Jahrestagung der Österreichischen Lymph - Liga 20.-21-September 2019, LKH Steyr Lymphödem- leitliniengerechte Diagnostik und Therapie



Lymphologische Rehabilitation am Beispiel Lymphklinik Wolfsberg

Dr. W. Döller

Lymphklinik - LKH Wolfsberg Rehabilitationsklinik für Lymphologie

Akut-Station

10 Betten (ÖKAP- Plan 2003)

Rehabilitations-Station

60 Betten

(Reha-Plan ÖBIG)





Seit 2002 Rehabilitationsklinik mit überregionalen Auftrag

Angiologie L Lymphologie Diagnose-Therapie

lymphangiologische

Rehabilitationsbehandlung





Gesundheitsvorsorge (Kur)

Heilverfahren im Rahmen der Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge

....Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (Kur) dienen bei Berufstätigen der Erhaltung der Leistungsfähigkeit. Bei Pensionistinnen und Pensionisten soll Pflegebedürftigkeit vermieden bzw. reduziert werden. Dies sind freiwillige Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht.

Definition

REHABILITATION

Rehabilitation (<u>lateinisch:</u> rehabilitatio, "Wiederherstellung").

Rehabilitation kurz: Reha bezeichnet eine Sozialleistung zur

Wiedereingliederung einer kranken, körperlich (nach Trauma, Erkrankung oder Operation) oder geistig behinderten oder von Behinderung bedrohten Person in das berufliche und gesellschaftliche Leben

WHO: Disability, prevention and rehabilitaion. Technical Report Series 668. Genf. 1981

Definition

Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation ist ein Teilbereich der Rehabilitation.

Sie umfasst Maßnahmen,die auf die Erhaltung bzw. Besserung des Gesundheitszustandes ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation sollen den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern bzw. die Folgen einer Erkrankung erleichtern

Rehabilitation ist eine interdisziplinäre Aufgabe, die oft die Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen, Logopäden und anderen Spezialisten erfordert

WHO: Disability, prevention and rehabilitaion. Technical Report Series 668. Genf. 1981

§ 302 ASVG Medizinische Maßnahmen

ASVG - Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation umfassen folgende Leistungen:

- 1. Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen (Rehabilitationszentren).
- 1. a Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation
- 1. b Maßnahmen der medizinisch- berufsorientierten Rehabilitation
- 2. Die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmittel einschließlich der notwendigen Änderung. Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel im sinngemäßiger Anwendung des § 202
- 3. Die Gewährung ärztlicher Hilfe sowie die Versorgung mit Heilmittel und Heilbhelfe, wenn diese Leistungen unmittelbar im Anschluß an eine im Zusammhang mit einer der in Z1bis2 genannten Maßnahmen erforderlich ist

ZUZAHLUNGEN

Abhängig vom monatlichen Einkommen ist eine Befreiung von der Zuzahlung für Gesundheitsvorsorgemaßnahmen und für die medizinische Rehabilitation auszusprechen oder pro Verpflegstag ein (täglicher) Zuzahlungsbetrag (bei medizinischer Rehabilitation für maximal 28 Tage im Kalenderjahr) zu entrichten.

Für das Kalenderjahr 2019 ist dieser Zuzahlungsbetrag wie folgt zu ermitteln:

REHABILITATION UND GESUNDHEITSVORSORGE			
Mtl. Bru	ttoeinkommen	tägl. Zuzahlung	
mehr als		EUR 8,36*	
mehr als bis		EUR 14,33	
mehr als	EUR 2.095,83	EUR 20,31	

^{*} Dieser Zuzahlungsbetrag gilt auch für Pensionsbezieher/innen mit einer Pension, deren Höhe EUR 933,06 nicht erreicht, die aber keine Ausgleichszulage beziehen.

Definition Lymphödem:

Das Lymphödem ist eine entzündliche Erkrankung des Interstitiums als Folge einer primären (anlagebdingt) oder sekundären (erworbenen) Schädigung des Lymphdrainagesystems, und/oder Lymphknoten. (Lymphology 2013; 46:1-11)

Ohne Therapie verschlimmert sich das Lymphödem und kann bis zur Invalidität führen

Lymphödem

..... Das Lymphödem ist eine chronische Erkrankung, die die Lebensqualität der PatientInnen und deren Teilhabe am privaten, beruflichen und gesellschaftlichen Leben mitunter stark einschränkt.

Prävention, Diagnose und Therapie der Erkrankung erfordern eine multidisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit ...

Leitlinienreport AWMF Leitlinine Reg.Nr.: 053-001



ÖBIG

Versorgungssituation und Versorgungsbedarf

Endbericht

von Lymphödempatienten

Projektkoordinator:

Ulrike Kadi

Projektmitarbeiter:

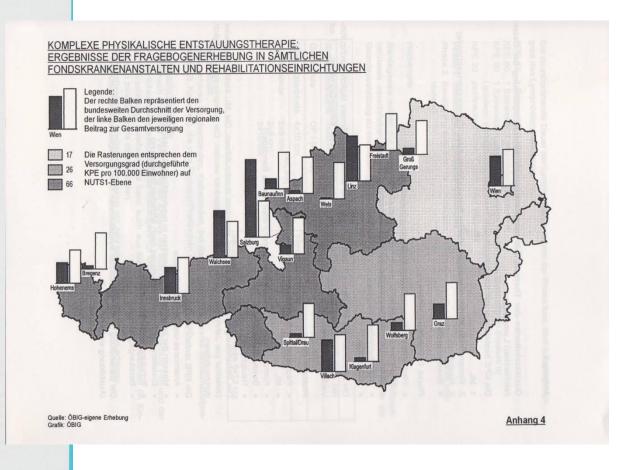
Claudia Nemeth Gerhard Fülöp

Projektsekretariat:

Maria Lehner

Wien, im Juni 1999

Im Aufträg des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales



Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen



Versorgungssituation und Versorgungsbedarf von Lymphödempatienten

Endbericht

Projektkoordinator:

Ulrike Kadi

Projektmitarbeiter:

Claudia Nemeth Gerhard Fülöp

Projektsekretariat:

Maria Lehner

Wien, im Juni 1999

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Zusammenfassung

Das ÖBIG wurde vom BMAGS beauftragt, eine Expertise zur Versorgungssituation und zum Versorgungsbedarf von Lymphödempatienten in Österreich zu erstellen.

Die Ergebnisse sind wie folgt zusammenzufassen:

- Das chronische Lymphödem ist eine Erkrankung, die die Arbeitsfähigkeit und die Lebensqualität der Betroffenen in hohem Maße beeinträchtigen kann.
- Die Dokumentation des Lymphödems und seiner Behandlung ist in österreichischen Krankenanstalten größtenteils unzureichend.
- Der bundesweite Bettenbedarf zur stationären Behandlung des Lymphödems liegt gemäß Expertenschätzung und aus dieser abgeleiteten ÖBIG-eigenen Berechnungen bei etwa 250 Betten.

ben Annäherung etwa 75 Prozent des Versorgungsbedarfs ab.

Der verbleibende stationäre Versorgungsbedarf liegt in einer Größenordnung von etwa 60 Betten.

Der Ausbau des Versorgungsnetzes kann sich gemäß der bisherigen Praxis weder auf Rehabilitations- noch auf Akutversorgungseinrichtungen beschränken. Ob die Verteilung des Angebots (75 Prozent Akutversorgung, 25 Prozent Rehabilitation) den Qualitätserfordernissen genügt, ließe sich nur im Gefolge einer umfassend verbesserten Dokumentation feststellen.

Ein stufenweiser Ausbau (beginnend mit etwa 20 Betten) sollte vorrangig in den Regionen Ost und Süd erfolgen, da diese Regionen im Vergleich zur Region West schlechter versorgt sind.

Spezielle Angebote (z. B. für Jugendliche) wären bei einem solchen Ausbau von besonderem Interesse.

Unverzichtbare Bedingungen einer längerfristigen Verbesserung des Versorgungsangebotes sind die Erarbeitung und Etablierung von Leitlinien zur Behandlung des Lymphödems durch die medizinischen Fachgesellschaften und die Einbeziehung des extramuralen Sektors in ein umfassendes Versorgungskonzept.

