

# Anforderungskriterien der ALVR für die stationäre kardiovaskuläre Rehabilitation

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

W. Kottmann

Version française sous  
[www.bullmed.ch/37\\_cfar.html](http://www.bullmed.ch/37_cfar.html)

Die folgenden Anforderungskriterien wurden von der Arbeitsgemeinschaft Leistungserbringer und Versicherer für wirtschaftliche und qualitätsgerechte Rehabilitation (ALVR), basierend auf dem von der SAKR (Schweizerische Arbeitsgruppe für kardiovaskuläre Rehabilitation) herausgegebenen Anforderungsprofil für von der SAKR offiziell anerkannte Rehabilitationskliniken/Institutionen und Qualitätskriterien erarbeitet.

Die festgelegten Kriterien bezüglich der Struktur- und Prozessqualität sollen aufgrund von Erhebungen über die Ergebnisqualität in Zukunft überprüft werden.

## Umschreibung Patienten und Krankheitsbild

Die kardiovaskuläre Rehabilitation betreut Patienten nach akuten oder mit chronischen Herz- und Kreislauf-Erkrankungen (ICD), z. B.:

- koronare Herzkrankheit;
- Status nach Herzinfarkt, Status nach Bypassoperation, Status nach Ballondilatation der Herzkranzgefässe;
- Patienten mit stabiler, nicht interventionspflichtiger Angina pectoris;
- Patienten mit Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen, z. B. Herzklappenoperationen;
- Patienten mit Herzmuskelerkrankungen (Kardiomyopathie, hypertensive Herzerkrankung);
- Patienten mit peripheren Durchblutungsstörungen.

In besonderen Fällen kann ein Rehabilitationsprogramm sinnvoll sein für:

- Patienten mit Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Diabetes mellitus, Hypertonie, Hypercholesterinämie, Bewegungsmangel, Rauchen, Stress, Übergewicht);
- Patienten mit nicht organisch bedingten (funktionellen) Herzbeschwerden zur Förderung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit und psychischen Stabilisierung.

## Grundvoraussetzungen

Eine rehabilitationsbezogene Indikationsstellung für eine stationäre Rehabilitationsbehandlung liegt vor.

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

Das Rehabilitationsprogramm entspricht dem Anforderungsprofil der von der SAKR offiziell anerkannten Rehabilitationskliniken/-institutionen, d. h.:

- verantwortliche Leitung durch einen festangestellten Kardiologen FMH oder äquivalente Ausbildung (siehe auch unten);
- mindestens 200 Herzpatienten pro Jahr, davon mindestens 2/3 nach akutem Krankheitsereignis usw.;
- mindestens 3 Belastungsstufen für die Gruppenaktivitäten.

## Indikationsqualität

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und ihre Risikofaktoren gemäss ICD mit dadurch ausgelösten Aktivitätsstörungen/Partizipationsstörungen und/oder mit der Notwendigkeit einer intensiven Korrektur der Risikofaktoren zur nachhaltigen Prävention. Eine Aufnahme erfolgt bei klarer Indikationsstellung für stationäre Rehabilitationsmassnahmen mit daran orientiertem Therapieziel und Therapieplan.

Aufnahmeverfahren und Indikationsstellung erfolgen in Anwendung der von der ALVR zusammen mit der Schweizerischen Arbeitsgruppe für kardiovaskuläre Rehabilitation (SAKR) noch zu erarbeitenden Kriterien.

## Selektionskriterien für ambulante und stationäre kardiovaskuläre Rehabilitation

Die Ziele einer kardiovaskulären Rehabilitation sind für die ambulanten und stationären Programme grundsätzlich gleich. Stationäre Programme sind aufgrund ihrer speziellen Struktur geeignet, eine intensivere bzw. komplexere Rehabilitation zu ermöglichen.

Korrespondenz:  
Dr. oec. HSG Ludwig Bapst  
Präsident ALVR  
Schönbühlstrand 28  
CH-6005 Luzern  
Tel./Fax 041 360 68 61

E-Mail: [ludwig.bapst@bluewin.ch](mailto:ludwig.bapst@bluewin.ch)

Vorteile der stationären Programme sind:

- früherer Beginn nach dem akuten Ereignis möglich;
- kompliziertere Fälle mit höherem Risiko und möglicher klinischer Instabilität können eingeschlossen werden;
- schwer behinderte oder ältere Patienten, insbesondere solche mit Komorbidität, können eingeschlossen werden;
- die Übergangsphase vom Akutspital bis zu stabileren klinischen Zuständen kann erleichtert werden, mit dem Ziel, ein unabhängiges Alltagsleben unter häuslichen Bedingungen zu ermöglichen und eine Pflegebedürftigkeit zu verhindern.

