



ÖGGH

Österreichische
Gesellschaft für
Gastroenterologie
und Hepatologie

REHABILITATION

Erstellt von: R. Schöfl, C. Mael, A. Djanani

rainer.schoefl@24speed.at

Datum: 10.1.2022

Arbeitsgruppenleiter: Univ. Prof. Dr. Alexander Moschen (CED)

Assoz. Prof. Dr. Thomas Reiberger (Hepatologie)



ÖGGH

Österreichische
Gesellschaft für
Gastroenterologie
und Hepatologie

die vier Säulen unseres Gesundheitssystems

- Vorbeugung (Primärprophylaxe) und Früherkennung (Screening)
- Akuttherapie, Sekundärprophylaxe und Überwachung (Surveillance)
- Rehabilitation
- Pflege und Palliation

Inhalte

- Phasen einer REHA
- Ziele einer REHA
- fachspezifische PVA-REHA-Zentren in Ö
- Indikationen zur stationären REHA
- Voraussetzungen für stationäre REHA
- Antragstellung zur stationären REHA
- ambulante REHA - Vorschau

Phasen von REHA

- Phase 1: im Akutkrankenhaus (Remobilisation, Kostaufbau, Stomapflege ...)
- Phase 2: Anschlussheilverfahren (ca. 6 Wochen nach Akutereignis)
- Phase 3: Erhalt des REHA-Erfolgs (über Monate und Jahre)
- Phase 4: selbständiges weiteres Training (über Jahre)

Ziele von REHA

- Lebensbewältigung und Selbständigkeit
- Teilhabe am Leben
- Arbeitsfähigkeit
- Immobilität und Pflegebedürftigkeit hinauszögern
- Individualisierung nach dem biopsychosozialen Modell
- Eigenverantwortung
- Nachhaltigkeit

Erkrankungen des Verdauungstraktes

- › [Rehabilitationszentrum Bad Aussee](#)

Onkologische Erkrankungen

- › [Rehabilitationszentrum Bad Schallerbach](#)

Stoffwechselerkrankungen

- › [Rehabilitationszentrum Aflenz](#)
- › [Rehabilitationszentrum Alland](#)
- › [PVA ZAR Graz](#)

Indikationen zu stationärer REHA

Phase 2 (Anschlussheilverfahren) und **Phase 3** (Erhalt des REHA-Erfolgs):

- CED: nach OP oder schwerem Schub; bei Malnutrition und Problem der KH-Bewältigung
- Leber-KH: nach LTX; nach Dekompensation einer Leberzirrhose
- Galle-KH: nach komplizierter OP
- Pankreas-KH: chronische Pankreatitis nach erfolgreicher Schmerztherapie; wenn Malnutrition, Sarkopenie oder DM ein Problem darstellen
- andere benigne GI-KH: Malabsorptionssyndrome ohne parenterale Ernährung, Reizdarm
- Malignome des Verdauungstrakts: nach kurativer Therapie (operativ, adjuvant oder neoadjuvant); im metastasierten Stadium nur in stabiler Phase

REHA bei chronischer Lebererkrankung inkl. LTX

- Aufklärung über biologische Grundlagen der Erkrankung
- Berufsberatung
- Ausdauer- und Krafttraining, Trainingslehre
- Diätschulung (Fettgehalt, Enzym-Bedarf, Eiweißbedarf, Gesamtkalorienbedarf ...)
- Psychologie und Suchtverhalten
- Ergotherapie und Kreativtherapie
- Messung Körpergewicht, Muskelmasse und Körperfett vorher und nachher
- Sonographie Oberbauch
- Labor: CRP, BB, Leberenzyme, HbA1c, VitD, AFP, fäkale Elastase

REHA bei chronischer Bauchspeicheldrüsenentzündung

Rainer Schöfl, OKL Linz

- Aufklärung über biologische Grundlagen der Erkrankung
- Berufsberatung
- Ausdauer- und Krafttraining, Trainingslehre
- Diätschulung (Fettgehalt, Enzym-Bedarf, Eiweißbedarf, Gesamtkalorienbedarf ...)
- Psychologie und Suchtverhalten
- Ergotherapie und Kreativtherapie
- Messung Körpergewicht, Muskelmasse und Körperfett vorher und nachher
- Sonographie Oberbauch
- Labor: CRP, BB, Leberenzyme, Amylase, Lipase, HbA1c, VitD, CA19-9, fäkale Elastase