Phasenabgrenzung im Rehabilitationsprozess im Überblick

	Phasen	Begriffe	Strukturen	Rechtstitel	
	Allgemein (nach WHO)				
Lymphologie : Akutbehandlung	Phase I	Akutbehandlung Frühmobilisation Frührehabilitation Akutrehabilitation* z.B. nach Krebsoperation	Akutkrankenhaus AG/R, RNS Physikalische Institute	Anstaltspflege / Krankenbehandlung	
Lymphologie : Stationäre Rehabilitationsbehandlung	Phase II	Anschlussheilbehandlung Stationäre Rehabilitation Allgemeine Rehabilitation *	Stationäre Rehabilitationseinrichtung	Rehabilitation	KPE* Phase I
Lymphologie : ambulante Rehabilitationsbehandlung		Ambulante Rehabilitation (unter best. Voraussetzungen)	Physikalische Institute		Amb.KPE* Phase I+
Lymphologie : ambulante Rehabilitationsbehandlung	Phase III	Ambulante, poststationäre Rehabilitation (stabilisierend)	Ambulante Rehabilitationseinrichtung	Rehabilitation	KPE* Phase II
	Phase IV	Langzeitsekundärprävention Langfristige ambulante	Private Einrichtungen, Vereine, Sportgruppen, Heimtraining etc.	Kein Rechtstitel, Durchführung in Eigenverantwortung	
Lymphologie : ambulante Rehabilitationsbehandlung		Nachsorge "Langzeitrehabilitation"	Ggf. Einzelmaßnahmen durch Therapeuten	Krankenbehandlung bzw. Eigenverantwor- tung	KPE* Phase III
	AG/R = Akutg	im Österr. Gesundheitsplan für Kir geriatrie/Remobilisation, RNS = Rei -FP-eigene Darstellung			

Aus: Rehabilitationsplan 2009, ÖBIG Forschungs -und Planungsgesellschaft mbH, Dezember 2008

* Komplexe physkalishe Enatauungstherapie

Gesamtösterreichischer Gesundheitsplan (GÖG)

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen



Rehabilitationsplan 1999

Daniela Danzer Gerhard Fülöp Claudia Nemethi Ernest Pichlbauer

Wien, Juni 2004

Im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsfräger

Tabelle 3.6:

	Erkrankungen des lymphatischen Systems (LYMPH)	Grenze	Grenze			
	Berufsgruppen	I VZÄ / X :	syst. Better			
	Ärzte	30	18			
	davon Fachärzte (als Teil der Ärzte-PKZ)	nN	60			
	Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen inkl. Pflegehelfer (max. 20 % PH)	15	8			
	Physiotherapeuten	13	13			
	Ergotherapeuten	400	200			
	Logopäden	nN	180			
	Diätologen	150	60			
20	Biomed. Analytiker 1)	nN	nN			
בו זמוובוום שמזמימיותוות	Radiologietechnologen 1)	nN	nN			
2310	Klinische und Gesundheitspsychologen	200	50			
2	Sozialarbeiter	300	100			
0	Med. Masseure	5,5	5,5			
5	Medtechnischer Fachdienst	nN	nN			
ū	Orthopädietechniker/Bandagisten	nN	nN			
	Kunsttherapeuten 2)	nN	nN			
	Nur wenn Labor bzw. Röntgen im Haus verfügbar.					
	²⁾ Diagnostische und therapeutische Leistungserbringung nach Maßgabe der geltenden gesetzlichen Regelungen.					
(Qualifikation					
	Ärzte: FÄ für PMR oder IM. Andere FÄ wünschenswert mit lymphologischer Zusatzausbildung; Ä für AM mit lymphologischer Zusatzausbildung.					
	DGKP: wünschenswert m. lympholog. Zusatzausbildung oder Zusatzausbildung Wundmanagement					
	Physiotherapeuten, med. Masseure: Eine nach der Berufsausbildung einschlägi bildung in manueller Lymphdrainage/KPE von mind. 180 UE					
	Die räumliche Ausstattung muss die Umsetzung der im Rehabilitationsplan vo ermöglichen und der Patientenzahl Rechnung tragen. Für Einrichtungen ist es n räume zu schaffen, solange die Intimsphäre der Patientin / des Patienten gewal	öglich, Mult	tifunktions			
	sind folgende Räumlichkeiten sowie Ausstattungsmerkmale vorzuhalten:	11.61.				
	Rollstuhlgängige und behindertengerechte Gestaltung der Gesamtanlage und					
	der Räumlichkeiten inkl. Aufzug bei mehrstöckigen Gebäuden	- 3)	×			
	Notrufanlage in allen für Patienten zugänglichen Räumlichkeiten	_ 4)	×			
	Unterbringung von Patienten in 1 - bis 2-Bett-Zimmern mit höhenverstellba- ren Betten inkl. Nasszellen und Sanitäranlagen	= 5)	×			
Sim	Einzel- und Gruppentherapieräume für aktive und passive Therapie	×	×			

	Verfügi	barkeit
Rollstuhlgängige und behindertengerechte Gestaltung der Gesamtanlage und der Räumlichkeiten inkl. Aufzug bei mehrstöckigen Gebäuden	_ 3)	×
Notrufanlage in allen für Patienten zugänglichen Räumlichkeiten	_ 4)	×
Unterbringung von Patienten in 1- bis 2-Bett-Zimmern mit höhenverstellba- ren Betten inkl. Nasszellen und Sanitäranlagen	= 5)	×
Einzel- und Gruppentherapieräume für aktive und passive Therapie	x	×
Untersuchungs- und Behandlungsräume	x	×
Räume für Notfallbehandlung inkl. Notfallausrüstung	X	×
Räumlichkeit für Notfalllabor	x	×
Räumlichkeiten für ATL-Training	×	×
Schulungs- und Vortragsräume	X	×
Besprechungsräume	×	×
Ruhe- und Aufenthaltsräume für Patienten	X	×
Umkleideräume für Patienten	x	×
Nasszellen und Sanitäranlagen für Patienten	x	×
Empfang mit Aufenthaltsbereich und Rezeption	x	×

5) Unterbringung in 1- bis 2-Bett-Zimmern mit jeweils eigener Nasszelle. Höhenverstellbare Betten nicht



Jahrestagung der Österreichischen Lymph- Liga



20.-21-September 2019, LKH Steyr Lymphödem - leitliniengerechte Diagnostik und Therapie

Lymphologische Rehabilitation

42% onkologische PatientInnen

daher

Lymphologische, onkologische Rehabilitation notwendig

Rehabilitationsplan 2012



Strukturqualitätskriterien stationäre Erwachsenen Rehabilitation

Erkrankungen des lymphatischen Systems (LYMPH)

