

Fünf Jahre Intensiv-Lymphtherapie am Gefäßzentrum Bautzen

W. J. Oettler¹, H. Kuffner², A. Engwicht², U. Keßler²

Zusammenfassung

Extremitätenödeme sind ein häufiger Beratungsanlass. Ihre klare Differenzialdiagnostik ist für eine gezielte effektive Therapie unerlässlich. Insbesondere das Lymphödem der Extremitäten bereitet in der Praxis häufig Unsicherheiten.

Die Therapie von Lymphödemerkrankungen gliedert sich in eine Phase I (Entstauungsphase) und eine Phase II (Erhaltungsphase). In der Erhaltungsphase ist die Therapie mit flachgestrickten Kompressionsstrümpfen nach Maß und eine niedrigfrequente manuelle Lymphdrainage (MLD) flächendeckend relativ gut etabliert. Die Phase I (Entstauungsphase) erfordert eine hohe Frequenz an MLD und eine Kompressionsbandagierung, die unter ambulanten Bedingungen schlecht umsetzbar ist. Daher erfolgt die Durchführung bisher vorwiegend an lymphologisch orientierten Rehabilitationskliniken. Wegen des Genehmigungsvorbehaltes durch Antrag an den Kostenträger resultiert Zeitverzug; durch begrenzte Kapazitäten der Rehabilitationskliniken ist häufig keine zeitnahe Versorgung möglich. Ein Ausweg kann die Durchführung der Phase I an spezialisierten gefäßmedizinisch orientierten Versorgungskrankenhäusern sein („Akut-Lymphologie“). Der Artikel berichtet die Ergebnisse aus fünf Jahren lymphologischer Entstauungsbehandlung am interdisziplinären Gefäßzentrum der Oberlausitz-Kliniken Krankenhaus Bautzen (2014 bis 2019).

Einführung

Beinödeme sind ein häufiger Beratungsanlass in der ambulanten Primärversorgung. Ödeme sind definiert als interstitielle Flüssigkeitseinlagerungen. Ihre Differenzialdiagnostik erfordert viele anamnestiche Angaben und vor allem eine klar strukturierte klinische Untersuchung. Eine nichtinvasive venöse Funktionsdiagnostik (Venverschlussplethysmografie und Lichtreflexrheogramm) ist hilfreich, um eine venöse Insuffizienz und ein Abstromhindernis zu beurteilen; die venöse Duplexsonografie kann eine Varikose und das tiefe Venensystem beschreiben und Raumforderungen mit Behinderung der venösen Drainage der Beine finden.

Während organbezogene Ödeme (kardial, nephrogen und hepatisch) vorrangig kausal behandelt werden können, kann die chronische venöse Insuffizienz zumeist durch Sanierung einer zugrundeliegenden Varikose verbessert werden.

Eine Sonderstellung hat das Lipödem als schmerzhafte symmetrische und knotige Fettgewebsvermehrung mit Betonung der proximalen Extremitäten. Der Name ist irreführend – im Grunde besteht kein Ödem im Sinne der Definition, sondern eine Fettverteilungsstörung. Das Lipödem wurde in den letzten Jahren nur wenig weiter beforscht. Diagnostische und therapeutische Pfade wurden nicht fortentwickelt.

Im klinischen Alltag bestehen beim Lymphödem die meisten diagnostischen und therapeutischen Unsicherheiten. Es muss klar von den Phlebödem bei chronischer venöser Insuffizienz

getrennt werden. Das primäre Lymphödem resultiert aus einer angeborenen Hypoplasie der Lymphwege an einer oder mehreren Extremitäten. Die erstmalige klinische Manifestation kann im 20. bis 45. Lebensjahr beobachtet werden und verläuft ascendierend von peripher nach zentral chronisch progredient. Die sekundäre Form geht auf eine Unterbrechung des Lymphabstromes (zum Beispiel nach Lymphadenektomie nach malignen Tumoren) oder auf entzündliche Obliterationen der Lymphwege (zum Beispiel nach Erysipelen) zurück. Relevante geschlechtsspezifische Unterschiede sind nicht bekannt.

