



Im Folgenden wird die männliche Form bei personalisierter Ansprache verwendet, gemeint sind jedoch alle Geschlechtsformen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantragen wir die Anerkennung des Zertifikates „Rehabilitationsklinik mit Gefäßexpertise“ entsprechend den geforderten Struktur- und Prozessvoraussetzungen der DGA/DGPR im Rahmen der Übergangsregelung.

Antragsteller:

Eingereichte Unterlagen:

Angiologisches eigenständiges Rehabilitationskonzept:

Formular Struktur- und Prozessvoraussetzungen:

Anteil angiologischer Patienten (Hauptindikation für die Rehabilitation) in den letzten 5 Jahre (min.10%): %

Dauer der Umsetzung der genannten Strukturen (min 1 Jahr): Jahre

20 angiologische Entlassbriefe (Hauptdiagnose für die Rehabilitation), anonymisiert:

Hinweise zur Antragstellung an die Auditoren:

.....

Datum, Ort

.....

Unterschrift, Stempel

Geforderter Erfüllungsgrad der einzelnen Kriterien:

Personelle Vorgaben

Bewertungsmatrix: Kriterium gilt als erfüllt, wenn 100 % der Kriterien (10 Hauptkriterien oder 9 Kriterien und ein fakultatives Kriterium alternativ nach Abstimmung im Steering Board) erfüllt sind oder sich in realistisch nachvollziehbarer Planung befinden

Strukturelle Vorgaben

Bewertungsmatrix: Kriterium gilt als erfüllt, wenn 100 % (10) aller Hauptkriterien sind und mindestens 90 % (27) aller verpflichtenden Unterkriterien erfüllt sind oder in realistisch nachvollziehbarer Planung sich befinden oder fakultative Unterkriterien als vergleichbar zu verpflichtenden Unterkriterien durch das Steering Board gewertet werden.

Spezielle Inhalte der „Angiologischen Rehabilitation“

Bewertungsmatrix: Kriterium gilt als erfüllt, wenn 100 % (8) aller Hauptkriterien sind und mindestens 90 % (34) aller verpflichtenden Unterkriterien erfüllt sind oder in realistisch nachvollziehbarer Planung sich befinden oder fakultative Unterkriterien als vergleichbar zu verpflichtenden Unterkriterien durch das Steering Board gewertet werden.

Peer Review Arztbriefe von angiologischen Rehabilitanden

Dieses Kriterium gilt als erfüllt, wenn 75 % aller Kriterien als erfüllt beurteilt wurden.

Gesamtauswertung

Bei einer Abweichung in einem der 4 Struktur - und Prozessvoraussetzungen oder dem Nicht-Nachweis der Dauer der Umsetzung der angiologischen Rehabilitation oder einem zu geringen Anteil angiologischer Patienten kann die Zertifizierung im Rahmen der Übergangsregelung nicht erteilt werden.



Nachweis der Struktur- und Prozessvoraussetzungen zum Erwerb des Zertifikats „Rehabilitationsklinik mit Gefäßexpertise“ im Rahmen der Übergangsregelung

Bitte füllen Sie die folgenden Seiten entsprechend dem aktuellen Stand aus und sollten Sie bereits konkrete Planungen zur Erfüllung der Struktur-und Prozessvoraussetzungen haben, weisen Sie diese bitte z.B. durch einen Anmeldungsnachweis etc. nach. Im Folgenden wird die männliche Form bei personalisierter Ansprache verwendet, gemeint sind jedoch alle Geschlechtsformen.

