

Liebe Abonentin
Lieber Abonnent

In den zwanzig Jahren, in denen es LymphBildung gibt, haben Abonnent:innen viele interessante Fragen gestellt. Wir wissen, dass dieses Angebot auf individueller Basis sehr geschätzt wurde. Nun möchten wir Ihnen in diesem vorletzten LymphLetter an einigen von diesen Informationen teilhaben lassen. Hier folgt eine Auswahl aus den Fachfragen.

Archiv und Inhaltsverzeichnis LymphLetter

Sämtliche bisher erschienenen LymphLetter finden Sie auf der Seite ‚LymphLetter‘ an zwei Orten: Direkt unter dem Einleitungstext (Verzeichnis aller LymphLetter) in chronologischer Reihenfolge und weiter unten auf der Seite (Alle LymphLetter) mit dem Aktuellsten beginnend. Das Inhaltsverzeichnis LymphLetter finden Sie im Download-Bereich: <http://lymphbildung.ch/downloads.php>

Wenn Sie auch nach dem 31. Dezember 2026 ab und zu etwas in einem LymphLetter nachlesen wollen, empfehlen wir Ihnen die entsprechenden Ausgaben herunterzuladen. Der Zugriff ist nachher nicht mehr möglich.

News

Nehmen Sie Teil an der Umfrage von Lymphosuisse & HESAV! QR-Code scannen und ausfüllen.

Kommende Veranstaltungen, neue Produkte – auch hier zu finden: <https://lymphbildung.ch/news.php>

Kompressionsmaterial für Thorax oder Kopf: Wir haben noch wenig tg grip Grösse J zum Verkaufen (Grösse M ist ausverkauft). Wenn Sie Interesse haben, melden Sie sich per E-Mail (info@lymphbildung.ch) Wir brauchen dann folgende Angaben:

Für Kopfdeme: Grösse J, Zuschnitt 50cm oder eine Mehrzahl davon.

Wir werden kein neues Lager mehr anlegen. **Es hat solange es hat.**

Kurse

Die letzten Kurse haben bereits stattgefunden.

Fragen und Antworten

Hier können Sie Ihre Fachfragen stellen (nachdem Sie sich eingeloggt haben):

<http://lymphbildung.ch/support.php>

Herzliche Grüsse
Yvette Stoel & Team LymphBildung

„Best of“ aus den Fachfragen

In den zwanzig Jahren, in denen es LymphBildung gibt, haben Abonnent:innen viele interessante Fragen gestellt. Wir wissen, dass dieses Angebot auf individueller Basis sehr geschätzt wurde. Nun möchten wir Ihnen in diesem vorletzten LymphLetter an einigen von diesen Informationen teilhaben lassen. Hier folgt eine Auswahl aus den Fachfragen.

Manuelle Lymphdrainage (MLD)

Frage 1: Ich habe eine Patientin mit einem **Armlymphödem** in Behandlung. Das Ödem besteht bereits seit 10 Jahren. Die Patientin war immer in Behandlung (einmal pro Woche MLD). Das Volumen beträgt +400ml. Das Gewebe ist sehr kompakt und der Dellen-Test ist positiv. Das Handrückenödem ist sehr ausgeprägt, +3cm im Umfang. Was kann ich hier am besten machen? Kann ich die MLD intensivieren?

