



Inselsberg-Klinik
Michael Wicker GmbH & Co OHG
Fischbacher Str. 36
99891 Tabarz

Telefon 036259 53-0
Fax 036259 53-213
E-Mail info@inselsberg-klinik.de

Therapiekonzept „Lymphologische Rehabilitation nichtonkologischer Patientinnen und Patienten“

Inhalt

1. Präambel
2. Allgemeines Behandlungskonzept
3. Kooperation
4. Medizinisches Behandlungskonzept
 - 4.1 Indikation zur stationären Lymphtherapie
 - 4.2 Kontraindikationen
 - 4.3 Abbruchkriterien
 - 4.4 Stadieneinteilung
 - 4.5 Schweregrade
5. Diagnostik
6. Behandlungskonzepte
7. Behandlungsverfahren

Verantwortlich:

Dr. med. A. Richter
FA für Innere Medizin
Hämatookologie

OÄ S. Teichmann
FÄ für Innere Medizin
Lymphologie

1. Präambel

Erkrankungen des Lymphsystems sind relativ selten, sie können verschiedenste Ursachen haben und sind daher kaum als in sich geschlossenes Krankheitsbild im öffentlichen Interesse ersichtlich. Andererseits resultieren aus Störungen des Lymphabflusses und der Bildung entsprechender Schwellungszustände schwere Beeinträchtigungen der Lebensqualität, des Körperbildes und vor allem auch der Teilhabe am sozialen und beruflichen Umfeld.

Aus diesem Grunde erscheint ein hohes rehabilitatives Potential gegeben, welches in seiner Komplexität im ambulanten Bereich nicht umfassend bedient werden kann. In verschiedenen Phasen der Erkrankung sind stationäre Maßnahmen einschließlich der im folgenden Konzept genannten Rehabilitationsinhalte sinnvoll zu integrieren.

2. Allgemeines Behandlungskonzept

Auf die speziellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten mit den aus einer Lymphkrankeung resultierenden, teils schweren Beeinträchtigungen der Teilhabe und der Lebensqualität wird individuell eingegangen. Dabei ist die stationäre Rehabilitation in die Kontinuität der ambulanten und stationären Vor- bzw. Nachbehandlungen eingebettet.

Neben der vordergründigen Reduktion des Lymphödems stehen so eine individuelle Hilfsmittelversorgung, ein angepasstes edukatives Programm, die Mitbehandlung von Begleit- und Folgekrankheiten, Wundbehandlung aber auch sozialmedizinische und psychologische Aspekte auf der Agenda. Synergieeffekte im Rahmen der bereits etablierten Betreuung von Krebspatientinnen und -patienten können und sollen hier genutzt werden.

Therapieinhalte:

- Stationäre Aufnahme für einen vereinbarten Zeitraum (von mindestens 21 Tagen)
- Befunderhebung, Dokumentation, Verlaufskontrolle
- Erstellung eines individuellen Behandlungsplanes
- Intensive physikalische Entstauung (manuell und apparativ, ggf. Bandagierung)
- Behandlung ödembedingter oder nicht heilender Wunden
- Behandlung von relevanten Begleiterkrankungen (Adipositas, Diabetes)
- Gewichtsreduktion durch Ernährungsberatung/Schulung und angepasstes Training
- Strukturierte Schulung zur Ödembildung, zur Therapie und auch möglichen Prophylaxe
- Psychologische Einzel- und Gruppentherapie zur Unterstützung der Bewältigung
- Vermittlung von Entspannungsverfahren
- Gesundheitsbildung, Hilfe zur Selbsthilfe
- Sozial- und Berufsberatung in Bezug auf die individuelle Situation
- Überleitung an Nachbetreuer einschließlich Hilfsmittelversorgung

3. Kooperation

Wesentliches Element einer erfolgreichen stationären Rehabilitation ist die Einbindung in die bisherige und weitere ambulante und ggf. stationäre Betreuung der Patientinnen und Patienten.

