

## **Anforderungsprofil für von der SAKR offiziell anerkannte Rehabilitations-Kliniken/Institutionen**

Damit die Ziele der kardiovaskulären Rehabilitation erreicht und eine fachlich optimale Betreuung der Patienten sichergestellt werden können, muss ein solches Programm gewisse Qualitätskriterien erfüllen. Diese sind für die Schweiz von der SAKR auf der Basis internationaler Empfehlungen und Richtlinien ausgearbeitet und falls nötig auf spezielle Gegebenheiten in unserem Land adaptiert worden; die Anerkennung einer kardiovaskulären Rehabilitationsinstitution als Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung bedingt die Erfüllung dieser Qualitätskriterien und die daraus resultierende offizielle Anerkennung (gemäss KLV (832.112.31), Anhang 1, Kapitel 11).

### **1. Ärztliche Leitung des Rehabilitationsprogramms**

Verantwortliche ärztliche Leitung durch einen in Rehabilitation erfahrenen Kardiologen (geregelt Vertretung, regelmässige Zeit verfügbar), welcher sowohl für das Rehabilitationsprogramm als auch für das -team (Führung und Ausbildung) verantwortlich ist.

Für stationäre Programme festangestellter (mind. 2/3) Facharzt für Kardiologie mit adäquater Ausbildung in kardiovaskulärer Rehabilitation und zusätzlicher internistischer Ausbildung, welcher sowohl für das Rehabilitationsprogramm als auch für das -team (Führung und Ausbildung) verantwortlich ist. In Anbetracht der häufig multimorbiden Patienten mit ausgeprägtem Risikoprofil muss der ein stationäres Rehabilitationsprogramm leitende Kardiologe auch eine internistische Ausbildung von min. 3 Jahren vorweisen können.

### **2. Einrichtung der Rehabilitationsinstitutionen**

**2.1** Alarmkonzept für Notfälle inkl. unmittelbarer Reanimationsbereitschaft obligatorisch.

Bewegungstherapeuten, Ärzte, Pflegefachkräfte und anderes beteiligtes Fachpersonal müssen regelmässig (4 x jährlich) in Reanimationsmassnahmen geschult werden. Es muss sichergestellt werden, dass die primäre Reanimation (CPR = cardiopulmonary resuscitation) sofort und die erweiterte Reanimation (ACLS = advanced cardiac life support) innerhalb einer Frist von 4 Minuten begonnen werden kann. Bei Aktivitäten im Gelände gelten die gleichen Konditionen, wobei als ACLS-Massnahme eine Defibrillation möglich sein muss. Dies bedingt, dass ein entsprechendes Gerät mitgeführt wird und dass zwei in CPR und Anwendung des Defibrillators geschulte Personen während der Trainingsaktivitäten anwesend sind.

**2.2** Komplettes Reanimationsmaterial inkl. Defibrillator, wenn möglich transkutaner Pacemaker

**2.3** Mehrkanal-EKG

**2.4** Ergometrieplatz mit Fahrradergometer oder Laufbandergometer

**2.5** 2D-Doppler-Echokardiographie an der Institution verfügbar

**2.6** Langzeit-EKG (Auswertung an der Institution selbst oder durch einen regelmässig verfügbaren Partner) oder evtl. Telemetrie

### **3. Patientenuntersuchung**

#### **3.1 Eintrittsuntersuchung**

Diese muss eine allgemeine internistische Untersuchung inklusive max. symptomlimitierter Belastungstest am Fahrradergometer oder am Laufbandergometer enthalten, falls ein solcher nicht innerhalb der letzten drei Wochen vor Beginn eines aktiven Bewegungsprogrammes durchgeführt wurde. Bei Beginn der Rehabilitation muss ein Risikofaktorenprofil vorhanden sein.

Ist im stationären Bereich der Patient nicht in der Lage, eine Ergometrie zu absolvieren, kann diese durch einen 6-Minuten Gehstest oder einen anderen geeigneten Funktionstest ersetzt werden.

#### **3.2 Austrittsuntersuchung**

Es wird eine erneute klinische kardiopulmonale Untersuchung inkl. Ergometrie gefordert. Im Weiteren sollte das Risikofaktorenprofil erneut überprüft werden.

Ist im stationären Bereich der Patient nicht in der Lage, eine Ergometrie zu absolvieren, kann diese durch einen 6-Minuten Gehstest oder einen anderen geeigneten Funktionstest ersetzt werden.

#### **4. Spezifisches Programm für Herzpatienten**

Die Rehabilitationsinstitution muss ein spezielles Programm für die Rehabilitation von Herzpatienten haben. Der Inhalt dieses Programms richtet sich nach den jeweils gültigen europäischen Richtlinien (aktuell: *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010; 17:1-17)

Zusätzlich gelten folgende Punkte:

- Leitung der Bewegungstherapie durch speziell ausgebildete Herztherapeuten/innen (SAKR oder eine äquivalente, von der SAKR anerkannte Ausbildung), der während der Aktivitäten in der Regel präsent sein muss. Die Mitglieder des Behandlungsteams müssen regelmässig an den Weiterbildungen der SAKR oder an gleichwertigen Ausbildungsgängen teilnehmen.
- Um dem unterschiedlichen Leistungsvermögen der Teilnehmer gerecht zu werden, sollten die Programmteile, die eine einheitliche Leistung erfordern (z.B. Gymnastik oder Wanderungen) in stat. Programmen in mind. 3 Leistungsstärken angeboten werden.  
In ambulanten Programmen sind nicht mehrere Leistungsgruppen erforderlich.

#### **5. Erstellen eines Abschlussberichtes**

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

#### **6. Permanente Qualitätskontrollen**

##### **6.1 Qualitätskriterien (Anforderungsprofil)**

Das Angebot der Programme wird durch einen jährlich auszufüllenden Fragebogen und bei Aufnahme durch ein Audit überprüft. Institutionen, die die geforderten Qualitätskriterien nicht erfüllen, können nicht als von der SAKR/SGK anerkannte Institution aufgenommen werden. Bei bereits akkreditierten Programmen besteht bei Nichterfüllen der Bedingungen eine Frist von 1 Jahr bis zur Streichung.

##### **6.2 SAKR-Statistik**

Einmal pro Jahr wird obligatorisch eine Patientenstatistik ausgefüllt, die über die Zahl der Patienten und der Hauptdiagnosen Auskunft gibt und insbesondere die Frage der während der Rehabilitation aufgetretenen Komplikationen beantwortet.

##### **6.3 Regelmässige Erhebung der Patientenzufriedenheit nach anerkannten Methoden**

##### **6.4 Patientenzahlen**

###### **6.4.1 Stationäre Rehabilitationszentren Anforderungen**

Mind. 200 Herzpatienten pro Jahr, davon mind. 2/3 nach akutem Krankheitsereignis

#### **6.4.2 Ambulante Rehabilitationsprogramme Anforderungen**

Mind. 50 Herzpatienten pro Jahr nach akutem Krankheitsereignis. Da neu angebotene Rehabilitationsprogramme in der Regel in der ersten Phase die geforderten Patientenzahlen nicht erreichen, ist eine provisorische Aufnahme möglich. Entsprechende Programme werden im Verzeichnis als "Programm im Aufbau" gekennzeichnet. Die geforderten Patientenzahlen sollten innerhalb von 1 Jahr erreicht werden.

Februar 2011