Antwort 1: 400ml ist für ein Armlymphödem viel Volumen und die Konsistenz zeigt, dass bereits starke sekundäre Gewebsveränderungen (Fibrosierung) stattgefunden haben. Hier braucht es eine intensive lymphologische Behandlung. Ich würde das Gewebe mit Fibrosegriffe und Fill in & flush bearbeiten (LL#79) und anschliessend die Patientin mit einer Kompressionsbandage versorgen. Dies dann jeden Tag während zwei Wochen durchführen. Für eine Intensivierung empfehle ich dir in der Bandage Aktivpolster (siehe News „Komplex II“) einzulegen. Vor allem auf den Fibrosen ist das sehr hilfreich. Anschliessend muss ein massgefertigter flachgestrickter Kompressionsstrumpf mit separatem Handschuh angemessen werden. Wahrscheinlich ist sie darüber nicht erfreut. Das verstehe ich. Aber wenn das Ziel ist, dass der Arm und Hand dünner werden, dann geht das nur so. Also braucht es ein bisschen Überzeugungsarbeit. Hierbei ist es hilfreich, wenn man beim ersten Mal eine Stufenbandage anlegt. Dies in eine Bandage die aus zwei überlappenden Teilen besteht. Zuerst macht man eine Unterarmbandage inkl. Hand. Dann zieht man eine Schlauchgaze über den Oberarm, welche am Ellbogen überlappt mit der Bandage am Unterarm. Darüber wird dann weiter bandagiert. So hat die Patientin die Möglichkeit den Oberarm auszupacken und die Unterarmbandage weiter zu tragen. So kann sie sich daran gewöhnen. Sobald Patient:innen sehen, was der Effekt einer Bandage ist, machen sie in der Regel nachher gerne mit. Wir müssen allerdings dafür sorgen, dass die Bandage auch komfortabel ist. Wenn du nicht sicher bist, ob deine Bandagen komfortabel sind (= nicht zu viel Druck resp. zu eng an der Hand), empfehle ich Ihnen, an sich selbst eine Bandage anzulegen und damit zu schlafen.

Im weiteren Prozedere sollten nach einem individuellen Schema immer wieder Intensivphasen durchgeführt werden (LL#59, #61, #64, #68, #70 und #72). Nur wegen dem starken Handrücken-Ödem wäre es sinnvoll wöchentlich eine MLD mit Fill in & flush und Fibrosegriffe durchzuführen bis dieses Gewebe weich ist.

Damit man das Ganze dokumentieren kann und die Patientin anhand einer Grafik das Resultat der Behandlung zeigen kann und damit motivieren kann, empfehle ich Ihnen die Volumen-Tabelle vom Kantonsspital Winterthur zu verwenden

([https://www.ksw.ch/fachabteilungen/therapien-und-](https://www.ksw.ch/fachabteilungen/therapien-und-rehabilitation/leistungsangebot/physiotherapie/lymphologische-physiotherapie/volumenberechnungs-tabelle/)

[rehabilitation/leistungsangebot/physiotherapie/lymphologische-physiotherapie/volumenberechnungs-tabelle/](https://www.ksw.ch/fachabteilungen/therapien-und-rehabilitation/leistungsangebot/physiotherapie/lymphologische-physiotherapie/volumenberechnungs-tabelle/)) und LL#61. Wenn Sie diese Tabelle vor mehr als

einem Jahr bereits heruntergeladen haben, lohnt es sich dies erneut zu machen denn es wurden einige Verbesserungen angebracht.

Frage 2: Mein Patient hatte ein **Erysipel** und wurde mit Antibiotika behandelt. Wann darf ich wieder MLD anwenden?

Antwort 2: Warten Sie noch weitere zwei Wochen ab dem Zeitpunkt als die starke Rötung verschwunden ist. Es geht darum ein „flare up“ zu vermeiden. So sind Sie auf der sicheren Seite. Wenn man in einer Klinik arbeitet und der Patient bei der antibiotischen Behandlung stationär ist, kann man früher starten, weil der Patient überwacht wird. Warum sollte überhaupt eine Behandlung gemacht werden? Ein Erysipel verursacht sehr häufig einen Schwellungsschub. Dieser sollte so schnell als möglich wieder weggearbeitet werden. Einerseits, weil bei mehr Ödem eher ein Erysipel entsteht, andererseits weil die bestehende Bestrumpfung nicht mehr passt. Deshalb sollte bald eine Intensivphase geplant werden.

Frage 3: Ich habe gelernt, dass ich bei einem **Phlebödem** MLD einsetze und dann eventuell Kompressionstrümpfe organisiere. In unserem Team hat es eine Diskussion gegeben, ob dies richtig ist. Kannst du uns weiterhelfen?

Antwort 3: Eine effiziente Behandlung eines Phlebödems hängt vom Stadium ab. Bei einer einfachen, neuen Diagnose einer venösen Insuffizienz (dicke Füße am Abend, im Sommer oder bei langem Stehen) reicht es aus am Morgen früh mit schlanken Beinen ins Orthopädiegeschäft zu gehen um konfektionierte Unterschenkelkompressionsstrümpfe KKI 2 anmessen zu lassen. Hierfür braucht es eine Verordnung. Die Strümpfe müssen nach 6 Monate ersetzt werden. Es braucht keine Therapie.