In diesem Sinne sehen wir die lymphologische Rehabilitation als Etappe in einer langjährigen Krankheits- und Behandlungssituation mit erforderlicher intensiver Zusammenarbeit mit den

Kostenträgern, ambulanten Physiotherapien, niedergelassenen Ärzten, Sozialdiensten, Sanitätshäusern, Pflegediensten, Selbsthilfegruppen sowie auch lymphologischen Weiterbildungseinrichtungen. Die geübte bisherige Kooperation im lokalen und auch überregionalen Umfeld soll dabei kontinuierlich ausgebaut werden.

4. Medizinisches Behandlungskonzept

4.1 Indikationen zur stationären Lymphtherapie

Verschiedene Formen des Lymphödems bzw. einer Ödembildung in Kombination mit Lymphabflussproblemen werden klassifiziert, die eine intensive und stationäre Behandlung begründen können:

Primäres Lymphödem – entsteht durch Störungen in der Entwicklung von Lymphgefäßen bzw. Lymphknoten bereits im pränatalen Stadium

Sekundäres Lymphödem – entsteht als erworbene Störung des Lymphabtransports durch Schäden an den Lymphgefäßen und/oder den Lymphknoten, neben direkten Folgen eines Krebswachstums mit Verschluss von Lymphwegen u. a. durch diagnostische oder therapeutische medizinische Maßnahmen (beispielsweise postoperatives Lymphödem, postradiogenes Lymphödem), aber auch als posttraumatisches Lymphödem, häufig als postentzündliches Lymphödem, selten artifiziell

Mischformen des Ödems als

Phleb-Lymphödem (gestörter Lymphabfluss auf der Basis einer Venenschwäche, oft mit Ulzerationen vergesellschaftet)

Lipödem (durch Vermehrung des Unterhautfettgewebes bedingte Abflussstörung der Extremitäten, bevorzugt an den Beinen durch gleichzeitige orthostatische Ödembildung)

Lip-Lymphödem (sekundär gestörter Lymphabfluss bei o. g. Lipödem durch Gewebekompression)

Adipositas-Lymphödem („Abschnürung“ des Lymphabflusses bspw. durch eine Fettschürze bei ausgeprägtem Übergewicht)

Indikationen mit Angabe der ICD-10-GM 2013

Angeborene Gefäßerkrankungen (des Lymphsystems)

I 89.8 Sonst. n. bez. nichtinfektiöses Lymphödem

I 89.9 Nichtinfektiöse Krankheit der Lymphgefäße und Lymphknoten, n. n. bez.

Q 28.88 Sonstige näher bez. angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems

Lymphödem nach Operation/Trauma (mit Angabe der zugrundeliegenden Erkrankung/Schädigung/Traumatisierung)

I 89.0 Lymphödem a. n. k.

T 88.8 Sonstige n. bez. Komplikation nach chirurgischem Eingriff

Gemischte Ödeme (Lipolymphödem, venöse Insuffizienz)

R 60.0 Umschriebenes Ödem

R 60.1 Generalisiertes Ödem

R 60.9 Ödem, n. n. bez.

I 83. - Varizen der (unteren) Extremitäten

I 87.2 Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)
 E 65 Lokalisierte Adipositas
 E 66.0 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr
 E 66.1 Arzneimittelbedingte Adipositas
 E 66.8 bzw. E 66.9 Sonstige Adipositas/n.n.bez. (unterschiedlicher Ursache); Graduierung nach BMI in der 5. Stelle
 E 87.7 Flüssigkeitsüberschuss durch Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes
 E 88.1 Lipodystrophie, a. n. k.
 E 88.2 Lipomatose, a. n. k.