Idealerweise sollten stationäre Programme genauso wie ambulante Rehabilitationsprogramme gefolgt werden von lang dauernden ambulanten Rehabilitationsmassnahmen im Sinne einer sekundären Prävention. Nur eine Fortsetzung der Sekundärpräventionsmassnahmen inkl. des Bewegungsprogrammes über Jahre kann die bekannten positiven Effekte bez. der Langzeitprognose ermöglichen.

Die individuelle Indikation für ein stationäres oder ambulantes kardiovaskuläres Rehabilitationsprogramm hängt ab von:

- Mobilität des Patienten;
- Schweregrad der kardiovaskulären Erkrankung und der körperlichen Beeinträchtigung;
- subjektiver Befindlichkeit;
- sozialer bzw. beruflicher Situation des Patienten;
- Verfügbarkeit von adäquaten Rehabilitationsprogrammen.

Eher für eine stationäre kardiovaskuläre Rehabilitation sprechen:

- Komplexe Rehabilitation: medizinisch; psychisch/sozial/beruflich; präventiv;
- Patienten mit stark eingeschränkter oder überdurchschnittlich hoher körperlicher Leistungsfähigkeit;
- kein anerkanntes adäquates ambulantes Rehabilitationsprogramm in der Nähe des Wohnortes des Patienten, das die spezifischen Bedürfnisse des Patienten erfüllt.

#### *Komplexe Rehabilitation*

Medizinisch

- Erhöhtes Risiko;
- schwer eingeschränkte linksventrikuläre Funktion, schwere Herzrhythmusstörungen;
- andere schwerwiegende Kardiopathien;
- nach Herztransplantation;

- schwierige Zusatzerkrankung (Diabetes, Lungenerkrankung, Systemerkrankung, Probleme des Bewegungsapparates und andere schwerwiegende Behinderungen);
- postoperative Schmerzen.

Psychisch

- Starke Ängstlichkeit, Verunsicherung;
- schwere Depression.

Sozial/beruflich

- Ungünstige häusliche Bedingungen, die eine Rehabilitation im häuslichen Rahmen erschweren (z.B. Eheprobleme, familiäre Schwierigkeiten);
- beruflicher Stress mit Schwierigkeiten, sich auszulösen (selbständig Erwerbende, Berufe mit hoher Verantwortung);
- Berufe mit körperlich sehr schwerer Belastung;
- alleinstehende Patienten mit eigenem Haushalt.

Präventiv

- Schwierige komplexe Risikokonstellation, die eine besonders intensive Intervention und Anleitung zur Lebensstilveränderung ausserhalb des häuslichen und beruflichen Umfeldes angezeigt erscheinen lässt.

#### *Patienten mit sehr geringer oder sehr hoher körperlicher Leistungsfähigkeit*

Ältere Personen mit geringer Leistungsfähigkeit, jedoch grossem Selbständigkeitspotential.

Sehr sportliche Patienten mit dem Bedürfnis nach täglich mehrmaliger intensiver körperlicher Betätigung.

#### *Kein anerkanntes ambulantes Rehabilitationsprogramm in der Nähe des Wohnortes des Patienten*

Zumutbar ist der Besuch eines ambulanten kardiovaskulären Rehabilitationsprogrammes für einen Patienten, wenn der Anfahrtsweg zumutbar bzw. medizinisch verantwortbar ist.

### **Strukturqualität**

**Bauliche Struktur und generelle Infrastruktur**  
Beim Fehlen des einen oder anderen Punktes gilt die Gesamtbeurteilung.

- Notrufanlagen in allen Zimmern, inkl. Korridoren, Aufenthalts-, Toiletten-, Therapieräumen;
- Zufahrtsmöglichkeit für Patienten mit Liegendtransporten;
- Brandschutz nach neuesten Vorschriften und Normen;

- Personenlifte;
- Grundausrüstung für physikalische Therapie;
- Arztzimmer mit Untersuchungsmöglichkeiten;
- Schulungs- und Besprechungsräume;
- Gymnastikhalle (Mindestgrösse 170 m<sup>2</sup>);
- Ruhe- und Aufenthaltsräume für Patienten;
- Lift für Liegendtransport;
- Terrain für Geh- und Laufschulung.