achärzte (als Teil der Ärzte-PKZ) undheits- und Krankenpflegepersonen inkl. Pflegehelfer % PH) erapeuten en Analytiker ¹⁾ etechnologen ¹⁾ und Gesundheitspsychologen	1 VZÄ / x 30 nN 15 13 400 nN 150 nN	8 13 200 180 60			
undheits- und Krankenpflegepersonen inkl. Pflegehelfer % PH) prapeuten pra	nN 15 13 400 nN 150 nN	60 8 13 200 180			
undheits- und Krankenpflegepersonen inkl. Pflegehelfer % PH) prapeuten pra	15 13 400 nN 150 nN	8 13 200 180			
% PH) prapeuten	13 400 nN 150 nN	13 200 180			
peuten en Analytiker ¹⁾ etechnologen ¹⁾	400 nN 150 nN	200 180			
en Analytiker ¹⁾ etechnologen ¹⁾	nN 150 nN	180			
n Analytiker ¹⁾ etechnologen ¹⁾	150 nN				
Analytiker ¹⁾ etechnologen ¹⁾	nN	60			
etechnologen ¹⁾					
•	nN	nN			
und Gesundheitspsychologen		nN			
and ocounanticiopsychologen	200	50			
eiter	300	100			
seure	5,5	5,5			
nnischer Fachdienst	nN	nN			
ietechniker/Bandagisten	nN	nN			
rapeuten 2)	nN	nN			
Labor bzw. Röntgen im Haus verfügbar.					
2) Diagnostische und therapeutische Leistungserbringung nach Maßgabe der geltenden gesetzlichen Regelungen.					
Qualifikation					
Ä für AM mit lymphologischer Zusatzausbildung.					
DGKP: wünschenswert m. lympholog. Zusatzausbildung oder Zusatzausbildung Wundmanagement					
Physiotherapeuten, med. Masseure: Eine nach der Berufsausbildung einschlägig erworbene Fachaus- bildung in manueller Lymphdrainage/KPE von mind. 180 UE					
er	n für PMR oder IM. Andere FÄ wünschenswert mit lymphologisch mit lymphologischer Zusatzausbildung. dinschenswert m. lympholog. Zusatzausbildung oder Zusatzaus erapeuten, med. Masseure: Eine nach der Berufsausbildung eins n manueller Lymphdrainage/KPE von mind. 180 UE de Ausstattung muss die Umsetzung der im Rehabilitationsp und der Patientenzahl Rechnung tragen. Für Einrichtungen is	n Grir PMR oder IM. Andere FÄ wünschenswert mit lymphologischer Zusatzausbildu mit lymphologischer Zusatzausbildung. Ünschenswert m. lympholog. Zusatzausbildung oder Zusatzausbildung Wundmana erapeuten, med. Masseure: Eine nach der Berufsausbildung einschlägig erworbene			

sind folgende Räumlichkeiten sowie Ausstattungsmerkmale vorzuhalten

Strukturqualitätskriterien stationäre Erwachsenen Rehabilitation Bösartige Neubildungen (ONK)

	Bösartige Neubildungen (ONK)	Untere Grenze 1)	Obere Grenze		
	Berufsgruppen	1 VZÄ / x syst. Bette			
	Ärzte	30	15		
	davon Fachärzte (als Teil der Ärzte-PKZ)	nN	30		
	Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen inkl. Pflegehelfer (max. 20 % PH)	20	8		
	Physiotherapeuten	30	14		
	Ergotherapeuten	120	35		
	Logopäden	nN 1)	60		
	Diätologen	100	50		
	Biomed. Analytiker 2)	nN	nN		
	Radiologietechnologen 2)	nN	nN		
	Klinische und Gesundheitspsychologen	26	15		
reisonelle Ausstattully	Sozialarbeiter	100	100		
	Med. Masseure	60	10		
	Medtechnischer Fachdienst	nN	nN		
	Orthopädietechniker/Bandagisten	nN	nN		
	Sportwissenschafter, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten 3)	nN	nN		
	1) Vertragspartner: eingeschränktes Diagnosenspektrum.				
	2) Nur wenn Labor bzw. Röntgen im Haus verfügbar.				
	³⁾ Diagnostische und therapeutische Leistungserbringung nach Maßgabe der geltenden gesetzlichen Regelungen.				
	Qualifikation				
	Ärzte: FÄ für PMR oder IM, wünschenswert mit Zusatzausbildung Psychoonkologie und/oder Additiv- fach Hämatologie und internistische Onkologie; Ä für AM				
	DGKP: Kenntnisse in Kontinenz- und Stomaberatung 1)				
	Klinische und Gesundheitspsychologen: Kenntnisse in Psychoonkologie				
	Die räumliche Ausstattung muss die Umsetzung der im Rehabilitationsplan ermöglichen und der Patientenzahl Rechnung tragen. Für Einrichtungen ist es räume zu schaffen, solange die Intimsphäre der Patientin / des Patienten gew sind folgende Räumlichkeiten sowie Ausstattungsmerkmale vorzuhalten:	möglich, Mult	ifunktions-		

42% onkologische PatientInnen

Richtlinien für Strukturqualitätskriterien, Medizinisches Leistungsprofil

der

Stationären Rehabilitation Fachgebiet Lymphologie

Im Interesse einer bundesweit einheitlichen Qualitätssicherung im Bereich Rehabilitation werden im folgenden Kapitel gemäß Projektauftrag für jede Indikationsgruppe Strukturqualitätskriterien im Sinne von "Mindeststandards" definiert, die folgende Kriterien umfassen:

Personalausstattung

(Berufsgruppen, Vollzeitäquivalente im Verhältnis zur Bettenanzahl)

- Technische Ausstattung
- Räumliche Ausstattung
 - Leistungsangebot

(vorzuhaltende diagnostische und therapeutische Leistungen).

Lymphologische Rehabilitationsbehandlung:

(auf Basis des Vertrages mit dem HV der Versicherungsträger-als Vertreter aller Kassen) **Behandlungsdauer:** 22Tage

Medizinisches Leistungsprofil

(nach Schweregrad Kategorie I-IV)

Strukturqualität

(z.B.: multiprofessionelles Fach-Personal, Infrastruktur- 1Bett-Zimmer)

Prozessqualität

Qualität der abteilungsbezogenen Ablaufprozesse (Qualität des Dienstleistungsprozesses)

Ergebnisqualität

Erreichung von Therapiezielen, Patientenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit; u.v.m.)



Medizinische Rehabilitation

Rehabilitationsbedürftigkeit Rehabilitationsfähigkeit Rehabilitationsprognose



Rehabilitationsziele

Rehabilitationsplan 2012 Gesundheit Forschungs- und Pl

Gesundheit Österreich

Formen und Stadien des Lymphödems

Einteilung der Schweregrade des Lymphödems

Schweregrad I

Das Lymphödem erfasst den distalen Teil (Unterarm/Hand, Unterschenkel/Fuß) einer Gliedmaße, wobei die Umfangsdifferenz weniger als 4 cm beträgt. Sekundäre Gewebsveränderungen sind noch nicht vorhanden.

Schweregrad II

Das Lymphödem betrifft die gesamte Gliedmaße bzw. den dazugehörigen Rumpfquadranten. Die Umfangsdifferenz beträgt zwischen 4 und 6 cm. Es sind bereits deutliche sekundäre Gewebsveränderungen (Fibrosklerose) und gelegentliche Erysipele vorhanden.

Schweregrad III

Betroffen sind eine oder mehrere Gliedmaßen mit dem dazugehörigen Rumpfquadranten. Die Umfangsdifferenz ist größer als 6 cm. Es bestehen erhebliche lymphostatische Hyperkeratosen, Lymphzysten bzw. Lymphfisteln. Die Patientin / Der Patient hat rezidivierende Erysipele.

Schweregrad IV

Bei diesem Schweregrad besteht eine lymphostatische Elephantiasis bzw. Ergüsse in Körperhöhlen, lymphostatische Enteropathie, Genitallymphödeme oder Lymphödeme im Kopfund Gesichtsbereich.

Rehabilitationsplan 2012

Einteilung der Stadien eines Lymphödems

Stadium I

Vorhandensein einer weichen, Dellen hinterlassenden Schwellung, die sich bei Ruhe oder bei entsprechender Lagerung wieder zurückbilden kann.

Stadium II

Veränderungen des Bindegewebes im Sinne einer lymphostatischen Fibrosklerose. Die Gliedmaßen sind dekonturiert, das Gewebe ist palpatorisch konsistenzvermehrt (schwer eindrückbare Verhärtungen der Haut und des Subkutangewebes), die spontan irreversibel sind.

Stadium III

Unbehandelt kommt es zu einem Fortschreiten der bindegewebigen Proliferation, Sklerosierung der Haut und säulenförmiger Entstellung der Gliedmaßen (Elefantiasis), mit zum Teil monströsen Umfangszunahmen und häufigen Komplikationen (Erysipel, Mykosen, Lymphfisteln, Lymphzysten, Hyperkeratosen).