Begleiterkrankungen mit Bezug zur Ödemkrankheit

| | |
|-----------------------------|---|
| Psychische Erkrankungen | F 32. - depressive Episode F 33. - rezidivierende depressive Störung F 43. - Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen |
| Orthopädische Erkrankungen | M 15. - Polyarthrosen M 16. - Coxarthrosen M 17. - Gonarthrosen M 40. - bis M 54. - KH der Wirbelsäule und des Rückens |
| Internistische Erkrankungen | E 10. - bis E 14. - Diabetes mellitus (alle Formen) E 03. - Sonstige Hypothyreose Ggf. weitere endokrine Störungen E 78. - Störungen des Lipidstoffwechsels E 79. - Störungen des Purinstoffwechsels I 10. - Hypertonie (Hochdruckkrankheit), alle Formen I 50. - Herzinsuffizienz, verschiedene Formen |

4.2 Kontraindikationen zur stationären Lymphödemtherapie

An die Durchführung einer (stationären) Rehabilitation sind grundlegende Anforderungen gestellt, die auch im Falle der Ödemtherapie vorausgesetzt werden müssen: Rehabilitationsbedarf, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsprognose und -motivation.

Daraus ergeben sich auch eventuelle Kontraindikationen für eine stationäre Reha:

Aktuell erforderliche (Akut-) Therapie wie OP, Bestrahlung, medikamentöse Einstellung von Begleiterkrankungen/Tumortherapie;

Chronische Pflegebedürftigkeit oder anderweitige Einschränkungen, die die aktive Teilnahme an Therapiemaßnahmen verhindern oder die Unmöglichkeit Körperpflege und Ernährung weitestgehend selbständig zu bewältigen.

4.3 Abbruchkriterien der stationären Lymphödemtherapie

Interkurrente Erkrankungen mit stationärem Therapiebedarf (sowohl im Zusammenhang mit der, aber auch unabhängig von der Ödemkrankheit), fehlende patientenseitige Motivation und Mitarbeit im Rehabilitationsverlauf.

4.4 Stadieneinteilung des Lymphödems

Ausgehend von einem noch nicht manifesten Schwellungszustand bei bereits gestörtem Lymphabtransport/Ödemgefährdung (Latenzstadium) werden unterschieden

Stadium I: spontan bzw. durch Therapie reversibles Lymphödem ohne Gewebsveränderungen der Haut oder eine sog. Eiweissfibrose

Stadium II: manifestes Lymphödem mit Eiweissfibrose des Unterhautgewebes und beginnenden Veränderungen des Hautbildes

Stadium III: manifestes Lymphödem mit ausgeprägter subcutaner Eiweissfibrose und schweren Hautveränderungen/trophischen Störungen der Hautanhangsgebilde, zusätzlichen Ekzembildungen und Ulcerationen

4.5 Schweregrade des Lymphödems

Bei einem einseitigen Lymphödem kann der Schweregrad leicht durch eine vergleichende Umfangsmessung bestimmt werden, bei beidseitigem Befall muss das vermehrte Volumen durch Schätzung im Vergleich mit einer „gedachten“ Normalextrimität beurteilt werden.

Man unterscheidet ein geringes Ödem (bis 25 % Umfangsplus im Seitenvergleich), ein mäßiges Ödem (bis 50 %), ein starkes Ödem (bis 100 %), ein massives Ödem (bis 200 %) sowie ein gigantisches Ödem bei einem Umfangsplus von über 200 %.

5. Diagnostik in der Rehabilitation

Basis der Diagnostik ist auch in der Lymphologie eine exakte und umfassende Anamnese, die allgemeine internistische Untersuchung sowie ein orientierendes Laborprogramm. Die spezielle lymphologische Diagnostik zur Einordnung verschiedenster Schwellungszustände ist nicht vordergründig Aufgabe einer Rehabilitation (z.B. Lymphszintigrafie, Lymphografie, Gefäßdiagnostik usw.), hier stehen die Erfassung der aktuellen Krankheitsausprägung und Verlaufskontrollen im Vordergrund.