Wenn das Krankheitsbild komplexer wird (Ödem, Verfärbung, Hautveränderungen, evt. Fibrosen oder gar ein Ulcus cruris venosum), braucht es eine kurze Intervention mit Kompressionsbandagen. Die MLD macht nur Sinn, wenn das Gewebe fibrotisch ist. Dies ist aber häufig nicht der Fall. Durch die Kompressionsbandagen wird das Volumen reduziert. Die Patient:innen gehen mit der letzten Bandage ins Orthopädiegeschäft und lassen sich einen Kompressionsstrumpf der KKI 3 anmessen. Hierfür braucht es eine Verordnung. Die Strümpfe müssen nach 6 Monate ersetzt werden. Nur wenn das Bein von den Massen her nicht konfektionierte bestrumpft werden kann, braucht es eine Massanfertigung. Massgefertigte, flachgestrickte Strümpfe müssen auch verordnet werden, können aber, wenn verordnet, öfters im Jahr bestellt werden (zB. bei jeder Volumenveränderung). Siehe auch LL#46. Therapeutisch gesehen ist auch das obere Sprunggelenk wichtig. Häufig haben die Patient:innen eine Bewegungseinschränkung. Die Mobilisation und Korrektur des Gangmusters sollten dann im Therapieplan aufgenommen werden.

Frage 4: Ich habe von einer Kollegin gehört, dass es **neue MLD-Techniken** gibt. Mein Lymphkurs liegt 16 Jahr zurück. Sollte ich diese neuen Techniken erlernen? Und wo könnte ich das?

Antwort 4: Es sind tatsächlich sehr effiziente Techniken, welche von Jean-Paul Belgrado entwickelt wurden. Es lohnt sich, diese in seinem Repertoire aufzunehmen. Im Prinzip sind es zwei verschiedene Sachen: die bestehenden Techniken sollten mit mehr Druck ausgeführt werden, damit sie

wirksamer werden. Auch das Vorgehen / die Behandlungssystematik kann optimiert werden, so dass mehr Zeit für das Bandagieren übrigbleibt. Zudem gibt es den neuen Griff 'fill in & flush', der speziell zum Weich-machen des Gewebes und Reduktion der Fibrosierungen gemacht wird. Weitere Informationen könnt ihr im LL#79 nachlesen.

Kompressionstherapie

Frage 4: Bei meinen Patientinnen mit **Lipödem-Syndrom** habe ich das Problem, dass die Bandagen nach kurzer Zeit herunterrutschen. Ich kann nicht so viel Druck machen, weil das Schmerzen verursacht. Aber weil die Beine so konisch sind, rutscht das Material herunter. Hast du eine Lösung? Was macht ihr in diesem Fall?

Antwort 4: Wir empfehlen die Coban™ Lite Bandage. Diese zwei Schichtenbandage rutscht viel weniger, weil die Schichten sich miteinander verkleben. Die Lite Variante ist für weniger Anlegedruck (25mmHg im Knöchelbereich) gedacht. Wenn die Patientinnen nicht so druckempfindlich sind, kannst du auch das Coban™ 2 Lymph (45mmHg im Knöchelbereich) nehmen. Ein weiterer Vorteil dieser Bandagen ist, dass der Druck über mehrere Tage stabil erhalten bleibt. Somit kannst du mit nur zwei oder drei Behandlungen pro Woche auskommen. Es lohnt sich einen Kurs über Anwendung zu besuchen (www.swa.ch). Nur so nebenbei: aktuelle Erkenntnisse zum Thema Lipödem-Syndrom und Empfehlungen für Patientinnen findet man auf der Website von ILA, www.theilanet.com. Weitere Informationen finden Sie im LL#50, #53 und #58.

