

Anforderungskriterien der ALVR für die stationäre pulmonale Rehabilitation

Anforderungen bezüglich Auftrag, Aufnahme und Rechte von Patienten sowie Struktur und Organisation des Betriebes

W. Karrer

Version française sous
www.bullmed.ch/37_cfar.html

Die folgenden Anforderungskriterien wurden in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie und der ALVR erarbeitet. Die festgelegten Kriterien bezüglich der Struktur und Prozessqualität sollen aufgrund von Erhebungen über die Ergebnisqualität in Zukunft geprüft werden.

Die Anforderungskriterien für die stationäre pulmonale Rehabilitation wurden von der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin genehmigt.

Umschreibung Patienten und Krankheitsbild

Die pulmonale Rehabilitation befasst sich mit Patienten mit einer chronischen Lungenkrankheit, Thoraxwand- oder Atemmuskelerkrankung, Zustand nach Thoraxoperation und im Anschluss an eine schwere akute respiratorische Erkrankung, mit Einschränkung der Ventilation und Respiration. Begleiterkrankungen insbesondere aus dem kardiovaskulären Bereich sind häufig. Die Patienten sollen in der Lage sein, ein täglich mehrstündiges Rehabilitationsprogramm zu absolvieren. Anpassungen an die körperliche Leistungsfähigkeit sind möglich und notwendig.

Der Entscheid, ob eine pulmonale Rehabilitation stationär durchgeführt werden muss, hängt ab von der Mobilität des Patienten, vom Schweregrad der körperlichen Beeinträchtigung, der subjektiven Befindlichkeit und vom Angebot an Rehabilitationsprogrammen. Patienten mit behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen qualifizieren sich eher für eine stationäre Rehabilitation.

Grundvoraussetzungen

Die Klinik figuriert auf der Spitalliste des Standortkantons mit einem spezifischen Leistungsauftrag für pulmonale Rehabilitation.

Es ist anzustreben, dass die Klinik über eine Weiterbildungsermächtigung der FMH für Pneumologie verfügt oder äquivalente Bedingungen erfüllt.

Das Rehabilitationsprogramm entspricht dem Anforderungsprofil der von der Arbeitsgruppe Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie anerkannten Rehabilitationsinstitutionen.

Indikationsqualität

Erkrankungen der Lunge und Atemwege und ihre Risikofaktoren gemäss ICD 10 (vgl. Tab. 1) mit dadurch ausgelösten Aktivitätsstörungen/Partizipationsstörungen und/oder mit der Notwendigkeit einer intensiven Korrektur der Risikofaktoren zur nachhaltigen Prävention gemäss ICIDH2. Eine Aufnahme erfolgt nur bei Indikationsstellung für stationäre Rehabilitationsmassnahmen mit daran orientiertem Therapieziel und Therapieplan. Der Patient soll sich in einer stabilen Phase seiner Krankheit befinden und in der Lage sein, mental und körperlich ein intensives Rehabilitationsprogramm zu bestehen. Da im pulmonalen Bereich der Übergang von akuter Erkrankung oder Exazerbation in eine stabile Phase der Krankheit oft fließend ist, ist eine enge Vernetzung mit der Akutbehandlung (Akutspital oder Pneumologische Spezialklinik) notwendig. Anschliessend an ein stationäres Rehabilitationsprogramm muss eine adäquate ärztliche Weiterbehandlung gewährleistet sein.

Aufnahmeverfahren und Indikationsstellung erfolgen in Anwendung der von der ALVR zusammen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie und deren Arbeitsgruppe Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung noch zu erarbeitenden Kriterien.

