

Abstract Vortrag Dr. Melanie Wohlgenannt, Vizepräsidentin der ÖLL

Thema: Compliance und Komorbiditäten bei Patienten mit chronischen Lymphödemen/Ödemen

Von 233 PatientInnen aller Kassengruppen zwischen 01-12/2018 (ohne Privatpatienten) waren mehr sekundäre Lymphödeme (32%) als primäre Lymphödeme (8%). Dies entspricht auch der allgemeinen Verteilung von primären (angeborene) Lymphödemen zu sekundären (nach der Geburt erworbenen) Lymphödemen in der Bevölkerung. PatientInnen mit Lymphödemen im Stadium II (36%) waren etwas häufiger präsent wie PatientInnen mit Lymphödemen im Stadium III (29%). PatientInnen mit zusätzlichen Erysipel (bakterielle Infektion der Haut, bei Lymphödemen hohe Prävalenz) primäre/sekundäre Lymphödeme (27%).

Vom Kollektiv KassenpatientInnen/PrivatpatientInnen insgesamt 339 PatientInnen, zeigten 9% Symptome von reinen Lipödem. Gemischte Lipolymphödeme 22%. 17% der 339 PatientInnen waren zusätzlich adipös. In dieser Gruppe zeigten 19% der PatientInnen eine reine Adipositas ohne Lipödem.

In 50% der Erstkontakt PatientInnen waren Lymphödeme oder Lipödeme auch Erstdiagnosen, obwohl die PatientInnen teilweise über Jahre an Ödemen litten.

Die häufigsten Komplikationen sind entzündliche Veränderungen der Haut mit Übergängen zu Erysipelen.

Die häufigsten Komorbiditäten sind arterielle Hypertonie, Rückenschmerzen bei Diskopathien, Kniegelenkschmerzen bei Gonarthrosen, DM Typ II, und Depressionen.

Gerne angenommen wird das Angebot der ambulanten lymphologischen Intensivtherapie im Großraum Innsbruck und zwischenzeitlich in ganz Tirol für die TGKK versicherten Patienten. Dabei können 22x 60 Minuten Komplexe(kombinierte) lymphologische Entstauungstherapie verschrieben werden.

Versicherten der BVA, SVA und KUF können lediglich 10x 45 Minuten Manuelle Lymphdrainage verschrieben werden. Einen Abrechnungs -bzw. Verordnungsposten für Intensivtherapie gibt es für die Versicherten dieser Krankenkassen nicht.

Auch die Kompressionsbandagen (Rauscher oder Rosidal Lymphset) sowie die Hautpflege und die Kompressionsstrumpfversorgung wird im Rahmen der Erstkontakt Untersuchung verschrieben. In ca. 60 - 80% der Fälle sind additive Medikamente zu verordnen oder die bestehende Medikation zu adaptieren. Insbesondere trifft dies auf Antihypertensiva aus der Gruppe der Kalziumantagonisten und auf Diuretika zu. Kalzium Antagonisten können bei ÖdempatientInnen die Ödem Bildung verstärken. Nicht selten sind Kalziumantagonisten auch bei sog. „Lymphgesunden“ Patienten Ursache für beidseitige distale Beinödeme. Nach wie vor werden Diuretika bei primären und sekundären Lymphödemen mit dem Ziel einer Ödem Reduktion verabreicht, dies ist wegen der meist mechanisch bedingten Ursache der

Lymphödeme nicht zielführend. Weil Medikamentenzettel fehlen und Patienten häufig nicht genau wissen, welche Medikamente sie einnehmen, wird die genaue Evaluierung der bestehenden Medikation und möglicher Neben – und Wechselwirkungen schwieriger.

Zahlreiche Patienten sind mit nicht passenden Kompressionsstrümpfen ausgestattet. Häufig werden bei Lymphödemem rundgestrickte Kompressionsversorgungen verordnet, anstatt flachgestrickter Ware. Ich sehe die flachgestrickte Kompressionsversorgung zu kurz oder zu eng angemessen, außerdem verschließen und viel zu lange nicht ausgetauscht.

Der Chefärztliche Dienst in der TGKK evaluiert selbst die Lymphologischen Rehabilitationsanträge. Sorgfältig und umsichtig ausgestellte Anträge (exakte Lymphödem bezogene Diagnosen und Zielsetzungen) haben daher gute Chancen auf eine Bewilligung. In Tirol ist das Problem nicht mehr die mangelnde Bewilligung von lymphologischer Rehabilitation und/der Lymphologischer Intensivtherapie durch die Krankenkassen, sondern die nachfolgende Ablehnung der Aufnahme insbesondere von multimorbiden Patienten in der regionalen Rehaklinik. Die freien Plätze und die Wartelisten sind über ein halbes Jahr ausgebucht. Auch die Rehabilitationsklinik in Wolfsberg zeigt eine lange Warteliste von mehreren Monaten, nimmt jedoch Patienten mit stark fortgeschrittenen Lymphödemem und die multimorbiden Patienten grundsätzlich auch auf.

Notwendige radiologische Untersuchungen wie die Lymphfunktionsszintigraphie wird weit verbreitet in Österreich nicht als dynamische Untersuchung durchgeführt. Die Interpretation der Ergebnisse zwischen den FÄ für Nuklearmedizin und den Lymphologen ist heterogen, nur aus den Ergebnissen der Lymphszintigraphie kann keine konklusive Behandlungskonsequenz gezogen werden. Die Untersuchung mit Indocyanid Grün kennt außerhalb der Lymphologie kaum ein Radiologe, ein objektiver Stellenwert dieser Untersuchung in der Diagnostik von Lymphödemem und einer daraus ableitbaren Behandlungsindikation ist nicht objektivierbar. Außerdem ist die Untersuchung mit Indocyanid Grün nach wie vor „off label“, warum ist nicht nachvollziehbar.

Eine Leitlinien-gerechte Behandlung von PatientInnen mit Lymphödemem und Lipödemem verlangt von allen Beteiligten einen hohen Aufwand (Zeit, Kenntnis, Bildung, Fortbildung, Wissen, Geduld, Motivation, Durchsetzung, Geld, etc.). Wir verlangen insbesondere viel von unseren PatientInnen, wohl wissend, dass Concordance und Adhärenz bei diesen Erkrankungen schwierig einzuhalten sind. Aber auch die Durchführungsadhärenz von Bandagisten und Therapeuten, sowie die Verschreibungsadhärenz von Ärzten ist verbesserungswürdig