Personelle Vorgaben

Punkt Nr.	Qualifikation	Anzahl VZ	Bemerkungen	Ja	Nein	in Planung
1	Rehabilitativ tätiger Internist mit Zusatzzertifikat der DGRP/DGA zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Angiologische Expertise in der kardiologischen Rehabilitation“	Alternativ zu Punkt 2 1,0	Ausgewiesen durch Abschluss des Curriculums DGPR/ DGA „Internist in der Rehabilitation mit angiologischer Expertise“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Internist mit Schwerpunkt Angiologie	Alternativ zu Punkt 1	Sollte ein Internist mit Schwerpunkt Angiologie in der Rehabilitation tätig sein, entfällt Punkt 1 als Voraussetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Rehabilitationsmediziner	Alternativ zu Punkt 4 1,0	Facharzt mit Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ der jeweiligen Landesärztekammern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Sozialmediziner	Alternativ zu Punkt 3 1,0	Facharzt mit Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ der jeweiligen Landesärztekammern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Psychologe oder Psychotherapeut	Mindestvorgabe Erfüllen des DRV-Schlüssels	Nachweis der Teilnahme an einem zertifizierten Kursleiter-Seminar-zur Durchführung der Tabakentwöhnung (z. B. „Rauchfrei-Programm“ IFT, Astra - Programm, Landesärztekammern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Punkt Nr.	Qualifikation	Anzahl VZ	Bemerkungen	Ja	Nein	in Planung
6	Pflegepersonal mit Kompetenz in Wundversorgung	1,0	Examiniertes Krankenpflegepersonal mit Weiterbildung zum Wundmanager und Wundkonzept mit Wunddokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Diätassistent, Ökotrophologe	Mindestvorgabe Erfüllen des DRV- Schlüssels	Ernährungsberater DGE oder Diätassistent mit gültigem Fortbildungszertifikat des VDD oder Ökotrophologe mit Zertifikat Ernährungsberater des VDOE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Diabetesberater DDG	Angestrebter Weiterbildungs-beginn innerhalb von 2 Jahren nach Erwerb des Zertifikates	Spezialisierte Weiterbildung nach DDG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Bereich soziale Arbeit: Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge	Mindestvorgabe Erfüllen des DRV-Schlüssels	Aktive Zusammenarbeit wegen LTA mit Berater der DRV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Sporttherapeut mit Zusatzmodul zum DGA/DGPR zertifizierten „Gefäßtrainer“	1,0	Erwerb DGA/DGPR zertifizierte Zusatzqualifikation „Gefäßtrainer“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Physiotherapie	1,0	Erwerb der Zusatzqualifikation „Lymphtherapeut“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Punkt Nr.	Qualifikation	Anzahl VZ	Bemerkungen	Ja	Nein	in Planung
12	Medizinisches Assistenzpersonal oder Pflegepersonal mit angiologischer Grundweiterbildung	1,0	Erwerb der Zusatzqualifikation „Angiologieassistent/in DGA“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Alternativ: Erwerb der Grundweiterbildung durch 4 - wöchige Hospitation bei einem „Angiologieassistent/in DGA“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Entfällt: bei interner Weiterbildungsmöglichkeit in Anwesenheit eines Internisten und Angiologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Kooperationspartner in kurzfristig erreichbarem Umfeld der Klinik mit „Angiologischer Expertise“		Interventioneller Angiologe oder Radiologe (ambulant oder stationär)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Gefäßchirurg (ambulant oder stationär)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Chirurgische Wundversorgung (amb. oder stationär)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sanitätshaus zur Heilmittelversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Strukturelle Vorgaben

Punkt Nr.	Strukturelle Vorgaben	Bemerkungen	Ja	Nein	in Planung
1	Angiologische nichtinvasive Diagnostik	○ Duplexsonographische Gefäßuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		○ Arterielle Verschlussdruckmessung (ABI) in Ruhe und nach Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Laufband (ggf. mit prä- und post- Test ABI Messmöglichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Metronom gestützte Gehstrecke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Sozialmedizinische Beurteilung, Bestimmung der Wegefähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fakultativ wünschenswert:			
		○ Optische Pulsoszillographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ TcPO2 Messung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Allgemeine Schulungsmedien	○ Flipchart Tafel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Beamer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Materialien zur Dokumentation der Gehstrecken während der Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Materialien zur Dokumentation des selbständigen Gehtrainings in der Häuslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Allgemeine Schulungsunterlagen	Strukturierte Curricula und Schulungsunterlagen zu den Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Entstehung der PAVK • Beeinflussung der kardiovaskulären Risikofaktoren • Durchführung und Dokumentation des Gehtrainings • Durchführung und Dokumentation des Gefäßtrainings 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Wundmanagement	○ Raum für Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Punkt Nr.	Strukturelle Vorgaben	Bemerkungen	Ja	Nein	in Planung
5	Psychologische Beratung und Intervention	○ Raum für Einzelgespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Raum für Gruppenschulung und Seminare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ernährungsberatung	○ Lehrküche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Gruppenschulungsraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Lehrbüfett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Einkaufstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Anschauungsmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Lebensmittel, Lebensmittelverpackungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fakultativ			
7	Sporttherapie	○ Turnhalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Gymnastikraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Motomed Arme und Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Ergometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Standardisierte Gehstrecke (z. B. Metronom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Laufband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Markierung von Gehstreckenlängen indoor und outdoor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fakultativ			
8	Physiotherapie	○			