Entsprechend den Leitlinien der deutschen Fachgesellschaft ist die KPE zur ambulanten Behandlung des Gliedmaßenlymphödems der Stadien I und II geeignet. Erheblich ausgeprägte Ödemformen (insbesondere bei multimorbiden Patienten) sowie Lymphödeme des Kopf-Hals-Bereichs oder der Genitalien müssen anfänglich in einer lymphologischen Fachklinik behandelt werden. Die Weiterbehandlung kann in konsequenter Absprache mit der Fachklinik durch niedergelassene Ärzte und Therapeuten erfolgen.

Rehabilitationsplan 2012

Gesundheit Osterreich
Forschungs- und Planungs GmbH

Die Behandlung von Lymphödemen des Schweregrades I und teilweise des Schweregrads II mittels KPE könnte demnach auch unter ambulanten Bedingungen bzw. in der Praxis eines niedergelassenen Physiotherapeuten durchgeführt werden. Eine stationäre Aufnahme ist jedoch bei Vorliegen nachfolgender Faktoren auch hier in der ersten Behandlungsphase angezeigt:

- Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld,
- Vorliegen von psychischen Belastungen bzw. Beeinträchtigungen,
- unzumutbare Entfernung der behandelnden Einrichtung vom Wohnort des Patienten (> 30 km),
- Bestehen einer Infektion mit Bedarf an antibiotischer Therapie,
- schlechter Allgemeinzustand des Patienten (Schmerzen, Einschränkung der Beweglichkeit, Vorliegen weiterer behandlungsbedürftiger Erkrankungen),
- · unklare Diagnose,
- malignes Lymphödem,
- nach erfolglosem ambulanten Therapieversuch.
- Bei den Schweregraden III und IV muss die erste Phase der KPE jedenfalls unter stationären Bedingungen in einem Rehabilitationszentrum erfolgen.

Medizinische Rehabilitation

Rehabilitationsbedürftigkeit Rehabilitationsfähigkeit Rehabilitationsprognose



Rehabilitationsziele

Lymphödem Problemdarstellung- somatisch

Chronisches Krankheitsbild, das ohne Therapie zur Progression neigt

Lymphödem-Stadien gerechte Behandlung

Fachgerechte Behandlung

Konsequente Anwendung der empfohlenen Therapiemaßnahmen lebenslang



Rehabilitationsziele bei Schädigungen/Funktionsstörungen

Ziele sind die Beseitigung, Verbesserung oder das Hintanhalten von Schädigungen/
Funktionsstörungen der primär befallenen Organe bzw. Organsysteme und die Vermeidung sekundärer Schäden an weiteren Organen (somatische Ebene)

Lymphödem Problemdarstellung -psychosozial

Die Therapie erfordert eine aktive Beteiligung der Betroffenen bei der Therapie (Selbstbehandlungsmaßnahmen)

Psychosoziale Belastung durch Anpassungsleistung

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Carter B. Women's experience of lymphedema. Oncology Nursing Forum 1997; 24: 875-882

Jäger M, Leplow B. Das Lymphödem – auch ein psychosoziales Problem? LymphForsch 2007;11(2): 82-87

Das Lymphödem entsteht auf Basis
vieler Krankheiten aus
Verschiedenen Fachgebieten
und
ist oft mit einer
Lymphödem relevanter Komorbidität verbunden

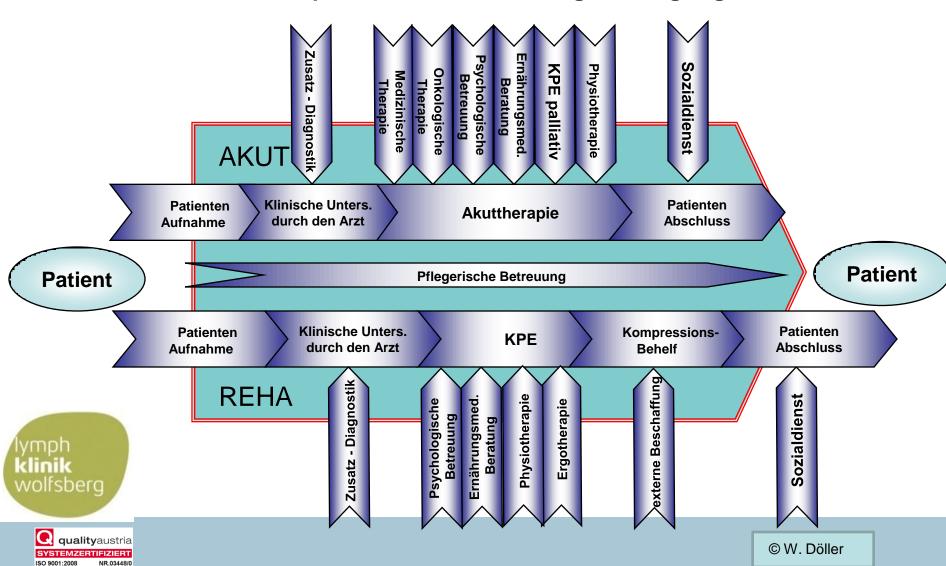
benötigt daher ein interdisziplinäres klinisches Vorgehen

Was ist vor der Lymphödem-Therapie an Diagnostik notwendig, was ist zu klären?

- 1. Ist die Diagnose gesichert?
- 2. sind Komorbiditäten abgeklärt/behandelt?
 - 3. gibt es Kontraindikationen für die KPE?
- 4. ist die ambulante Therapie möglich oder stationär nötig ?

Qualitätsmanagement

Kernproßesse: Leistungserbringung





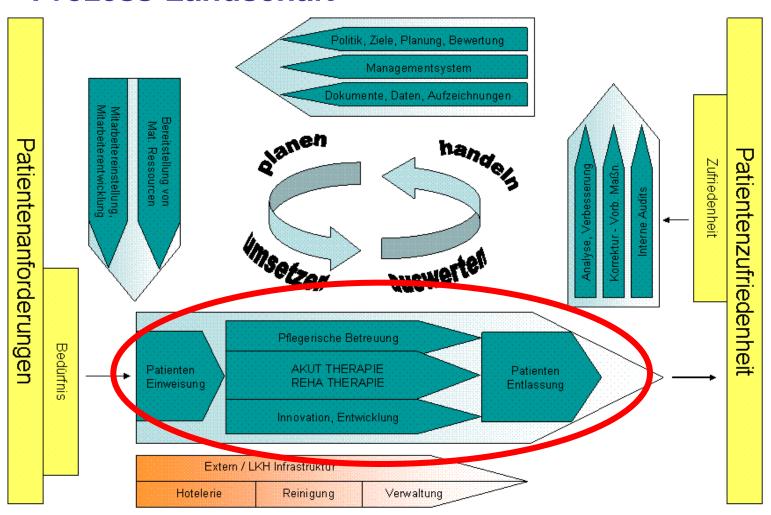
seit 2004 zertifiziertes QM System nach





ÖNORM EN 15224:2012 Zertifikat nach QMS-Reha®.

Prozess-Landschaft



Körperliche Untersuchung



Begleiterkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates

Daraus folgende verminderte venöse und lymphatische Pumpleistung

Degenerative Gelenkserkrankungen (Periomarthritis, Coxarthrose, Gonarthrose, u.v.m.)

Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises

Posttraumatische und/oder postoperative Funktionseinschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparates

Mögliche Komorbiditäten bei Lymphödem:

- Herzinsuffizienz
- Chronische venöse Insuffizienz
- Hypertonie
- Diabetes mellitus
- Niereninsuffizienz
- Schilddrüsenerkrankung
- Adipositas
- pAVK u.v.m.