Bei allen Formen des Lymphödems findet die befundadaptierte komplexe physikalische Entstauungsbehandlung (KPE) Anwendung.

Der Begriff bezeichnet die befundadaptierte stufenweise Anwendung der vier Elemente Manuelle Lymphdrainage (MLD), Kompressionstherapie durch mehrlagigen lymphologischen Kompressionsverband oder Kompressionsstrümpfe, rückfettende Hautpflege und spezialisierte entstauende Krankengymnastik. Aus klinisch-praktischen Erwägungen heraus schlugen Földi seit den 1980er Jahren und Herpertz und Schuchardt seit 2004 [1, 2] vor, die Therapie des Lymphödems in zwei grundlegenden Phasen durchzuführen. Ist der klinische Ödembefund stark ausgeprägt, erfolgt zunächst eine Phase I der KPE (Entstauungsphase) mit häufigen MLD pro Woche (idealerweise bis zu zweimal täglich, hohe Wochenfrequenz). Da sich darunter der Ödemgrad schnell reduzieren lässt, verringern sich die Umfänge an der therapierten Extre-

¹ Praxis für Gefäßmedizin, Görlitz

² Oberlausitz-Kliniken gGmbH

mität zügig, so dass die Kompression mit einem mehrlagigen lymphologischen Kompressionsverband durchgeführt werden sollte. Kompressionsstrümpfe eignen sich in dieser Phase nicht, da sie sich der zunehmenden Umfangsreduktion nicht anpassen können.

In der hohen Wochenfrequenz an MLD können zusätzlich Komplikationen des Lymphödems mit behandelt werden. So können zum Beispiel lymphostatische subkutane Fibrosierungen an Narben und im Bereich des distalen Unterschenkels durch spezielle Lockerungstechniken verringert und Papillomatosen entstaut und verringert werden.

Parallel wird eine subtile Hautpflege durchgeführt und die Entstauung durch Bewegungsübungen bei angelegter Kompressionsbandagierung unterstützt. Nachdem mehr als 80 Prozent des Ödems reduziert wurden, kann der Übergang in die Phase II der KPE (Erhaltungsphase) erfolgen. Hier ist das Ziel, das erreichte klinische Therapieergebnis zu halten. Regeltherapie ist daher der Kompressionsstrumpf in maßangefertigter Flachstrickware mit Naht der Kompressionsklasse II oder III. Zeigt sich im Verlauf, dass der Kompressionsstrumpf allein die Ödemneigung nicht anhaltend oder nicht ausreichend zurückhalten kann, wird zusätzlich in niedriger Wochenfrequenz MLD ergänzt (ein- bis dreimal pro Woche, Erhaltungsfrequenz). Zeigt sich wieder eine progrediente Ödemverschlechterung, wird wieder eine Phase I begonnen. Dadurch erfahren die Patienten über die Zeit einen Wechsel der beiden Therapiephasen, wobei erfahrungsgemäß die Phase II immer länger wird und die Phase I seltener.

Ablauf in der klinischen Routine

Die Versorgung der Patienten in der Phase II der KPE ist unter den Rahmenbedingungen der deutschen Gesund-



Abb. 1: Phleb-Lymphödem mit Stauungsdermatitis

heitsgesetzgebung mit MLD (über den Heilmittelkatalog) und die Verordnung mit Kompressionsstrümpfen in Flachstrickqualität (geschulte Sanitätshäuser, Hilfsmittelversorgung) gut möglich und wird durch Hausärzte und gefäßmedizinisch orientierte Fachärzte flächendeckend wahrgenommen.