REHA bei chronisch entzündlicher Darmerkrankung

- Aufklärung über biologische Grundlagen der Erkrankung
- Berufsberatung
- Ausdauer- und Krafttraining, Trainingslehre
- Diätschulung (Fettgehalt, Eiweißbedarf, Vitaminbedarf, Gesamtkalorienbedarf ...)
- Psychologie und Suchtverhalten
- Ergotherapie und Kreativtherapie
- Messung Körpergewicht, Muskelmasse und Körperfett vorher und nachher
- Sonographie Abdomen inkl. Darm
- Labor: CRP, BB, LFP, NFP, VitD, Calprotectin im Stuhl

REHA bei malignen Erkrankungen des Verdauungstrakts

Angela Djanani, Meduni Innsbruck

- Aufklärung über die biologischen Grundlagen der Erkrankung
- Berufsberatung, Ergotherapie und Kreativtherapie
- Ausdauer- und Krafttraining, Trainingslehre
- Ernährungsberatung (Gesamtkalorien-, Eiweiß-, Fett- und Enzymbedarf, Vitaminsupplemente), BIA-Messung am Beginn und am Ende
- Psychologie und Suchtverhalten
- Sonographie Oberbauch (diagnostisch, bei Aszites auch therapeutisch)
- Labor: CRP, BB, LFP, NFP, HbA1c, VitD, Folsäure, VitB12, fäkale Elastase
- PNP – Abklärung und Therapieeinleitung

Voraussetzungen für stationäre REHA

- infektfrei
- heimfähig (selbstversorgend, da keine Bettenstation vorhanden)
- lfd. Medikamente sind selbst mitzubringen
- kooperativ und motiviert

- Information PVA:
<https://www.pv.at/cdscontent/?portal=pvportal&contentid=10007.707578>
- RZ Bad Aussee:
<https://www.pv.at/cdscontent/?contentid=10007.707634&portal=pvportal>
- RZ Bad Schallerbach:
<https://www.pv.at/cdscontent/?contentid=10007.707637&portal=pvportal>

Antragstellung

- Antragformular zum Download:
<https://www.pv.at/cdscontent/load?contentid=10008.621678&version=1608296950>
- wohin schicken: Landesstelle der PVA bzw. andere Träger (BVAEB, KFA ...)
- Wartezeit Phase 2 bis 4 Monate, Phase 3 bis 8 Monate
- Benachrichtigung telefonisch oder innerhalb 14 Tage nach Bewilligung schriftlich
- Dauer 3 Wochen
- Kostenübernahme sichergestellt, Selbstbehalt einkommensabhängig
- Jugendliche ab 14 mit Zustimmung der Erziehungsberechtigten
Es ist somit möglich in den Eigenen Einrichtungen mündige Minderjährige zu betreuen, der Behandlungsvertrag ist jedoch mit einem Elternteil (als gesetzliche*r Vertreter*in) zu schließen. In die einzelnen Behandlungen kann der*die mündige Minderjährige grundsätzlich selbst einwilligen, außer der*die behandelnde Arzt*Ärztin hegt Zweifel an seiner*ihrer Einsichts- und Urteilsfähigkeit.

Es ist somit möglich in den eigenen Einrichtungen mündige Minderjährige zu betreuen, der Behandlungsvertrag ist jedoch mit einem Elternteil (als gesetzliche*r Vertreter*in) zu schließen. In die einzelnen Behandlungen kann der*die mündige Minderjährige grundsätzlich selbst einwilligen, außer der*die behandelnde Arzt*Ärztin hegt Zweifel an seiner*ihrer Einsichts- und Urteilsfähigkeit.



Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

Raum für Postleitzahl und Ort

Von dem/der Versicherten (Antragsteller/in) in allen Teilen auszufüllen

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Zuständiger Sozialversicherungsträger: _____

Familienname:	Vorname:	Versicherungsnummer:
Patient(in)		
LEBNE Tag Monat Jahr		
Anschrift		
Versicherte(r)		
(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörig(e) ist)		
LEBNE Tag Monat Jahr		
Versicherte(r) beschäftigt bei (Dienstgeber(in), Dienstort, Tel.-Nr.)		

Angaben des (der) Versicherten:

Personenstand: _____ Telefon Nr.: _____

Anschrift: _____

Beziehen Sie Leistungen **nein** **ja**

a) aus der Pensionsversicherung Pensionsversicherungsträger _____

b) aus der Arbeitslosenversicherung Geschäftsstelle des AMS _____

c) aus der Unfallversicherung Anstalt _____

d) vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen

e) von einem Sozialhilfeträger

f) aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis (Ruhebezug etc.)

