

Antrag zur Akkreditierung eines ambulanten pulmonalen Rehabilitationsprogramms

| | | |
|---|--|------|
| Institution | | |
| Name: | | |
| Adresse: | | |
| Telefon / E-mail: | | |
| 1. Rehabilitationsteam | | |
| Praxisinhaber/in/ Chefarzt/ärztin | | |
| Ärztliche Leitung (Facharzt/ärztin Pneumologie*) | | |
| Ärztliche Stellvertretung | | |
| Physiotherapeutische Leitung (Spezielle Ausbildung gemäss Akkreditierungsanforderungen*) | | |
| 2. Infrastruktur | | |
| 2.1. Diagnostik | | |
| | JA | NEIN |
| Bodyplethysmographie* | | |
| Arterielle Blutgasanalyse in Ruhe* | | |
| (Spiro-)Ergometrie mit arterieller Blutgasanalyse* | | |
| 6-MWT oder ISWT* mit Pulsoxymetrie und Dyspnoe-Skala | | |
| Sit-to-stand-Test | | |
| Lebensqualität Fragebogen* (empfohlen: CRQ) | | |
| COPD Assessment Test (CAT) oder mMRC* | | |
| Erfassung von Angst/Depression* (empfohlen: HADS) | | |
| Erfassung des Ernährungszustandes* | | |
| 2.2. Ausrüstung | | |
| Therapieräumlichkeiten: | im Hause | |
| | auswärts | |
| Einrichtungen: | Fahrrad-Ergometer* | |
| | Laufband | |
| | Kraftgeräte (MTT)* | |
| | Alternatives Krafttraining (z.B. Hanteln)* | |
| Sauerstoff: | während Rehabilitation* | |
| | für Notfälle* | |
| Überwachung: | Pulsoxymetrie* | |
| | EKG-Monitor | |
| 2.3. Cardio-Pulmonale Reanimation (CPR) | | |
| Verantwortlicher Arzt im Hause | | |
| Alarmsystem* | | |
| Defibrillator* | | |
| Beatmungsmaske* | | |
| CPR-Ausbildung/Training | Arzt/Ärztin* | |
| | Physiotherapeut(en)* | |

| 3. Rehabilitationsprogramm (Prozessqualität) | | | |
|--|--|----|------|
| 3.1. Körperliches Training* | | | |
| Ort: | | | |
| Organisation: | Standardprogramm beilegen* | | |
| Programmdauer: | Total in Wochen: | | |
| | Sitzungen pro Woche: | | |
| | Dauer der Sitzung: | | |
| | Anz. Patienten/innen pro Therapeut/in | | |
| Programminhalt: | | JA | NEIN |
| | Kardiopulmonales Ausdauertraining (Fahrradergometer, Laufband, Walking, Velofahren)* | | |
| | Krafttraining (Krafttraining/MTT)* | | |
| | Entspannungstechnik | | |
| | Funktionelles Training (Treppensteigen, Gehen, Aktivitäten des täglichen Lebens) | | |
| | anderes: | | |
| 3.2. Patientenschulung* | | | |
| Risikofaktoren-Intervention | | | |
| Rauchen | | | |
| Lunge und Bewegung/Sport | | | |
| Medikamentenkenntnisse | | | |
| Inhalationstechnik | | | |
| Krankheitslehre | | | |
| Ernährungsberatung | | | |
| Psychologische Betreuung | | | |
| Umgang mit Atemhilfsgeräten | | | |
| 3.3 Sekundäre Prävention* | | | |
| Rauchstoppberatung | | | |
| Psychologische Betreuung | | | |
| Ernährungsberatung | | | |
| 4. Qualitätskontrolle | | | |
| Spirometrie* | | | |
| Arterielle Blutgasanalyse in Ruhe* | | | |
| 6MWT oder ISWT mit Pulsoxymetrie und Dyspnoe-Skala* | | | |
| Sit-to-stand-Test | | | |
| Lebensqualität-Fragebogen* (empfohlen: CRQ) | | | |
| COPD Assessment Test (CAT) oder mMRC* | | | |
| Erfassung von Angst / Depression* (empfohlen: HADS) | | | |
| Erfassung des Ernährungszustandes* | | | |
| Trainings-/Therapieplan für Patienten zuhause* | | | |
| Bericht an Hausarzt/ärztin* | | | |
| 5. Weiter- und Fortbildung in pulmonaler Rehabilitation | | | |
| Ärztliche Leitung | | | |
| Physiotherapeutische Leitung | | | |

* Anforderungen müssen erfüllt sein

Einsenden an: info@pneumo.ch oder per Post an Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie, Reinacherstrasse 131, 4053 Basel