Als diagnostische Methoden können Umfangsmessungen, Volumenmessungen (manuell bzw. technisch unterstützt) sowie Messungen über das Körpergewicht eingesetzt werden. Bewährt hat sich die gut handhabbare 4-cm-Scheibenmethode nach Kuhnke sowohl im Arm- als auch Beinbereich, für die alleinige Messung der Hände und Füße lässt sich leicht eine absolute Volumenmessung über die Verdrängung im Wasserbad umsetzen.

Zur Objektivierung und Dokumentation der Befunde im Verlauf werden Konsistenz und Dellbarkeit des Ödems (einschl. sonografische Hautdickenmessung), die subjektive Beschwerdesymptomatik sowie weitere Ödemcharakteristika/Hautveränderungen in Ödemkurven/zusätzlich per Fotodokumentation festgehalten.

Die mit der Befunderhebung, der Behandlung und der Objektivierung von Therapieergebnissen verbundene Forderung nach entsprechender Qualitätssicherung ist einerseits im § 70 Abs. 1 SGB V vorgegeben, andererseits im Bereich der Lymphologie bislang nur unzureichend gegeben: Angefangen von der lymphologischen Terminologie, über nicht vorhandene Leitlinien in Diagnostik und Therapie verschiedenster Ödemformen bis hin zur ungeschützten Bezeichnung „Lymphologe“ fehlen vergleichbare Vorgaben weitestgehend.

Lediglich für die Weiterbildung zum Lymphtherapeuten und zum Fachlehrer für manuelle Lymphdrainage sind einschlägig.

Für die lymphologische Rehabilitation heißt das, neben der personellen und sachlichen Ausstattung angelehnt an die „Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation“ insbesondere über eine exakte Behandlungsdokumentation die Effektivität und Effizienz einer solchen Therapie zu belegen.

6. Behandlungskonzepte für die Hauptindikationen

6.1 Primäres Lymphödem

Beim primären Lymphödem handelt es sich um eine angeborene bzw. sich idiopathisch entwickelnde Störung des Lymphabtransportes aus dem Gewebe, vordergründig der unteren Extremitäten, aber auch anderer Körperbereiche.

Die Behandlung soll in erster Linie ein Voranschreiten der Schwellungszustände verhindern, Komplikationen vermeiden, Beweglichkeit erhalten sowie die aus der Erkrankung resultierenden seelischen und sozialen Belastungen reduzieren.

Darauf aufbauend beinhaltet die rehabilitative Behandlung in erster Linie eine komplexe physikalische Entstauungstherapie, ggf. mit apparativer Unterstützung, die entsprechende Bandagierung und Strumpfversorgung. Bewegungstherapeutische Bemühungen dienen dem Erhalt einer entsprechenden Alltags- und ggf. beruflichen Belastbarkeit. Die aus der Erkrankung selbst resultierenden seelischen und sozialen Belastungen bedürfen der individuell festgelegten Therapie und Beratung zur Festigung entsprechender Coping-Strategien. Bedarfsweise müssen Begleiterkrankungen mitbetreut werden, insbesondere um inadäquate Gewichtszuwächse und voranschreitende Einschränkungen im Bewegungsausmaß zu verhindern. Im Rahmen edukativer Bemühungen soll der Wissensstand der Betroffenen zur Erkrankung, zu möglicher eigenständiger Beeinflussbarkeit und zum Umgang mit Einschränkungen verbessert werden.

6.2 Sekundäres Lymphödem

Das sekundäre Lymphödem entsteht als Folge verschiedener schädigender Einflüsse (OP, Strahlentherapie, Traumata, Entzündungen) auf die Lymphabflusswege und hier auch der Lymphknoten, es erfordert daher neben der Behandlung des Ödems selbst oft die therapeutische Einbeziehung des schädigenden Grundleidens in das Behandlungskonzept. Hieraus resultiert eine gegenüber dem primären Lymphödem veränderte Vorgehensweise bei der Berücksichtigung von psychisch-mentalenen sowie sozialen Einschränkungen und Folgestörungen bspw. einer Malignomkrankung oder einer Traumatisierung.