Die Durchführung einer ausreichend intensivierten Phase I der KPE gelingt hingegen ambulant nicht regelhaft [3,

eigene Erhebungen]. Seit den 1980er Jahren erfolgt diese Phase fast ausschließlich an lymphologisch spezialisierten Rehabilitationskliniken. Der Zugang erfolgt über Antrag an den zuständigen Kostenträger (Rentenversicherer oder die Krankenkasse) und setzt die Darstellung eines benennbaren Rehabilitationspotenzials voraus. Die zur Verfügung stehende Bettenkapazität der Rehabilitationskliniken, der Zeitverzug durch den Genehmigungsvorbehalt und die in der Regel zeitlich befristet ausgesprochene Kostenzusage führen oftmals nicht zu einem zeitgerechten Beginn der Entstauungstherapie.

Diese Versorgungslücke können spezialisierte gefäßmedizinisch orientierte Krankenhäuser schließen („Akut-Lymphologie“). Der erzielbare Erlös aus der DRG-Abrechnung setzt allerdings eine geeignete Kostenstruktur des Krankenhauses voraus, so dass sich nur wenige Versorgungskrankenhäuser mit Regelversorgungs- oder Schwerpunktversorgungsstatus und der Vorhaltung eines interdisziplinären Gefäßzentrums dieser Problematik stellen.

Der Artikel berichtet die Ergebnisse aus fünf Jahren Intensive Lymphologische



Abb. 2: Umfangsmessung und Volumenbestimmung von Extremitäten mit einem Maßbrett

Entstauungsbehandlung (2014 bis 2019) am interdisziplinären Gefäßzentrum der Oberlausitz-Kliniken Krankenhaus Bautzen.

Therapiekonzept

Das interdisziplinäre Gefäßzentrum der Oberlausitz-Kliniken besteht seit 2006, arbeitet satzungsbasiert und ist nach den drei gefäßmedizinischen Fachgesellschaften schon mehrfach und aktuell gültig zertifiziert worden (DGA, DGG und DRG). Die Gefäßstation ist der Klinik für Chirurgie zugeordnet und umfasst 32 Betten, die gemeinsam angiologisch und gefäßchirurgisch betreut werden.

Alle Patienten werden zuvor in ambulanten gefäßmedizinischen Facharztpraxen im Einzugsbereich beurteilt, die lymphologisch erfahren sind. Aufnahmekriterien für eine Phase I sind eine objektivierbare Ödemprogredienz oder Komplikationen der Ödemerkrankung, wie zum Beispiel lymphostatische subkutane Fibrosierungen, beginnende Papillomatose, Lymphorrhoe oder Stauungsdermatitis (Abb. 1). Eine phlebologische Funktionsdiagnostik und eine Duplexsonografie sollte zum Aufnahmezeitpunkt vorliegen. Patienten mit reinem Lipödem wurden nicht stationär aufgenommen.

Die MLD erfolgte nach Vodder-Asdonk zweimal täglich als Ganzbehandlung über 60 Minuten. Je nach Krankheitsbild werden bevorzugt die oberen oder die unteren Extremitäten betont behandelt; auch unter Nutzung von Fibroselockerungsgriffen.

Anschließend erfolgte ein mehrlagiger lymphologischer Kompressionsverband. Um eine exzentrische Kompression zu vermeiden, erfolgen Polsterungen mit verschiedenen Schaumstoffmaterialien. Außerdem wurde zweimal täglich über 30 bis 45 Minuten eine apparative

intermittierende Kompression durchgeführt. Am Ende des stationären Aufenthaltes erfolgte die Verordnung und Abgabe von entsprechender flachgestrickter Kompressionsware der Kompressionsklasse II oder III durch ein geschultes Sanitätshaus. Die Passgenauigkeit der Kompressionsstrümpfe wurde ärztlich kontrolliert.

Die Patienten werden in der lymphentlastenden Bewegungstherapie unterwiesen. Aufgrund der Dauer der Therapien pro Tag (drei bis vier Stunden je Patient) wurden der Gefäßstation eigene Physiotherapeutinnen zugewiesen.