Ödemproduzierende Erkrankungen verschlimmern das Krankheitsbild des Lymphödems

Beseitigung u./o. Stabilisierung der Begleiterkrankung sind Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie des Lymphödems

Rehabilitationsziele bei Beeinträchtigungen (der Teilhabe)

» physische Unabhängigkeit

(in Bezug auf Selbstversorgung),

- » psychische Gesundheit,
- » Mobilität

(Fortbewegung in der Umgebung),

» Beschäftigung

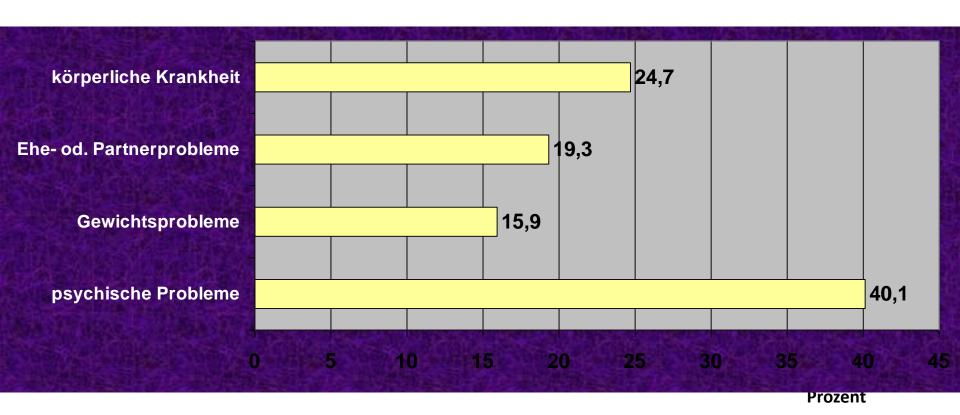
(Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Haushaltsführung, Freizeit),

- » soziale Integration/Reintegration,
- » soziale Kompetenz,
- » Orientierung,
- » wirtschaftliche Eigenständigkeit

(in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhaltes).

Lymphödem und Krankheitsbewältigung

WELCHE PROBLEME SIND DEN PATIENTINNEN AM WICHTIGSTEN?



N = 853

Klinische Psychologie

Das Bio-Psycho-Soziale Modell (WHO)



ICF als mehrachsige Klassifikation

Die ICF besteht aus vier eigenständigen parallelen (Teil-)Klassifikationen, den vier Komponenten:

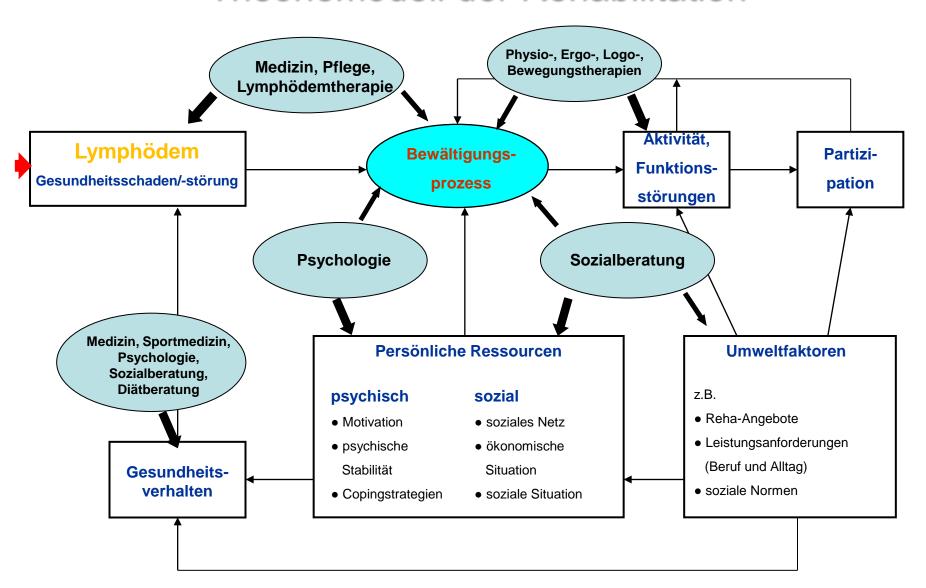
- •Körperfunktionen: Komponente b (bodyfunctions)
- Körperstrukturen: Komponente s (bodystructures)
- Aktivitäten und Partizipation: Komponente d (daily activities)
 - Umweltfaktoren: Komponente e (environmental factors)

Zur Beurteilung der aktuellen Funktionsfähigkeit

Schuntermann M F. Einführung in die ICF, Grundkurs Übungen offene Fragen. ecomedMEDIZIN, Landsberg 2007,

Egger J W. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell.Psychologische Medizin 2005; 2: 3-12

Theoriemodell der Rehabilitation



Lymphologische stationäre Rehabilitation © Mag. F. Flaggl

Bio-Psycho-soziale Rehabilitation

Multimodales Behandlungskonzept

Fragebogen zur Feststellung der bio-psycho-sozialen Belastung

ERHEBUNGSINSTRUMENTE

BIO-

GBB: Der Giessener Beschwerdebogen (Brähler & Scherr, 1995)

PSYCHO-

SCL-90-R: Die Symptom-Checkliste von Derogatis (Franke, 1995)

SOZIAL

IIP: Interpersonale Probleme (Kurzform: Horowitz, Strauß & Kordy, 1994)

ERGÄNZUNGEN

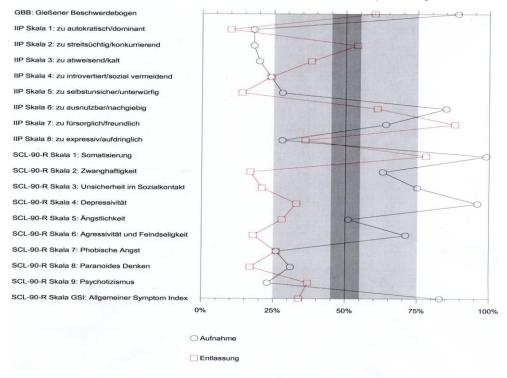
ZUF-8: Patientenzufriedenheit (Schmidt, Lamprecht & Wittmann, 1989) **LQ:** Lebensqualität (Fahrenberg et. al., 1986)

Multimodales Behandlungskonzept

Fragebogen zur Feststellung der bio-psycho-sozialen Belastung

Bio-Psycho-soziale Rehabilitation





Das Heidelberger Modell der aktiven internen Qualitätssicherung

(AQASI Fragebogen)

Rehabilitationsziele bei Fähigkeitsstörungen

Ziele sind die Beseitigung, Verbesserung oder das Hintanhalten von Schädigungen/Fähigkeitsstörungen in den Bereichen

- » Selbstständigkeit bzw. Selbstversorgung (z. B. bei hygienischen Verrichtungen, beim An- und Auskleiden, bei Nahrungszubereitung und -aufnahme),
 - » Mobilität (z. B. beim Gehen auf unebenem Boden bzw. bei anderen Hindernissen,beim Treppensteigen, bei der Verkehrsmittelbenutzung),
 - » **Beweglichkeit**, **Geschicklichkeit** (z. B. in der Feinmotorik beim Umgang mit Handgriffen, Verschlüssen),
 - » **Krankheitsbewältigung** (z. B. Verminderung von Ängstlichkeit und Depressivität, Bewältigung von chronischen Schmerzzuständen und Stress, Erlernen von Kompensationsstrategien),

» Ausdauer.

Rehabilitationsziele, bezogen auf Kontextfaktoren und Risikofaktoren

- » Arbeitsplatzanpassung,
- » berufliche Wiedereingliederung,
- » Planung und Einleitung berufsfördernder Maßnahmen, Umschulungen,
 - » Anleitung zu gesundheitsbewusster Ernährung und Motivation zur Lebensstiländerung, einschließlich Abbaus von Risikofaktoren,

Rehabilitationsziele, bezogen auf Kontextfaktoren und Risikofaktoren

- » Anleitung zur Verminderung bzw. Beseitigung von Bewegungsmangel,
 - » Anleitung zu Stressabbau/Stressbeseitigung,
 - » Hilfe bei der Findung von Bewältigungsstrategien,
 - » Gestaltung der häuslichen Umgebung,
 - » Einleitung von Anpassung an Sport- und Freizeitaktivitäten.

