

# **Anforderungsprofil für von der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie SGED offiziell anerkannte Rehabilitations-Kliniken/Institutionen**

(1. Revision genehmigt vom Vorstand Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie SGED am 17. November 2010)

Damit die Ziele der Rehabilitation bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 erreicht werden können, muss ein solches Programm gewisse Qualitätskriterien erfüllen. Diese Kriterien sind für die Schweiz von der SGED auf der Basis internationaler Empfehlungen und Richtlinien ausgearbeitet und falls nötig auf spezielle Gegebenheiten in unserem Land adaptiert worden; die Anerkennung einer kardiovaskulären Rehabilitationsinstitution für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 als Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung bedingt die Erfüllung dieser Qualitätskriterien und die daraus resultierende offizielle Anerkennung (gemäss KLV, Anhang 1, Kapitel 11).

## **1. Ärztliche Leitung des Rehabilitationsprogrammes**

**1.1** Die Verantwortliche ärztliche Leitung liegt bei einem Facharzt für Diabetologie oder einem anderen internistischen Facharzt mit Ausbildung oder speziellem Interesse in Diabetologie und kardiovaskulärer Rehabilitation. Wird das Programm nicht durch einen Diabetologen geleitet, muss ein solcher in Funktion eines Programm-Konsiliariums ins Organigramm der Programmleitung eingebunden werden.

**1.2** Die verantwortliche ärztliche Leitung kann auch bei einem Arzt FMH Allgemeine Medizin liegen; auch dann muss ein Diabetologe in Funktion eines Programm-Konsiliariums ins Organigramm der Programmleitung eingebunden sein.

**1.3** Falls der Diabetologe nur als Programm-Konsiliarium eingebunden ist, sollte er die Patienten mindestens 3 x während des Programms sehen, z.B. zu Beginn, in der Mitte, und am Ende.

**1.4** Visitationen von Seiten der SGED zur Sicherung der Qualität können vorkommen, wobei das Zertifikat entzogen werden kann.

## **2. Einrichtung der Rehabilitationsinstitutionen**

**2.1** Alarmkonzept für Notfälle inklusive unmittelbarer Reanimationsbereitschaft obligatorisch. Bewegungstherapeuten, Pflegenden, Ärzte und andere am Programm direkt Beteiligte Fachpersonen müssen regelmässig in Reanimationsmassnahmen geschult werden. Der Programmleiter überwacht den Erhalt der entsprechenden Kompetenzen innerhalb seines Teams. Es muss sichergestellt werden, dass die primäre Reanimation CPR sofort und die erweiterte Reanimation ACLS innerhalb einer Frist von 4 Minuten begonnen werden kann. Bei Aktivitäten im Gelände gelten die gleichen Konditionen, wobei als ACLS-Massnahme eine Defibrillation nötig sein muss. Dies bedingt, dass ein entsprechendes Gerät mitgeführt wird und dass mindestens eine in CPR unter Anwendung des Defibrillators geschulte Person während den Trainingsaktivitäten anwesend ist. Nach Möglichkeit ist ein/e entsprechend geschulte/r Programmteilnehmer/in (Laien-Nothelfer) als Hilfsperson für den Notfall zu bezeichnen.

**2.2** Komplettes Reanimationsmaterial inklusive Defibrillator

**2.3** Ergometrieplatz mit Mehrkanal-EKG (kann auch ausserhalb der Institution zur Verfügung stehen)

**2.4** Qualifizierte, in der Beratung von Diabetes-Patienten erfahrene Ernährungsberatung und Diabetesberatung

**2.5** Möglichkeit zur Durchführung von mindestens drei unterschiedlichen Bewegungsangeboten

### **3. Patientenuntersuchung**

#### **3.1 Eintrittsuntersuchung**

Diese muss eine allgemeine internistische Untersuchung inklusive max. symptomlimitierter Belastungstest am Fahrradergometer enthalten, falls ein solcher nicht innerhalb der letzten drei Monaten vor Beginn eines aktiven Bewegungsprogrammes durchgeführt wurde. Bei Beginn der Rehabilitation muss ein Risikofaktorenprofil vorhanden sein, enthaltend: Gewicht, BMI, nach Möglichkeit Messung des Körperfettanteils, Bauchumfang, Leistungsfähigkeit und folgende Laborbefunde: HbA1c, Gesamtcholesterin, LDL- und HDL-Cholesterin sowie Triglyceride.