Am Beginn und am Ende der etwa zehntägigen stationären Therapie erfolgen Umfangsmessungen beider Beine beziehungsweise beider Arme im Abstand von vier Zentimetern (Abb. 2). Dazu wird die Extremität auf einem standardisierten Messbrett gelagert. Neben den Umfangsmaßen ist dadurch auch die Berechnung der Volumenreduktion nach der Kegelstumpfmethode nach Kuhnke [4] möglich.

Insgesamt folgt das Behandlungskonzept damit im Wesentlichen dem der meisten spezialisierten Rehabilitationskliniken. Eine Patientenschulung zum Krankheitsbild und Verhalten im Alltag ist unter Bedingungen eines Versorgungskrankenhauses allerdings nur eingeschränkt möglich.

Die vorbestehende häusliche Medikation wird beibehalten beziehungsweise unter internistischen Gesichtspunkten optimiert. Eine nichtinvasive gefäßmedizinische Funktionsdiagnostik und Laborwerte werden bei Bedarf ergänzt.

Ergebnisse

Die Fallzahlplanung ging 2014 davon aus, dass unter derzeitigen Versorgungsbedingungen circa zehn bis zwölf Prozent aller Lymphödempatienten im

Jahr einer Phase I bedürfen. Bezogen auf die Einwohnerzahl im Einzugsbereich des Oberlausitz-Klinikums Bautzen und einer angenommenen Häufigkeit von Lymphödem von 1,5 Promille war damit pro Jahr mit 100 bis maximal 130 Patienten zu rechnen. Die Behandlungsfallzahl blieb aber mit 22 bis 46 Patienten/Jahr (im Mittel 32 Patienten/Jahr) deutlich hinter den Erwartungen zurück.

Aufgenommen wurden 113 Patienten mit primären Lymphödem und 45 Patienten mit sekundären Lymphödem als Hauptdiagnose (HD). Damit ist auch das Verhältnis der Behandlungsfallzahl primär zu sekundär umgekehrt als in der Normalbevölkerung. In zwei Fällen wurden Genitallymphödem des Mannes behandelt. Die mittlere Verweildauer betrug 9,4 Tage (3 bis 16 Tage). Die Abrechnung erfolgte über die G-DRG nach J61C/J61B und F65B.

Die mittlere Volumenabnahme (bestimmt über die Kegelstumpfmethode) betrug 985 ml/Bein und 644 ml/Arm. Zwischen primären und sekundären Lymphödem bestanden keine Unterschiede in den klinischen und messbaren Behandlungsergebnissen. Ein Perometer zur Volumenmessung ist nicht verfügbar.

Hydropische Dekompensationen wurden, auch bei Patienten mit kompensierter Herzinsuffizienz, nicht beobachtet. In einem Fall trat am zweiten Therapietag ein heftiges Erysipel am Unterschenkel ein, an dem aber auch schon ein Ulcus cruris venosum vorbestanden hatte.

18 Patienten (elf Prozent) wurden im betrachteten Zeitraum zwei- bis viermal zu intensivlymphologischen Behandlungen aufgenommen. Davon hatten sieben Patienten ein sekundäres Lymphödem nach früheren Karzinom-erkrankungen.

Schwierigkeiten in der Genehmigung der flachgestrickten Kompressionsware durch die Krankenkassen wurden nicht registriert.

Diskussion

Die stationäre intensivierete lymphologische Entstauungstherapie an einem Versorgungskrankenhaus mit interdisziplinärem Gefäßzentrum kann eine Versorgungsoption sein, die Phase I der KPE effektiv durchzuführen. Der Therapieablauf gleicht dem der etablierten Therapie an Rehakliniken. Das Gesamtergebnis der Ödemreduktion ist aber naturgemäß geringer, da dem Krankenhaus DRG-bedingt nur maximal zehn Tage zur Verfügung stehen statt drei Wochen Therapiezeit in der Rehabilitation. Unsere Ergebnisse führen aber zumindest zu einem klinischen Befund, der eine neue Kompressionsstrumpfversorgung gestattet und die Gefahr lymphostatischer Komplikationen vermindert. In der anschließenden ambulanten Versorgung kann die Erhaltungsphase (Phase II) angeschlossen werden.