Weitere allgemeine Zielsetzungen und Maßnahmen der Rehabilitation sind:

- » Reduktion von Symptomen, Behinderung und Benachteiligung,
- » Empfehlung weiterführender, insbesondere auch langfristig vorhandener

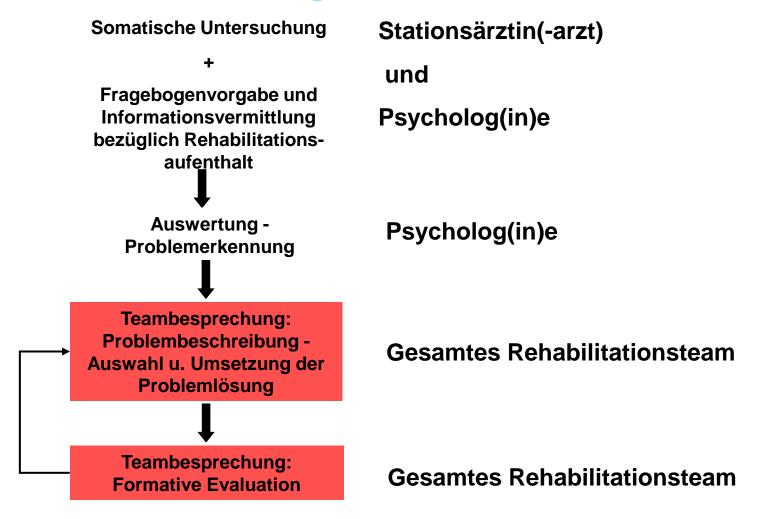
Maßnahmen (z. B. Disease-Management-Programm, DMP),

- » **Kompetenzsteigerung** (Empowerment) der Patientin / des Patienten im Umgang mit der Erkrankung durch Schulung und Entwicklung von Coping-Strategien
- » Steigerung der k\u00f6rperlichen Aktivit\u00e4t und Beherrschung der Erfordernisse des t\u00e4glichen Lebens,

Weitere allgemeine Zielsetzungen und Maßnahmen der Rehabilitation sind:

- » möglichst weitgehende Reintegration in das soziale und berufliche Umfeld,
- » Vermeidung bzw. Verminderung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit,
- » Erhaltung der Arbeitsfähigkeit,
- » Verbesserung der Lebensqualität,
- » präventive Maßnahmen

Das Wolfsberger Evaluationsmodell





Welche Krankheitsbilder werden behandelt?

Primäre Lymphödeme

Sekundäre Lymphödeme

nach Krebsbehandlung, Entzündungen, nach Verletzungen, Operationen Phlebolymphödem mit /ohne Ulcus cruris, Mischformen u.v.m.

Angiodysplasien mit Lymphödem

Komplizierte Lymphödeme

(mit Komorbidität und/oder hohen Risikofaktoren)

Lipo-Lymphödem

Bewilligung nach Ansuchen mit üblichen Antragsformular der SV notwendig Verträge mit allen Kassen österreichweit:

PVA, GKK, BVA, SVA, SVB, VAEB, BKK (Voest, Zeltweg, AustriaTabak, u.v.m.)

weitere Info siehe:

www.lymphklinik.at

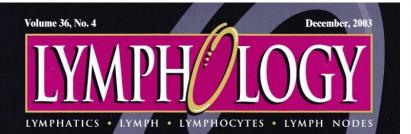
Primäres Lymphödem



+/-

144 Symdrome (LAD I, LAD II, LAAD)

Lymphatische Angiodysplasien der Extremitäten und anderer Organe



Honorary Editor-in-Chief: C.L. Witte, Tucson

Editor

M.H. Witte, Tucson

Co-Editors:

C. Campisi, Genoa

L. Clodius, Zurich E. Földi, Hinterzarten

A. Pecking, St. Cloud

Editorial Board

Editorial Board:
M. Andrade, São Paulo; R. Baumeister,
Munich; F. Boccardo, Genoa:
H. Brorson, Malmö; J. Bruna,
Bloemfontein; J. Ciucci, Buenos Aires;
R. Cluzan, Paris; M. Dictor, Lund:
J. Hay, Töronto; M. Hendritx, Chicago;
P. Hirnle, Tübingen; O. Ishida, Osaka:
M. Johnston, Toronto; G. Laine.
College Station; J. Lauweryns, Leuven;
N.F. Liu, Shanghai; F. Lokiec,
St. Cloud; P. Mortimer, London;
W. Olszewski, Warsaw; C. Papendieck,
Buenos Aires; H. Partsch, Vienna;
A. Pissas, Montpellier; T. Ryan,
Oxford; S. Uchino, Tokyo; J. Wilting,

Sonior Members

E. Cariati, Genoa; A. Dumont, Hartford; A. Engeset, Oslo; M. Földi, Freiburg; S. Kubik, Zurich; K. Lennert, Kiel; R. Mayall, Rio de Janeiro; S.A. Threefoot, New Orleans

Executive Editor: M. Bernas, Tucson

This journal is the official organ of the International Society of Lymphology and is regularly listed in Current Contents, Science Citation Index and Index Medicus. Celestial Chapter of the International Societ Lymphology: Passing of Pioneers M.H. Witte

Charles L. Witte, M.D. (1935-2003): Quintessential Lymphologist and Reluctant

Patricia J. O'Morchoe, M.D. (1930-2003): A Lymph Heart of Lymphology

Bengt Tjernberg, M.D. (1921-2002): Gentleman-Scholar-Consummate Physician P. Hirnle

Cardio(blood-lymph)vascular Genomics: Need for a Terminology Adjustment M.H. Witte, R.P. Erickson, C.L. Witte

Syndromic Classification of Hereditary Lym K.A. Northup, M.H. Witte, C.L. Witte

The Normal and Metastases-Bearing Livers Various Specific Subsets of Live Lymphocyte Portal Circulation S. Durowicz, W.L. Olszewski

Three Dimensional Changes in Lymphatic A Around YX2 Tongue Cancer – Dynamic Cha Administration of Antiangiogenic Agent S. Seki, A. Fujimurd

ISL News

Author Index

Subject Index

LYMPHOLOGY 36(4) 150-216

SYNDROMIC CLASSIFICATION OF HEREDITARY LYMPHEDEMA

K.A. Northup, M.H. Witte, C.L. Witte

Department of Surgery, University of Arizona College of Medicine, Tucson, Arizona, USA

"Vertebrate development is constrained into only a very few final or common developmental pathways; therefore, no developmental anomaly seen in humans is unique to ('pathognomonic of') one syndrome."

TABLE 1 List of Lymphedema-Associated Syndromes

OMIM Listed and reference number	
LE-Distichiasis	153400
Cholestasis-LE (Aagenaes) (CLS)	214900
LE-Hypoparathyroidism (LE-HypoPTH)	247410
LE, Microcephaly, Chorioretinopathy	
(LE-M-R)	152950
LE, Congenital Recessive (Mucke)	247440
LE-Ptosis	153000
Hennekam Lymphangiectasia	235510
LE, Cerebral Arteriovenous Anomaly	
(LE-CVA)	152900
Yellow Nail Syndrome (YNS)	153300
LE, ASD, and Facial Changes (LE-ASD)	601927
OL-EDV-ID	300301
Noonan Syndrome	163950
German Syndrome	231080
Campomelia, Cumming type	211890
Fabry disease, variant	301500
Aarskog Syndrome, variant	100050
Lissencephaly-Cerebellar hypoplasia-LE	
(LE-CHL)	257320
Gonadal Dysgenesis (GD,XY)	306100
Hydrops Fetalis, Idiopathic (Njolstadt) (IHF)	236750
Chylous Ascites, Autosomal Recessive	208300

Prolidase Deficiency (PEPD)	170100
Intestinal Lymphangiectasia (IL)	152800
NAGA Deficiency (NAGA)	104170
Aplasia Cutis Congenita with IL (ACC-IL)	207731
Mullerian Derivatives- LA-Polydactyly	
(PMD-IL) (Urioste Syndrome)	235255
Pulmonary Cystic Lymphangiectasia (PCL)	265300
CDG, subtype (Jaeken)	602579
Nevo Syndrome	601451
PEHO Syndrome	260565
Hypotrichosis-LE-Telangiectasia (HTLS)	607823
Tuberous Sclerosis, variant	191100

Non-OMIM Listed

Posterior Choanal atresia-LE (Sheikh) Syndrome (PCA-LE)
LE-leukaemia-deafness (Emberger) Syndrome
LE- Cleft Palate (Figueroa) Syndrome (CP-LE)
Microcephaly-Cutis Verticis Gyrata-LE (M-CVG-LE)
Mandibulofacial Dysostosis-lymphedema Syndrome (MD-LE)

LE= lymphedema; LA- lymphangiectasia; IL= intestinal lymphangiectasia; ASD= atrial septal defect. OL-EDA-ID=Osteopetrosis, lymphedema, ectodermal dysplasia, anhidrotic, with immunodeficiency, NAGA= N-Acetyl-Alpha-D-Galactosaminidase, CDG=Congenital disorder of glycosylation, PEHO= Progressive encephalopathy with edema, hypsarrhythmia, and optic atrophy.