#### **3.2 Austrittsuntersuchung**

Es wird eine erneute klinische kardiopulmonale Untersuchung und ein erneuter funktioneller Test (Laufbandergometer oder freier Gehstest) gefordert. Im weiteren sollte das Risikofaktorenprofil erneut überprüft werden.

### **4. Spezifisches Programm für Diabetes-Patienten**

Die Rehabilitationsinstitution muss ein spezielles Programm für die Rehabilitation von Patienten mit Diabetes Typ 2 haben. Das spezielle Programm muss folgende Punkte beinhalten:

#### **4.1 Strukturierte Bewegungstherapie**

**4.1.1** Leitung durch speziell ausgebildete Bewegungstherapeuten (DIAfit-Therapeuten oder äquivalente Ausbildung), die während der Aktivitäten präsent sein müssen. Die Leitung einer Gruppenaktivität kann auf Weisung und in Verantwortung des hauptverantwortlichen Physiotherapeuten oder Sportlehrers auch durch einen Bewegungstherapeuten im entsprechenden Weiterbildungsstatus erfolgen. Der Hauptverantwortliche für die körperlichen Aktivitäten muss ein Physiotherapeut oder ein diplomierter Sportlehrer sein, der die Ausbildungskriterien erfüllt. Die Mitglieder des Behandlungsteams müssen regelmässig an den Weiterbildungen des DIAfit-Projektes oder gleichwertigen Ausbildungsgängen teilnehmen.

**4.1.2** Die kontrollierte und ärztlich verordnete Bewegungstherapie muss gemäss gültigen Richtlinien erfolgen. Hauptelemente dieser Richtlinien sind: Ausdauertraining und Kraftübungen sowie Übungen zur Förderung der allgemeinen Fitness als komplementäre Therapie aber nicht als Ersatz für das Ausdauer- und Krafttraining; Dauer pro einzelnes Training je nach Trainingsstand min. 50 Minuten mit Aufwärm- und Abkühlphase.

**4.1.3** Das Training muss mindestens 3 Mal pro Woche erfolgen, die gesamte Trainingsdauer muss mindestens 12 Wochen betragen. Es muss eine minimale Gesamtzahl von 36 Trainingseinheiten über mindestens 12 Wochen gewährleistet werden.

#### **4.2 Sekundärprophylaxe:**

##### **4.2.1 Information:**

Die Kenntnis der Krankheit und der übrigen kardiovaskulären Risikofaktoren sowie deren Bekämpfung soll systematisch geschult werden, wobei 6-8 Lektionen in strukturierten Unterrichtsformen und zusätzlich mind. 2 x eine individuelle Beratung betr. Blutzucker-Einstellung durchgeführt werden sollen.

##### **4.2.2 Lebensstilmodifikation:**

Diese Massnahmen werden ergänzt durch eine strukturierte Raucherberatung und Kurse in Stressbewältigung. Im weiteren muss eine professionelle Ernährungsberatung individuell oder in Gruppen angeboten werden. Die Anleitung zu körperlicher Aktivität erfolgt im Rahmen des Bewegungsprogramms.

#### **4.2.3 Medikamentöse Sekundärprophylaxe:**

Die medikamentöse Sekundärprophylaxe ist nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen einzuleiten resp. zu optimieren.

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

Der Abschlussbericht muss mindestens folgende Angaben enthalten: Bericht über den Rehabilitationsverlauf, Resultate der Eintrittsuntersuchung und der Abschlussuntersuchung inkl. Resultate des Belastungstests, spezielle 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 durch Audits überprüft.

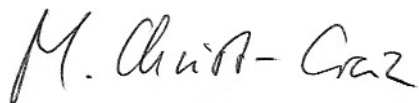
Institutionen, welche die geforderten Qualitätskriterien nicht erfüllen, können nicht als von der SGED anerkannte Institution aufgenommen werden. Bei bereits akkreditierten Programmen besteht bei Nichterfüllen der Bedingungen eine Frist von 2 Jahren bis zur Streichung.

#### **6.2. SGED-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. Patientenzufriedenheit**

Die Patientenzufriedenheit wird regelmässig nach anerkannten Methoden erhoben.



Für die SGED

Prof. Mirjam Christ-Crain, MD, PhD

Bern, 17. November 2010