



Fragebogen zur Zertifizierung von Rehabilitationsprogrammen bei Patienten mit peripher-arterieller Verschlusskrankheit (PAVK)

Gemäss dem Anforderungsprofil von der Schweizerischen Gesellschaft für Angiologie (SGA) wird das Angebot der Programme initial und dann jährlich mittels Fragebogen überprüft. Später können auch Audits in den Programmen vorgenommen werden.

Institutionen, welche die geforderten Qualitätskriterien nicht erfüllen, können nicht als von der SGA anerkannte Institution aufgenommen werden.

Die Delegierten der Schweizerischen Gesellschaft für Angiologie behalten sich eine Prüfung der gemachten Angaben vor. Sind gewisse Fragen nicht oder nur unzureichend beantwortet, besteht kein Anspruch auf Aufnahme in das Rehabilitationsprogramm-Verzeichnis bei Patienten mit peripher-arterieller Verschlusskrankheit (PAVK). Dazu gehören insbesondere Angaben zu folgenden Punkten:

- Verantwortliche ärztliche Leitung
- Leiterin/Leiter Bewegungsprogramm mit Ausbildung
- Spezifisches Programm für Patienten mit peripher-arterieller Verschlusskrankheit (PAVK)
- Alarmkonzept

Bitte senden Sie Ihre Angaben an:

Administration PAVK-Rehabilitation/Arteriofit
c/o Angiologie Pratteln - Praxis für Gefässmedizin
Dr. med. Thomas Baldi
Zehntenstrasse 16
4133 Pratteln
Tel. +41 826 92 92
Fax +41 826 92 93
E-Mail: thomas.baldi@hin.ch

Relevante Angaben zur Zertifizierung

Name und Ort des Rehabilitationsprogrammes für Patienten mit peripher-arterieller Verschlusskrankheit (PAVK):

Verantwortliche ärztliche Leitung

Titel, Name:

Adresse:

Tel.:

E-Mail:

FMH-Titel Angiologie

andere:

Miteinbezug eines Facharztes für Angiologie

falls andere: ja (Miteinbezug eines Facharztes für Angiologie)

nein (kein Miteinbezug eines Facharztes für Angiologie)

Titel, Name:

Adresse:

Tel.:

E-Mail:

**Verantwortliche/r PAVK
Therapeut/in
bzw. Leiterin/ Leiter PAVK
Training**

Name:

Adresse:

Tel:

E-Mail:

Ausbildung:

Diplom PAVK Therapeut/in

Physiotherapeut/in

Sportlehrer/in / Sportwissenschaftler/in

andere Qualifikationen :

Alarmkonzept	<p>Das Rehabilitationsprogramm verfügt über ein Alarmkonzept für Notfälle inklusive unmittelbarer Reanimationsbereitschaft. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Das Alarmkonzept des Programmes setzt voraus, dass über einen externen automatischen Defibrillator (AED) verfügt wird, der regelmässig gewartet wird. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Reanimationsmaterial vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Mehrkanal-EKG steht zur Verfügung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ergometrieplatz mit Fahrradergometrie und Laufbandergometrie steht zur Verfügung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Bewegungstherapeuten, Ärzte, Pflegende werden 4 x jährlich in Reanimationsmassnahmen geschult. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p style="text-align: right;">Bitte Alarmkonzept beilegen.</p>
Patientenuntersuchung	<p>Eintrittsuntersuchung</p> <p>Eine allgemeine internistische Untersuchung inklusive max. symptomlimitierter Belastungstest am Fahrradergometer ist enthalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Standardisierter Gehtest wird am Laufbandergometer vorgenommen (falls ein solcher nicht innerhalb der letzten drei Wochen vor Beginn eines aktiven Bewegungsprogrammes durchgeführt wurde). <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Angiologischer Status sowie das Risikofaktorenprofil ist vorhanden, enthaltend: Gewicht, BMI, Bauchumfang, Raucherstatus, Leistungsfähigkeit und mindestens folgende Laborbefunde: HbA1c, Gesamtcholesterin, LDL- und HDL-Cholesterin sowie Triglyceride. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Austrittsuntersuchung</p> <p>Es wird eine erneute klinische kardiopulmonale Untersuchung und ein erneuter funktioneller Test (Laufbandergometer oder freier Gehtest) sowie eine Kontrolle der oben erwähnten Laborbefunde vorgenommen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Das Risikofaktorenprofil wird erneut überprüft. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

Spezifisches Programm für Patienten mit peripher-arterieller Verschlusskrankheit (PAVK)

Strukturierte Bewegungstherapie

Leitung durch speziell ausgebildete Bewegungstherapeuten (SGA/SSA resp. PAVK-Rehabilitationstherapeuten oder äquivalente Ausbildung), die während der Aktivitäten präsent sind. Der Hauptverantwortliche für die körperlichen Aktivitäten ist ein Physiotherapeut oder ein diplomierter Sportlehrer, mit dem Diplom als PAVK-Therapeuten oder äquivalente Ausbildung als Herztherapeut. Die Mitglieder des Behandlungsteams nehmen regelmässig an den Weiterbildungen der SGA/SSA oder gleichwertigen Ausbildungsgängen teil.

ja nein

zur Teilnahme an PAVK-Therapeuten-Ausbildung angemeldet

Die kontrollierte und ärztlich verordnete Bewegungstherapie erfolgt gemäss gültigen Richtlinien. Hauptelemente dieser Richtlinien sind:

Laufband oder freies Gehtraining als Hauptaktivität; zusätzliches Krafttraining und Übungen zur Förderung der allgemeinen Fitness als komplementäre Therapie aber nicht als Ersatz für das Gehtraining; Training bis in leichte Claudicatio-Beschwerden; Dauer pro einzelnes Training je nach Trainingsstand 35-50 Minuten mit Aufwärm- und Abkühlphase.

ja nein

Das Training erfolgt mindestens 3-5 Mal pro Woche, die gesamte Trainingsdauer beträgt mindestens 12 Wochen, davon mindestens zwei Drittel in Form eines Gehtrainings. Es wird eine minimale Gesamtzahl von 36 Trainingseinheiten über mindestens 12 Wochen gewährleistet.

ja nein

Bitte detailliertes Programm beilegen.

Sekundärprophylaxe:

Information:

Die Kenntnis der Krankheit und der kardiovaskulären Risikofaktoren sowie deren Bekämpfung soll systematisch geschult, wobei 10 Lektionen in strukturierten Unterrichtsformen und zusätzlich mind. 2 x eine individuelle Beratung durchgeführt wird.

ja nein

Lebensstilmodifikation:

Diese Massnahmen werden durch das Angebot einer strukturierten Raucherberatung und von Kursen in Stressbewältigung ergänzt. Im weiteren wird eine professionelle Ernährungsberatung individuell oder in Gruppen angeboten. Die Anleitung zu körperlicher Aktivität erfolgt im Rahmen des Bewegungsprogramms.

ja nein

Medikamentöse Sekundärprophylaxe:

Die medikamentöse Sekundärprophylaxe ist nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen eingeleitet resp. optimiert.

ja nein

Erstellen eines Abschlussberichtes	Der Abschlussbericht enthält mindestens folgende Angaben: Bericht über den Rehabilitationsverlauf, Resultate der Eintrittsuntersuchung und der Abschlussuntersuchung inkl. klinischen angiologischen Status, Resultate des Belastungstests und des Gehtests, spezielle physische und psychische Aspekte des Patienten, Risikofaktoren, aktuelle medikamentöse Therapie, Vorschläge für weitere diagnostische und therapeutische Massnahmen sowie Arbeitsfähigkeit. Der Abschlussbericht wird durch einen Arzt verfasst. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																
Permanente Qualitätskontrollen	SGA/SSA-Statistik Einmal pro Jahr wird obligatorisch eine Patientenstatistik ausgefüllt, die über die Zahl der Patienten, die Hauptdiagnosen und insbesondere die Frage der während der Rehabilitation aufgetretenen Komplikationen beantwortet. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Patientenzufriedenheit Die Patientenzufriedenheit wird regelmässig nach anerkannten Methoden erhoben. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																
Vorkommnisse mit schweren Komplikationen	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: right;">Monat/Jahr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Keine</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kardiovaskuläre Komplikation exkl. Kreislaufstillstand mit Spitalbedürftigkeit</td> <td style="text-align: right;"><input type="text" value="/"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand / Reanimation</td> <td style="text-align: right;"><input type="text" value="/"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Provokation eines grösseren arteriellen Ulkus</td> <td style="text-align: right;"><input type="text" value="/"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Andere:</td> <td style="text-align: right;"><input type="text" value="/"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Nach Rücksprache mit dem verantwortlichen Arzt wurden die Details abgeklärt und protokolliert.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Bemerkungen zum Verlauf:</td> </tr> </tbody> </table>		Monat/Jahr	<input type="checkbox"/> Keine		<input type="checkbox"/> Kardiovaskuläre Komplikation exkl. Kreislaufstillstand mit Spitalbedürftigkeit	<input type="text" value="/"/>	<input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand / Reanimation	<input type="text" value="/"/>	<input type="checkbox"/> Provokation eines grösseren arteriellen Ulkus	<input type="text" value="/"/>	<input type="checkbox"/> Andere:	<input type="text" value="/"/>	<input type="checkbox"/> Nach Rücksprache mit dem verantwortlichen Arzt wurden die Details abgeklärt und protokolliert.		Bemerkungen zum Verlauf:	
	Monat/Jahr																
<input type="checkbox"/> Keine																	
<input type="checkbox"/> Kardiovaskuläre Komplikation exkl. Kreislaufstillstand mit Spitalbedürftigkeit	<input type="text" value="/"/>																
<input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand / Reanimation	<input type="text" value="/"/>																
<input type="checkbox"/> Provokation eines grösseren arteriellen Ulkus	<input type="text" value="/"/>																
<input type="checkbox"/> Andere:	<input type="text" value="/"/>																
<input type="checkbox"/> Nach Rücksprache mit dem verantwortlichen Arzt wurden die Details abgeklärt und protokolliert.																	
Bemerkungen zum Verlauf:																	

Die Kosten für den Zertifizierungsprozess betragen **Fr. 800.-**.

Hiermit wird bestätigt, dass die Angaben korrekt sind.

Name, Vorname, Leiter/in des Rehabilitationsprogrammes (PAVK)

Ort, Datum:

Unterschrift:

Erforderliche Beilagen

- Alarmkonzept
- detailliertes Programm für PAVK-Patienten