### Medizinisch-technische Ausstattung

#### Einrichtung

- Alarmkonzept für Notfälle inkl. unmittelbarer Reanimationsbereitschaft obligatorisch. Bewegungstherapeuten, Ärzte, Krankenschwestern und anderes beteiligtes Fachpersonal müssen regelmässig (4× 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 Min. 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;
- komplettes Reanimationsmaterial inkl. Defibrillator, wenn möglich transkutaner Pacer;
- Mehrkanal-EKG;
- Ergometrieplatz mit Fahrradergometrie oder Laufbandergometer;
- 2D-Doppler-Echokardiographie an der Institution vorhanden;
- Langzeit-EKG (Auswertung an der Institution selbst oder durch einen regelmässig verfügbaren Partner) oder evtl. Telemetrie.

#### Personaldotation und -qualifikation

Verantwortliche ärztliche Leitung durch einen in Rehabilitation erfahrenen Kardiologen (geregelt Vertretung, regelmässige Zeit verfügbar), d. h. 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 Rehabilitationsteam (Führung und Ausbildung) verantwortlich ist. In Anbetracht der häufig multimorbiden Patienten mit ausgeprägtem Risikoprofil muss der ein Rehabilitationsprogramm leitende Kardiologe auch eine internistische Ausbildung

vorweisen können (d. h., der zukünftige Kardiologe, der seine Ausbildung als Kardiologe auch ohne internistischen Facharzt abschliessen kann, sollte mindestens eine internistische Ausbildung von 3 Jahren vorweisen können).

Als Übergangsbestimmung können etablierte Institutionen mit Erfahrung in der kardiovaskulären Rehabilitation für eine Übergangszeit von 3 Jahren anerkannt werden, wenn sie einen regelmässigen kardiologischen Konsiliardienst vorweisen können.

Die Personaldotation muss mindestens ein 4stündiges Rehabilitationsprogramm (Bewegungstherapie, Sekundärpräventionsmassnahmen, Physiotherapie) pro Patient und Tag erlauben (individuell, in Gruppen).

Jede Fachkraft, welche eine Dienstleistung durchführt oder delegiert ist, muss Inhaber/in eines betreffenden Fachdiplomes oder Fähigkeitszeugnisses sein.

- Strukturierter Konsiliardienst für Psychiatrie oder klinische Psychologie;
- ärztlicher Bereitschaftsdienst mit Einsatz innert Minuten während 24 Stunden an 365 Tagen pro Jahr;
- diplomierte Herztherapeuten/Physiotherapeuten mit Erfahrung in der Rehabilitationsmedizin. Der Leiter des Programmes muss ein Diplom der SAKR (oder eine äquivalente Ausbildung) als Herztherapeut haben;
- Sozialdienst;
- Diät- und Ernährungsberatung für Gruppen- und Einzelberatung.

### Prozessqualität

#### Allgemeine Prozessqualität

- Dokumentierte, allen Fachbereichen zugängliche Diagnostik auf allen Ebenen des ICD;
- dokumentierte, allen Fachbereichen zugängliche Rehabilitationsziele, Therapie- und Rehabilitationsplanung;
- regelmässig strukturierte, patientenbezogene Teamkonferenzen und Einbezug aller beteiligten Fachbereiche;
- obligatorische Anwendung und Dokumentation von Assessmentinstrumenten bei Ein- und Austritt sowie als Verlaufskontrolle;
- strukturierte und dokumentierte Therapieprogramme;
- Pflegekonzept und Pflegedokumentation systematisiert;
- Aufnahmeverfahren: Anwendung der von der ALVR noch zu definierenden Kriterien;
- Notfallaufnahme: Anwendung der von der ALVR noch zu definierenden Kriterien;

- Einleitung und Strukturierung der Nachbetreuung inklusive Rückgabedokumentation und Abgabe von Therapieempfehlungen;
- Betreuung und Beratung zur sozialen Wiedereingliederung;
- fachbezogene Fortbildung für das gesamte Personal, Minimum 50 Stunden pro Jahr und Person;
- Existenz eines geschulten Qualitätsbeauftragten und von Qualitätszirkeln mit Sitzungen 1 mal pro Quartal;
- Komplikationsstatistik.