Neben der vordergründigen Entstauungstherapie müssen sich weitere lokale Störungen (Narbenzug, Muskelverlust, nicht heilende Wunden) im Therapieprogramm widerspiegeln.

Der Bewältigungsansatz aus psychologischer Sicht kann bei einem Lymphödem nach „geheilter“ Krebserkrankung ein ganz anderer sein, als bei einem primären Lymphödem oder einem posttraumatischen Ödem, was im individuellen Therapiekonzept abzustimmen ist.

Edukation, Salutogenese und Anleitung zur Selbstverantwortung werden integriert.

6.3 Mischformen des Ödems

Mischformen des Ödems beinhalten überwiegend eine venöse Stauungskomponente und/oder eine alimentär oder anderweitig begründete Fettgewebsvermehrung. Dementsprechend liegen die Schwerpunkte der Behandlung auf vielfältigen (internistischen) Begleiterkrankungen und auf einem individuell beeinflussbaren Lifestyle-Ansatz, somit auf der Therapie der Nicht-Lymph-Komponente parallel zur komplexen physikalischen Entstauung. Bewegung in allen möglichen Formen, Ernährungsberatung und -umstellung, Gewichtsreduktion, Edukation zu Entstehung und Beeinflussbarkeit der Störungen rücken in den Vordergrund.

Exemplarisch sind Standardtherapiepläne als Muster eines entsprechenden Rehabilitationsablaufes beigefügt, die als Orientierung dienen können und selbstverständlich der individuellen Anpassung an die einzelne Patientin/den einzelnen Patienten bedürfen. Die Ausgestaltung der einzelnen Behandlungsangebote (Dauer, Häufigkeit, Qualifikation der Durchführenden u. ä.) sind in einer Legende beigefügt und basieren auf den „Rahmenempfehlungen zur kardiologischen Rehabilitation“ 2005 sowie den Vorgaben der DRV Bund (Klassifikation therapeutischer Leistungen, 2007), auf deren Grundlage die bisherigen Visitationen in der Klinik die sachlich und fachlich umfassende Behandlung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bestätigen konnten.

7 Behandlungsverfahren

7.1 Komplexe physikalische Entstauungstherapie

Neben einer 2 x täglichen, zeitlich von der Ausprägung des Ödems abhängigen manuellen Lymphdrainage (20-60 min) erfolgen bandagierende Kompressionsbehandlungen sowie entstauungsfördernde Bewegungstherapie und Gymnastikformen.

Eine Kombination mit einer apparategestützten Kompressionstherapie ist möglich.

Im Verlauf werden der Schweregrad und weitere klinische Parameter dokumentiert, um den Behandlungseffekt einschätzen zu können.

7.2 Behandlung des Übergewichts

Jede Form des Übergewichts begünstigt das Entstehen von Ödemerkrankungen und deren Ausprägung bis hin zum o. g. Adipositas-Lymphödem. Deshalb spielt die langfristige Gewichtsreduktion eine zentrale Rolle in der Ödemtherapie, sie ist Bestandteil des Therapiekonzepts und beinhaltet Aspekte der Ernährung (Kostapplikation, Ernährungsberatung, Lehrküche), Aspekte der Aufklärung (psychologische Begleitung und Unterstützung) sowie Aspekte der körperlichen Ertüchtigung (Gerätetraining, ausdauerorientierte Belastung zur Gewichtsreduktion einschließlich Kreislaufmonitoring). Hier kommen Einzelberatungen (30 min) sowie Gruppensettings über 45 – 60 min zum Einsatz.