Korrespondenz:
Dr. med. Werner Karrer
Luzerner Höhenklinik
CH-3962 Montana-Vermala

E-Mail: werner.karrer@lhm.ch

Tabelle 1

Krankheitsbild	ICD-10-Code
Chronische obstruktive Lungenkrankheiten (inkl. Overlap-Syndrom)	J40–J44 / J47
Zystische Fibrose	E84
Asthma bronchiale	J45
Interstitielle Lungenkrankheiten	J60–J70 / J80–J84
Thoraxwand- und Atemmuskelkrankheiten	G47 / G71–G72 / M40–M41
Andere chronische Lungenkrankheiten (auch mit mechanischen Atemhilfen)	J96 / J98 / J99
Prä- und postoperativ bei Lungenoperationen	J95
Funktionelle Atemstörungen	F45 / R05–R09

Tabelle 2

Mindestpersonalbedarf pro betriebenes Bett (Berechnungsbasis: 90% Belegung).

	Stellen/Bett
Ärzte: vollamtliche und fest angestellte Ärzte	0,05
Diplomiertes Pflegepersonal, wobei mind. 30% Diplommiveau I oder II	0,20
Physiotherapeuten mit Zusatzausbildung in pulmonaler Therapie	0,05
Strukturierter psychologischer Dienst	
Sozialdienst	0,005

Strukturqualität

Bauliche Struktur und generelle Infrastruktur

Bei Fehlen des einen oder anderen Punktes gilt die Gesamtbeurteilung.

- Spitalstruktur mit geeigneten Räumlichkeiten für Patienten und Therapeuten;
- kontrolliertes Alarmkonzept für Notfälle;
- rauchfreie Klinik.

Medizinisch-technische Ausstattung

- Komplettes Reanimationsmaterial inkl. für nasale und tracheale Beatmung;
- Langzeitoxymetrie;
- mobile Sauerstofftherapie (Flüssigsauerstoff);
- Lungenfunktionsgerät;
- Ergometrie;
- Messgeräte für Blutgase, COHb und Cotinin.

Personell

Die pulmonalen Rehabilitationsprogramme sind so aufgebaut, dass sie eine tägliche Therapie von durchschnittlich drei Stunden pro Patient erlauben (exklusive Vor- und Nachbereitung) (vgl. auch «Prozessqualität»). Es ist darauf zu achten, dass Einzeltherapien mit ausreichender Intensität in diesem Therapieplan eingeschlos-

sen sind. Die fachspezifische Zusammensetzung der Therapien muss eine adäquate Behandlung der Hauptindikation gewährleisten.

Personalbedarf

Die vorliegenden Zahlen sind als Richtzahlen aufzufassen. Die Berechnungsbasis bezieht sich auf eine 90%ige Bettenbelegung (vgl. Tab. 2).

Leitung des Programms/ Fachspezifische Vertretung

Verantwortliche ärztliche Leitung durch einen in der Rehabilitation erfahrenen Pneumologen. Es handelt sich um einen zu mindestens 2/3 angestellten Facharzt für Pneumologie mit adäquater Ausbildung in pulmonaler Rehabilitation und zusätzlicher internistischer Ausbildung in Anbetracht der häufig polymorbiden Patienten.

Der Stellvertreter des Leiters muss über den FMH-Titel Innere Medizin oder eine äquivalente Ausbildung verfügen und Erfahrung in der pulmonalen Rehabilitation aufweisen.

Gegebenenfalls kann die Stellvertretung durch einen Konsiliararzt mit FMH für Pneumologie oder äquivalenten Kenntnissen gewährleistet werden.

Während einer Übergangsphase von fünf Jahren können etablierte Institutionen, welche bisher erfolgreich pulmonale Rehabilitation durchgeführt haben, anerkannt werden, sofern sie einen regelmässigen pneumologischen Konsiliardienst vorweisen können.

Konsiliardienst

Regelmässiger kardiologischer Konsiliardienst.

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

24-Stunden-Notfalldienst im Hause durch diplomierten Arzt.

Pflegedienstleitung

Vollamtliche Pflegedienstleitung.