Punkt Nr.	Strukturelle Vorgaben	Bemerkungen	Ja	Nein	in Planung
		○ Lymphdrainage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fakultativ			
		○ Barfußweg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Wassertreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Zweizellenbad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Schwellstrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Bindegewebsmassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Galvanischer Strom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Sozialdienst	Erfassung arbeits- und berufsbezogener Problemlagen mit geeigneten Instrumenten (z.B. Würzburger Fragebogen, SIMBO-C, SIBAR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Labor	Qualitätsgesicherte Laborbestimmungen incl. CRP, HbA1c, Plasmaglukose, LDL, HDL, Chol, Tri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spezielle Inhalte der „Angiologischen Rehabilitation“

Punkt Nr.	Klinische Bestandteile	Bemerkungen	Ja	Nein	in Planung
1	Ärztliche zusätzliche angiologische Leistungen	Aufnahmeuntersuchung wird ergänzt um	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		• Kompletten Pulsstatus inkl. Auskultation und Rekapillarierungszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		• Inspektion und Untersuchung der Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		• Erfassung des Schuhwerkes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		• Wundstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		• Untersuchung mit Stimmgabel bei Verdacht auf PNP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Angiologische Eingangs- und Ausgangsdiagnostik (mit MFA mit angiologischer Expertise) inklusive Wegefähigkeit, Gehstrecken, Duplexsonographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dokumentation der ärztlichen und patientenbezogenen angiologischen Therapieziele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Erstellung eines angiologisch qualifizierten Therapieplanes einschließlich selbständiger Übungsanteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Gefäßsprechstunde durch Arzt mit Gefäßexpertise (Einzeltherapie) mit individueller Erläuterung der Erkrankung und Erfassung der Nachhaltigkeitsziele und deren Erreichung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Erfassung des kardiovaskulären Risikoprofils	Labor: Routineuntersuchung inkl. CRP, HbA1C und Nüchtern-Plasma-Glukose, Lipidprofil mit Cholesterin, Triglyceriden, HDL, LDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Hypertonus: 3x RR tgl für 3 d oder 24 h RR Messung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nikotinabusus: Dokumentation am Anfang und Ende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		familiäre Prädisposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Screening auf familiäre HLP/ggf. Lp(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punkt Nr.	Klinische Bestandteile	Bemerkungen	Ja	Nein	in Planung
3	Wundmanagement	Regelmäßige Wundvisite und Dokumentation des Wundverlaufes unter Supervision eines Wundmanagers und Arztes mit angiologischer Expertise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ggf. Versorgung mit Spezial-Schuhwerk oder Prothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Sporttherapie	Bewegungstraining in speziellen leistungsadaptierten PAVK Gruppen entsprechend dem Curriculum der DGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tgl. Gefäßtraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Gehtraining geführt und selbständig mit Dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Motomed Arme und Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Bei Beckenarterienprozessen zusätzlich Ergometertraining im Intervall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Laufbandtraining bei OS und US-Prozessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Verschiedene Angebote an Ausdauerbewegungsmöglichkeiten (z. B. Nordic-Walking etc., Schwimmbad) zur Erhöhung der kardiopulmonalen Fitness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Seminar zur Durchführung von Sport- und Bewegungstherapie bei PAVK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Physiotherapie	Lymphdrainage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Bindegewebsmassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fakultativ			
		Anwendung von Zweizellenbad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Schwellstrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Galvanischer Strom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Barfußweg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Wassertreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punkt Nr.	Klinische Bestandteile	Bemerkungen	Ja	Nein	in Planung
6	Ernährungsberatung/ Diabetesberatung	Lehrküche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Gruppenschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Individualisierte Einzelberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Diabetesschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sozialmedizin	Einzelgespräche mit Sozialmedizinisches Team (Arzt, Sozialarbeiter, Sporttherapeut, Psychologe) inklusive Beratung zu LTA, Nachsorge etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Informationsmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Soziale Beratung in der Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Psychologische Beratung und Intervention	Standardisierte Angebote zur Tabakentwöhnung inklusive CO Messung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Angebote zur Nikotinersatztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Angebote zur Krankheitsverarbeitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Angebote zur Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Angebote zur Verbesserung der Nachhaltigkeit des Gehtrainings mit Erarbeitung von Überwindungsstrategien bei Hindernissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Diagnostik psychischer Belastungen durch Screeningverfahren (z.B.HADS, PHQ) und Erfassung der krankheitsbezogenen Lebensqualität (z.B. VascuQol-6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

Datum, Ort

10

.....

Unterschrift, Stempel

Antrag „Struktur-und Prozessvoraussetzungen“ ÜR Version 1.0