Sekundäre Lymphödeme nach Krebserkrankung

Arm,- Brust-, Bein.- Genital,- Kopf- Lymphödeme

Häufigkeit eines Lymphödems nach Krebserkrankung (ca 10%)

Tab. 4 Inzidenzdaten (%) für ein Lymphödem

Tumor	Tumor-Inzidenz pro 100 000 (altersstandardisiert) (28)				relative Lymphödem-	Lymphödem-Inzidenz (postulierte Fälle pro Jahr)					
	A	BRD	EU-15	USA	Welt	Inzidenz (%)	Α	BRD	EU-15	USA	Welt
Ovar	12,9	12,0	11,1	10,6	6,6	50,0	445	4286	17708	11 246	102 250
Melanom	11,4	8,2	7,9	14,5	2,7	44,6	571	4466	19066	24 022	71 439
Mamma	70,5	79,8	78,2	101,1	37,4	23,97	1111	13349	57 204	50 336	275 966
Vulva	-	- 1090	2-22-1	100-2	-	19,0		-	-	-	-
Prostata	71,4	60,5	52,9	124,8	25,3	17,8	837	7900	31 790	42 708	120 866
Penis	11-9	62000		-	-	15,7	-	-	sist - 3	minit.	-
Cervix uteri	10,9	10,8	9,1	7,7	16,2	13,5	82	828	3216	1777	66 588
Harnblase	12,8	15,0	13,1	14,4	5,9	10,0	192	2538	9792	6381	35 656
Hoden	8,8	9,2	5,9	5,5	1,5	7,0	28	283	821	581	3403
Corpus uteri	12,1	14,0	12,0	22,8	6,5	5,0	47	518	2111	2396	9939
Niere	9,1	8,6	7,3	9,0	3,5	1,0	13	129	477	367	2085
Summe						3326	34 297	142 185	139814	688 192	

Neuhüttler S ,Kröll A, Brenner E. Ätiologie sekundärer Lymphödeme onkologischer Genese, Literaturreview, Phlebologie3/2006; 117-126

ca 3300 neue sekundäre Lymphödeme/Jahr nach Krebserkrankungen

Phlebo - Lymphödem



Lymphödem und Gefäßchirurgie



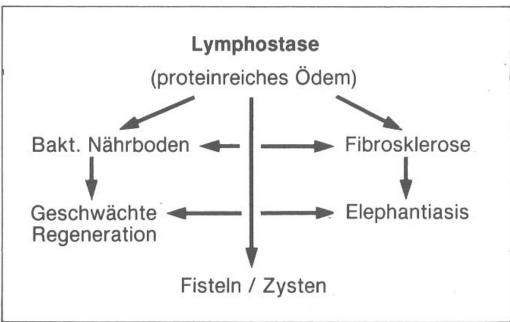


Abb. 1: Die Folgen der Lymphostase aus gefäßchirurgischer Sicht: Circulus vitiosus der postrekonstruktiven Wundinfektion.

Brunner, U, Leu, H.J., Lymphologische Aspekte infektiöser Früh- und Spätkomplikationen nach gefäßchirurgischen Eingriffen, Ödem, 1986, 148-149

Jimenez Cosssio, J.A., latrogene Schädem am Lymphgefäßsystem. Ödem, 1986, 146-147

Lipödem+ Lipolymphödem



Lymphödem



..und Adipositas

Antrag auf Rehabilitation



Verträge mit allen Kassen österreichweit:

PVA, GKK, BVA, SVA, SVB, VAEB, BKK

(Voest, Zeltweg, Austria Tabak, u.v.m.)

Welche Krankheitsbilder werden behandelt?

Primäre Lymphödeme
Sekundäre Lymphödeme
nach Krebsbehandlung,
Entzündungen,
nach Verletzungen, Operationen
Phlebolymphödem mit /ohne Ulcus cruris
Mischformen u.v.m.

Angiodysplasien mit Lymphödem Komplizierte Lymphödeme

(mit Komorbidität und/oder hohen Risikofaktoren)

Lipo-Lymphödem

Ansuchen bei PVA: Berufstätige

Ansuchen bei GKK: Mitversicherte, PensionistInnen







Seit 2002 Rehabilitationsklinik für Lymphangiologie mit überregionalen Auftrag



Komplexe physikalische Entstauungstherapie (FÖLDI)

Stationär

Phase I

Entstauung

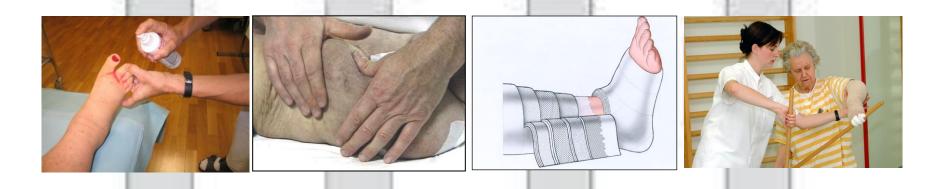


ambulant

Phase II

Erhaltung Optimierung





"4 SÄULENTHERAPIE"

Lymphödem-Stadien gerechte, täglich mehrmalige und fachgerechte Behandlung

LYMPHKLINIK Wolfsberg Lymphologie

Additive lymphologische Physiotherapie

- Atmungsschulung
- Krankengymnastik
- Manuelle Techniken
- Bindegewebsmassage
- PNF
- Bobart
- Elektrotherapie
- Ultraschall-Laser
- Magnetfeldtherapie
- Aquatherapie

Begleiterkrankungen des Bewegungsapparates (Schulter, Wirbelsäule)

LYMPHKLINIK Wolfsberg Lymphologie

Additive lymphologische Therapien

Logopädie

Ergotherapie

Psycho-soziale Betreuung



Multimodales Behandlungsprinzip

- Physikalische Therapien
- Internistische Therapien, DM,SD,RR...
- Psychologische Betreuung
- Beratung durch den Sozialdienst
- Ernährungsberatung
- Adipositasboard
- Degenerative Gelenkserkrankungen (Perihumeroscapuläre Arthropathie, Coxarthrose, Gonarthrose, u.v.m.)
- Erkrankungen des rheumatischen Formenkreis
- Posttraumatische und postoperative Funktionseinschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparates (verminderte venöse und lymphatische Pumpleistung)



- Herzinsuffizienz
- Hypertonie
- Diabetes mellitus
- Niereninsuffizienz
- Schilddrüsenerkrankung
- Adipositas
- PAVK u.v.m.

Ernährungsmedizinische Beratung



Lebensstiländerung

Schulung zur Selbstbehandlung

Einzel- und Gruppenschulung

Hautbehandlung

Hauthygiene und Hautpflege

Selbstbehandlung:

Kompressionsbandage und SML

Schulung von Angehörigen

Verhalten bei Lymphödem

Präventivmaßnahmen

Lymphödem:

Warum ist Lymphödemtherapie wichtig?

