortbildungen der Rehakliniken)

Qualitätsmessungen:

- Teilnahme an der Erhebung der SCPRS-Statistik (inkl. Komplikationen, Messung der Leistungsfähigkeit und Lebensqualität zu Beginn und am Ende des Programms) mit zeitgerechter Lieferung der Daten

Stationäre Programme zusätzlich:

- Critical Incidence Reporting System (CIRS)
- Teilnahme am Messprogramm der ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken)

\*Arbeitstag: Montag bis Freitag ohne Feiertage