### Patientenuntersuchung

#### *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.

#### *Austrittsuntersuchung*

Es wird eine erneute klinische kardiopulmonale Untersuchung inkl. erneutem funktionellem Test (Ergometrie oder 6-Minuten-Gehtest) gefordert. Im weiteren sollte das Risikofaktorenprofil erneut überprüft werden.

### Spezifisches Programm für Herzpatienten

Die Rehabilitationsklinik muss ein spezielles Programm für die Rehabilitation von Herzpatienten haben, die sich in der Frühphase nach einem akuten Krankheitsereignis im Rahmen der koronaren Herzkrankheit, nach einer perkutanen Koronardilatation oder nach einer Herzoperation befinden. Das spezielle Programm muss folgende Punkte beinhalten:

#### *Strukturierte Bewegungstherapie*

Leitung durch speziell ausgebildete Herztherapeuten/-innen (SAKR oder eine äquivalente Ausbildung), die während der Aktivitäten präsent sein müssen. Mind. der Hauptverantwortliche für die körperlichen Aktivitäten muss ein Diplom der SAKR oder eine äquivalente Ausbildung als Herztherapeut haben. Die Mitglieder des Behandlungsteams müssen regelmässig an den Weiterbildungen der SAKR oder an gleichwertigen Ausbildungsgängen teilnehmen.

Die kontrollierte und ärztlich verordnete Bewegungstherapie muss in mind. 3 Leistungsgruppen erfolgen (mind. 4 Leistungsgruppen für

spezialisierte Kliniken) und schwerpunktmässig die Trainingsziele Ausdauer, Kraft, Dehnbarkeit und Koordination beinhalten.

Die Gesamtdauer der Trainingszeit soll 40 bis 60 Stunden betragen, davon 20 bis 30 in der Form von Ausdauertraining.

#### *Sekundärprophylaxe*

Die Kenntnis der Krankheit und der kardiovaskulären Risikofaktoren sowie deren Bekämpfung soll systematisch geschult werden, wobei 10 Lektionen in strukturierten Unterrichtsformen und zusätzlich mind. 4× eine individuelle Beratung durchgeführt werden sollen. Diese Massnahmen werden ergänzt durch Kurse in Relaxationstechnik und Stressbewältigung, welche mind. achtmal pro Rehabilitation erfolgen müssen. Im weiteren muss eine professionelle individuelle Diätberatung angeboten werden.

### Ergebnisqualität / Outcome-Qualität

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

Der Abschlussbericht muss mindestens folgende Angaben enthalten: Bericht über den Rehabilitationsverlauf, Resultate der Eintrittsuntersuchung 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.

#### **Permanente Qualitätskontrollen**

##### *Qualitätskriterien (Anforderungsprofil)*

Das Angebot der Programme wird durch einen jährlich auszufüllenden Fragebogen überprüft.

##### *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.

##### *Auswertung der Rehabilitation*

Es ist geplant, die Resultate der Rehabilitationsbehandlung bei jedem Patienten individuell zu erfassen.

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

**Patientenrechte**

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

**Evaluationskriterien**

Gemäss dem Anforderungsprofil der Schweizer Arbeitsgruppe für kardiovaskuläre Rehabilitation der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie. Die Rehabilitationskliniken nehmen an einem von der ALVR genehmigten Outcome-Programm teil.

**Weitere Artikel unter [www.saez.ch/37\\_alvr.html](http://www.saez.ch/37_alvr.html)**

*O. Knüsel, L. Bapst.* Anforderungskriterien der ALVR an die Rehabilitation in der Schweiz

*T. Ettlín.* Anforderungskriterien der ALVR für die stationäre Neurorehabilitation.

*O. Knüsel.* Anforderungskriterien der ALVR für die stationäre muskuloskelettale Rehabilitation.

**Autres articles sous [www.bullmed.ch/37\\_cfar.html](http://www.bullmed.ch/37_cfar.html)**

*O. Knüsel, L. Bapst.* Critères d'exigence d'ALVR/CFAR pour la réadaptation en Suisse

*T. Ettlín.* Les exigences de qualité de l'ALVR/CFAR pour la réhabilitation neurologique en milieu hospitalier (stationnaire).

*O. Knüsel.* Les exigences de qualité de l'ALVR/CFAR pour la réhabilitation musculo-squelettique en milieu hospitalier (stationnaire).