Verhinderung von möglichen (Spät-) Komplikationen

 Hautinfektionen (Pilzinfektion, Erysipel)

 Hautveränderungen (Hyperkeratosen, Lymphfistel – Zysten)

 Stewart- Treves- Syndrom (Lymph-Angiosarkom)







Nach Abschluß der Reha Behandlung (KPE Phase I)

zur Vorbereitung der Entlassung und Einleiten der Phase II-

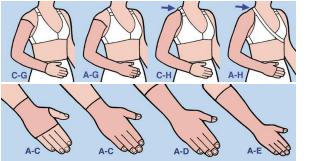
Erhaltung und Optimierung



Lymphödem- Strumpfversorgung durch geschulte und erfahrene Fachkräfte

Kompressionsstrumpfversorgungen

Armversorgung



© Lymphklinik LKH Wolfsberg, Austria

© Lymphklinik LKH Wolfsberg, Aus

Brust-Lymphödem Kompressionsversorgungversorgung



A-D A-F A-G

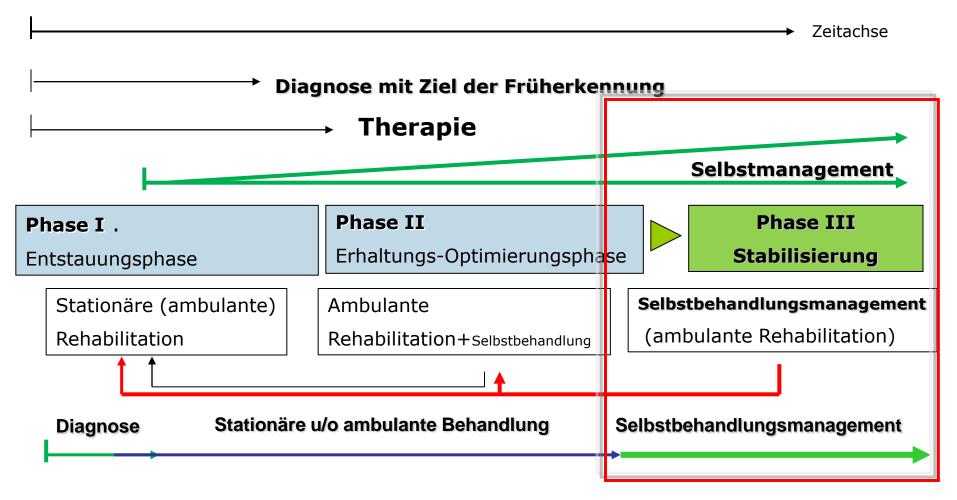
Beinversorgungen





Ziel der Therapie des Lymphödems:

Modell



Lymphologische Rehabilitationsbehandlung:

(auf Basis des Vertrages mit dem HV der Versicherungsträger-als Vertreter aller Kassen) **Behandlungsdauer:** 22Tage

Medizinisches Leistungsprofil

(nach Schweregrad Kategorie I-IV)

Strukturqualität

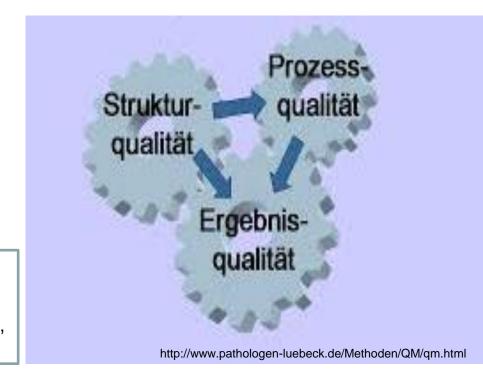
(z.B.: multiprofessionelles Fach-Personal, Infrastruktur- 1Bett-Zimmer)

Prozessqualität

Qualität der abteilungsbezogenen Ablaufprozesse (Qualität des Dienstleistungsprozesses)

Ergebnisqualität

Erreichung von Therapiezielen, Patientenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit; u.v.m.)



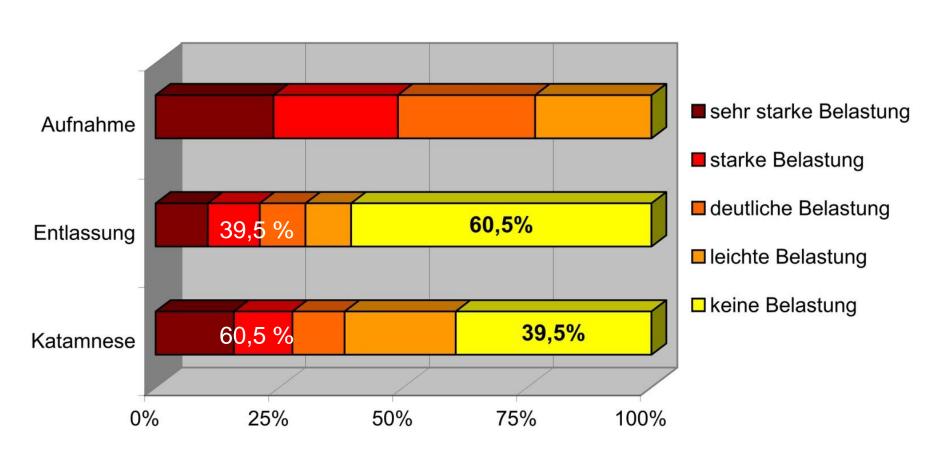
Hand-Lymphödem vor und nach Rehabilitationsbehandlung



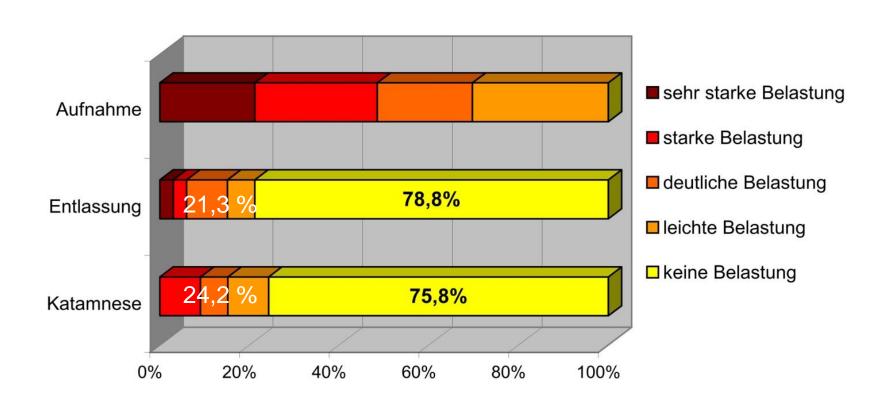
Lymphologische Rehabilitationsbehandlung Ergebnis -Beinlymphödem



Reduktion der Intensität der psychischen Belastung von PatientInnen ohne psychologischer Mitbehandlung (N76)



Reduktion der psychischen Belastung von PatientInnen mit psychologischer Mitbehandlung (N33)



Das Bio-Psycho-Soziale Modell (WHO)



Bei lymphologischer Rehabilitation in Planung

ICF als mehrachsige Klassifikation

Die ICF besteht aus vier eigenständigen parallelen (Teil-)Klassifikationen, den vier Komponenten:

- •Körperfunktionen: Komponente b (bodyfunctions)
- Körperstrukturen: Komponente s (bodystructures)
- Aktivitäten und Partizipation: Komponente d (daily activities)
 - Umweltfaktoren: Komponente e (environmental factors)

Zur Beurteilung der aktuellen Funktionsfähigkeit

Schuntermann M F. Einführung in die ICF, Grundkurs Übungen offene Fragen. ecomedMEDIZIN, Landsberg 2007,

Egger J W. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Psychologische Medizin 2005; 2: 3-12

Zusammenfassung

Warum stationäre rehabilitative Lymphödem-Behandlung?

- Durch Bio-psychosozialem Behandlungskonzept bessere und stabilere Erfolge auch bei komplexen Lymphödemerkrankung erreichbar
- Wohnortnahe ambulante Behandlung oft nicht möglich, oder nicht vorhanden
- Lymhologische Rehabilitationsbehandlung bei KrebspatientInnen, wenn Lymphödem im Vordergrund
- Notwenddige stationäre Behandlungbei starker Ausprägung des Lymphödems u/o Multimorbidität u/o hohem Alter
- Standards und Finanzierung der ambulanten Behandlung nicht geregelt

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!