Haben Sie einen Pensions- (Renten-)antrag gestellt

Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert

Beziehen Sie Pflegegeld Welche Stufe _____

Zusatzangaben Nur auszufüllen, wenn der Antrag für eine(n) Angehörige(n) gestellt wird:

Verwandtschaftsverhältnis _____ zuletzt beschäftigt bis _____

Beziehen Sie eine Pension **nein** **ja** Von welcher Anstalt _____

Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert **nein** **ja** Bei welcher Anstalt _____

Sind Sie pensions- oder unfallversichert **nein** **ja** Bei welcher Anstalt _____

Beziehen Sie Pflegegeld **nein** **ja** Von welcher Stelle _____ Welche Stufe _____

Haben Sie in den letzten fünf Jahren Rehabilitations-, Kur-, Land-, Erholungsaufenthalte mit Kostenbeteiligung eines Versicherungsträgers konsumiert?

nein **ja** Wann _____ Wo _____

Wann _____ Wo _____ Datum, Unterschrift des/der Versicherten (Antragsteller/Antragstellerin)

Anmerkungen des Versicherungsträgers

Entscheidung bzw. Zuschüsse in den letzten 5 Kalenderjahren vor der Antragstellung

Jahr	vom – bis	Kur- oder Aufenthaltsort (Anstalt)

Datum und Name des/der Bearbeiters/Bearbeiterin

Datum, Unterschrift des/der Vertrauensarztes/-ärztin

DVSV – KUR1 – VRS 10

Ärztliche Stellungnahme

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

für _____ Familienname _____ Vorname _____ Geburtsjahr _____ männlich weiblich

Aktuelle Vorgeschichte – soweit antragsrelevant (Beginn, Arbeitsunfall, Berufserkrankung, Privatunfall, Vorbehandlung sowie Spitalsaufenthalte und Operationen mit **Datumsangabe**)

Antragsrelevante Diagnose

Befunde (allenfalls als Beilage angeschlossen) Größe _____ Gewicht _____ RR _____

a) maßgebliche Befunde und Funktionseinrichtungen für das vorzuschlagende Verfahren

b) andere wichtige Hinweise (zur Kurfähigkeit bzw. Heimfähigkeit)

Vorgeschlagen wird **für** **in**

<input type="checkbox"/> Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kurheilverfahren	<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislauf	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erholung	<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Stützapparat	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Genesung	<input type="checkbox"/> Neurol. Formenkreis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Landaufenthalt	<input type="checkbox"/> Rheumat. Formenkreis	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/>

Hinweis: Der vorgeschlagene Ort wird nach Möglichkeit berücksichtigt; medizinische Notwendigkeiten sind jedoch vorrangig.

Begründung für die vorgeschlagene Maßnahme (Berufsbild, medizinische, berufliche oder soziale Zielsetzung)

Patient(in)

ist heimfähig **nein** **ja** ist kurfähig **nein** **ja** benötigt Diät **nein** **ja** Art _____

ist gehfähig **nein** **ja** mit Hilfsmittel **nein** **ja** Rollstuhl **nein** **ja**

benötigt Begleitperson **nein** **ja** für die Anreise für den Aufenthalt

benötigt fremde Hilfe (waschen, anziehen usw.) **nein** **ja**

benötigt Transport **nein** **ja**

Rettenwagen mit Sanitäter (liegend oder mit Tragsessel)

Ambulanzwagen (ohne Sanitäter)

Sonstiges (priv. PKW, Taxi) _____

Datum, Unterschrift und Stempel des/der Arztes/Ärztin bzw. der Krankenanstalt

Erlidigung des Versicherungsträgers

	ja	nein	Begründung	bewilligt	abgelehnt	Aufenthaltsort
Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kurheilverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erholung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genesung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges (z.B. Abtretung, Begutachtung, Zurückweisung etc.):
Landaufenthalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kurkostenzuschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum, Unterschrift des/der Vertrauensarztes/-ärztin

Datum, Unterschrift des/der leitenden Arztes/Ärztin

Erlidigungsvermerke:

DVSV – KUR1 – R8.10

ambulante REHA Verdauungskrankheiten

- im Aufbau
- Stellen werden von der PVA gemeinsam mit Stoffwechsel-REHA vergeben
- Umfang: offen
- Jahresplan: erst nach Umfang festzulegen
- Wochenplan: folgt
- Inhalte: Ausdauer- und Krafttraining; Diätberatung, psychologische Beratung, physiotherapeutische Beratung; Ergo- und Kreativtherapie; Erklärung der medizinischen Zusammenhänge; Sozialberatung