7.3 Edukative Unterstützung

Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Ödemformen werden informiert und geschult zu Fragen der Entstehung, des Verlaufs und auch der möglichen Komplikationen ihrer Erkrankung. Verhaltensregeln zum Umgang mit dem Ödem im Alltag, zur Vorbeugung einer weiteren Verschlechterung, zur Bedeutung der konsequenten Kompressionstherapie und zu den individuellen Möglichkeiten der Unterstützung der medizinischen Behandlungen sollen vermittelt werden. Dabei wird auf die verschiedene Genese der behandelten Ödem eingegangen und die Rolle der Bewegung und des aktiven körperlichen Trainings in den Vordergrund gerückt. Schulungen werden dabei in Kleingruppen geplant, Dauer 45 – 60 min, Frequenz mindestens 2x/Reha mit abschließendem Feedback; Durchführende sind Ärzte, Diätberaterinnen, Lymphtherapeutinnen, Physiotherapeuten.

7.4 Unterstützende Angebote

Die vielfältigen physiotherapeutischen Angebote der Inselsberg-Klinik werden aufbauend auf den vorhandenen Erfahrungen in der Therapie Krebskranker ergänzend eingebracht (verschiedene Gymnastikformen, Elektrotherapieverfahren, Ultraschall, Massagen, Taping).

Grundsätzlich orientieren sich die Frequenz und Dauer der einzelnen Therapien an den (Abrechnungs-) Vorgaben der KTL 2007 der DRV Bund einschließlich der dort geforderten Qualifikationen der durchführenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

7.5 Psychologische Betreuung

Die Ödemerkrankung ist als hohe psychische Belastung anzusehen, weshalb Einzelberatungen, Autogenes Training, PMR nach Jacobson sowie Seminare zur Stressbewältigung und zur Schlafhygiene individuell indiziert in das Behandlungsprozedere integriert werden. Die Umsetzung der psychologischen Therapie erfolgt über die ärztliche Ordination und nachfolgende Therapieplanung (EDV-gestützt), es erfolgen wöchentliche Gruppengespräche (45 – 60 min) sowie Einzelgespräche in individueller Frequenz (30 – 45 min), vorgesehen meist 2x/Woche.

7.6 Sozialarbeit, Berufsberatung, Überleitungsmanagement

Die Beratung durch den Sozialdienst umfasst vielfältige Aktivitäten hinsichtlich der Wiedereingliederung betroffener Patientinnen und Patienten in den Arbeits- und Lebensalltag. Aspekte der Anerkennung einer Behinderung, der stufenweisen Wiedereingliederung, von Leistungen zur Teilhabe, der finanziellen Absicherung, aber auch der Arbeitsplatzgestaltung müssen je nach individueller Problemlage thematisiert werden. Bedarfsweise erfolgen Gespräche mit dem Reha-Berater, auch Aspekte der Bewältigung des häuslichen Bereichs können Unterstützung erforderlich machen. Konkret wird der Bedarf an sozialmedizinischer Beratung im Aufnahmegespräch erfasst und über die Terminplanung in den Therapieablauf integriert; Einzelgespräche mindestens 1x/Reha über 30 min, ggf. Wiederholung bedarfsabhängig, zudem erfolgt das Angebot eines Gruppenseminars zu sozialmedizinischen Aspekten chronischer Erkrankungen.

7.7 Hilfsmittelversorgung

Die Ödemtherapie ist als Behandlung einer chronischen und meist progredienten Erkrankung mit dem Ende der stationären Behandlung nicht abgeschlossen, sie bedarf einer strukturierten Überleitung in den ambulanten Bereich einschließlich einer effektiven Hilfsmittelversorgung. Hierzu werden Vereinbarungen mit entsprechenden Sanitätshäusern, aber auch mit ambulanten Pflegediensten und weiterbetreuenden, lymphologisch versierten Ärzten angestrebt und in vertraglicher Form getroffen. Die patientenbezogene Überleitung wird durch das am Beginn der Rehabilitation erfolgte Aufnahmegespräch des Pflegedienstes, eine Überleitungsdokumentation und ggf. Einbeziehung des Sozialdienstes umgesetzt.