Die Anzahl der Behandlungsepisoden pro Jahr war deutlich geringer als zuvor aus der klinischen Erfahrung heraus angenommen worden war. Einerseits wurde annehmbar der Anteil klinisch dekompensierter Lymphödeme pro Jahr überschätzt. Andererseits wurde vor Einweisung auf die Gefäßstation gefordert, dass der Patient durch einen lymphologisch erfahrenen Arzt gesehen worden war, der die Indikation zur sta-

tionären Durchführung der Phase I der KPE gestellt haben musste. Einweisungen durch andere Haus- oder Fachärzte war bisher nicht vorgesehen worden.

Interessant und vorher nicht absehbar war die Erkenntnis, dass circa drei bis fünf Prozent der (vorbehandelten) Lymphödempatienten wiederholt einer intensiven Entstauung bedürfen. Elf Prozent der Patienten bedurften mehrfacher Therapiephasen in einem Fünf-Jahreszeitraum. Auch bei Patienten mit Komorbiditäten sind Komplikationen in der intensivierten Ödemtherapie selten. Aus letztlich klinischen Erwägungen heraus gilt die kompensierte Herzinsuffizienz zumindest als relative Kontraindikation. Hydropische Dekompensationen oder hypertensive Entgleisungen haben wir bei entsprechenden Patienten aber nicht beobachtet. Bisher existieren dazu in der Literatur nur kleine Fallserien und Fallberichte, die aber ebenfalls keine Komplikationen berichten [5, 6]. Perspektivisch werden dazu sicherlich neue Erkenntnisse und eine Überarbeitung der Kontraindikationen zu erwarten sein.

Die Aufwendung an Arbeitszeit der Physiotherapeuten ist deutlich höher als der Durchschnitt in unserer Klinik. Die MLD stellt auch den größten Kostenfaktor dar bei relativ niedrig vergüteter DRG.

Optimierungspotenziale sehen wir perspektivisch in der gezielteren Nutzung von Polstermaterialien unter dem Kom-

pressionsverband zur Lockerung von lymphostatischen subkutanen Fibrosierungen und in der Etablierung von Patienteninformationen (schriftlich und auch in der mündlichen Einzel- oder Gruppenschulung).

Zur effektiven Nutzung der verfügbaren Therapiezeit auf der Station ist allerdings eine vorherige phlebologische und lymphologische Beurteilung der Ödemerkrankung notwendig, die ambulant erfolgen sollte.

Wir halten diesen kurzfristig realisierbaren Behandlungsweg für Patienten mit dekompensierten Ödemerkrankungen für prognostisch sehr bedeutsam. Wenn auch das Lymphödem keine eigene Mortalität hat, kann es zu Sekundärerkrankungen der Haut und der großen Gelenke prädestinieren und zu einer unter Umständen relevanten Behinderung führen. ■

Interessenkonflikte: keine

Literatur bei den Autoren

Korrespondierender Autor:

Dr. med. Wolfram Oettler

Interdisziplinäres Gefäßzentrum der
Oberlausitz-Kliniken Krankenhaus Bautzen
Am Stadtwall 3, 02625 Bautzen

und

Praxis für Gefäßmedizin

OCTAMED Fachärzteezentrum

Carolusstraße 214, 02827 Görlitz

E-Mail: Wolfram.Oettler@octamed-goerlitz.de

Anzeige



Fortbildungsreihe „Medizin und Recht“

FZ03

Bewertung von Behandlungsfehlervorwürfen
in der Traumatologie/Orthopädie

4. November | 18.00 Uhr | Sächsische Landesärztekammer