Prozessqualität

- Allgemeine internistische Eintrittsuntersuchung;
- 6-Minuten-Gehtest mit Dyspnoeskala;
- Aktuelle Ergometrie (wenn möglich Spiroergometrie) und Blutgasuntersuchung in Ruhe und unter Belastung (Fahrrad- oder Laufbandergometrie);
- Lungenfunktionsprüfung inkl. Residualvolumen (sofern – in stabiler Situation – nicht innerhalb der letzten 4 Wochen durchgeführt);

- Risikofaktorenprofil:
 - Thoraxröntgenbild (höchstens 4 Wochen alt);
 - COHb oder Cotinin-Messung im Urin;
- Fragebogen zur Lebensqualität (SF 36 oder ähnliches);
- Strukturierte Bewegungstherapie:
 - Leitung durch Physiotherapeuten mit Zusatzausbildung in pulmonaler Therapie, welche bei allen Aktivitäten präsent sein müssen,
 - Kontrollierte und ärztlich verordnete Bewegungstherapie in Leistungsgruppen (mindestens 2) und mit Gesamtdauer von mindestens 10 Lektionen pro Woche (davon 5 Lektionen Ausdauertraining);
- Patientenschulung:

Mindestens 6 Lektionen in Gruppen (Inhalte: Krankheitsverständnis, Verhaltensweise, Ernährung, Raucherentwöhnung, Behandlungsmethoden);
- Raucherentwöhnung:

Individuelle / Gruppenberatung, «Nikotinersatz», «Helpline», evtl. telefonische Nachkontrolle;
- Beratung und Hilfsmittelabgabe:
 - Sauerstoffheimtherapie inkl. transtracheale Applikation und mobile Versorgung,
 - Heimventilation inkl. CPAP-Therapie,
 - Inhalationstherapie mit Geräten,
 - Allergieberatung, Anleitung zur Wohnungshygiene (Staubsanierung, Haustiere);
- «Hilfe zur Selbsthilfe» (Lungenligen):
 - Individuelle / Gruppenberatung durch Psychologen/-in oder speziell dafür ausgebildete Fachperson («Coping-Gruppe»),
 - Entspannungstechniken,
 - Empfehlung von Selbsthilfegruppen;
- Klinische Austrittsuntersuchung;
- Abschlussbericht:

Untersuchungsergebnisse, Verlaufsdokumentation, spezielle physische und psychologische Aspekte, aktuelle medikamentöse Therapie, Vorschlag für weitere diagnostische und therapeutische Massnahmen (schriftlicher Trainingsplan), Empfehlung zur Unterstützung der Rauchabstinenz und Kontrolle der Hilfsmittelanwendung;
- Fortbildung:

Regelmässige Fortbildungen für das Rehabilitationsteam.

Ergebnisqualität / Outcome-Qualität

Erstellen eines Abschlussberichtes zuhanden der nachbetreuenden Ärzte sowie auf Verlangen für Vertrauensärzte

Der Abschlussbericht muss mindestens folgende Angaben enthalten: Bericht über den Rehabilitationsverlauf, Resultate der Eintrittsuntersuchung und der Abschlussuntersuchung inklusive Resultate des Belastungstests, speziell physische und psychische Aspekte des Patienten, Risikofaktoren, aktuelle medikamentöse Therapie, Vorschläge für weitere diagnostische und therapeutische Massnahmen sowie Arbeitsfähigkeit.

Permanente Qualitätskontrollen

1. Qualitätskriterien (Anforderungsprofil): Das Angebot der Programme wird durch einen jährlich auszufüllenden Fragebogen überprüft.
2. Einmal pro Jahr wird 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.

Patientenrechte

- Respektierung der persönlichen und intimen Privatsphäre;
- Strukturiertes Reklamations- und Rekursverfahren.

Evaluationskriterien

Die Rehabilitationskliniken unterziehen sich der Kontrolle der zuständigen Fachgesellschaft und nehmen an einem von der ALVR genehmigten Outcome-Programm teil.