Frage 5: Wir haben stationär einen Patienten mit als **Nebendiagnose** Ödem an beiden Beinen. Wegen seiner Erkrankung darf der Patient nicht herumlaufen, sondern nur im Bett oder im Rollstuhl sein. Durch das Sitzen während des Tages nehmen die Ödeme ständig zu. Meine Kollegin hat nun probiert mit den bestehenden Kompressionsstrümpfen Abhilfe zu schaffen, aber leider hat das nicht funktioniert. Die Unterschenkel sind jetzt zwar dünner, aber der Patient hatte Schmerzen, es hat eine Abschnürung unter dem Knie gegeben und der Bereich rund ums Knie ist ziemlich viel dicker geworden. Was würdest du uns empfehlen?

Antwort 5: Die Wahl deiner Kollegin ist wahrscheinlich nicht so hilfreich gewesen. Dieser Patient hat unnötig gelitten. Strümpfe sind bei bestimmten Umfängen angemessen worden. Wenn die Beine dann an Volumen zunehmen, kann man nur mit Kompressionsbandagen wieder zu diesen Umfängen zurückkehren und erst dann wieder auf die bestehenden Strümpfe umsteigen.

Frage 6: Meine Lymphödempatientin (sekundäres Beinlymphödem nach Vulva-CA OP mit Lymphknotenentfernung und Bestrahlung) ist heute nach einer Erhaltungsphase von 4 Monaten zu ihrer zweiten Intensivphase gekommen. Beim Befund hat es an mehreren Messstellen eine **starke Zunahme** gegeben. Wir haben versucht zusammen herauszufinden warum es dazu gekommen ist und sind nun ein bisschen ratlos. Sie hat die Kompressionsversorgungen für den Tag und für die Nacht konsequent getragen. Was würdest du empfehlen?

Antwort 6: Leider ist deine Aussage zur Zunahme des Ödems etwas ungenau, aber ich versuche Mal zu antworten. Es gibt hier verschiedene Sachen, die man abklären resp. abfragen soll.

a. *Wann war die letzte onkologische Kontrolle?* Es könnte sein, dass sich neues Tumorgewebe gebildet hat und den Abfluss blockiert. Natürlich muss man hier sehr sensibel vorgehen. Ich

habe in der Regel diese Frage gestellt und wenn die Antwort war ‚vor mehreren Monaten‘ habe ich empfohlen zur Sicherheit den Arzt / die Ärztin zu konsultieren.

- b. *Haben sie sich weniger bewegt, zum Beispiel, weil Sie krank waren oder eine OP hatten?* Es kann sein, dass die Patientin eine Thrombose gemacht hat. Thrombosen im tiefen Venensystem und speziell im Bereich des Beckens können ohne Schmerzen verlaufen. Wenn es eine Thrombose ist, muss die Patientin antikoaguliert werden. Deshalb macht es Sinn, wenn sie zu einer Abklärung geht.
- c. Eine Möglichkeit ist, dass die Kompressionsklasse der Strümpfe zu tief gewählt wurde. Bei einem Beinlymphödem braucht es in der Regel eine KKI 3. Wenn jemand die nicht anziehen kann, kann man auch zwei Strümpfe in eine niedrigere Klasse übereinander anlegen, zum Beispiel einen AF-Strumpf (Oberschenkel) in KKI 2 und eine AD (Unterschenkel) in KKI 2 darüber.
- d. Die Erhaltungsphase war zu lang. Vielleicht braucht diese Patientin jeweils nach 2 ½ Monate wieder eine Woche Therapie. Dies kann man nur durch ausprobieren herausfinden.

Zudem empfehle ich dir die Umfangmessungen in Volumen umzurechnen. Das Team der Lymphologischen Physiotherapie im Kantonsspital Winterthur stellt das entsprechende Tool auf der Website zur Verfügung (<https://www.ksw.ch/fachabteilungen/therapien-und-rehabilitation/leistungsangebot/physiotherapie/lymphologische-physiotherapie/volumenberechnungs-tabelle/>) und LL#61. Du musst zwingend alle 4 cm messen, aber wenn man sich dies Mal angewöhnt hat, will man nicht mehr anders. Die Anwendung und was man alles herauslesen kann, findet man auch auf der Website in der Anleitung.

Frage 7: In meinem Lymphkurs habe ich gelernt, dass die **Bandage in der Nacht entfernt** werden muss. Kolleginnen im Team haben andere Kurse besucht und sind anderer Meinung. Wir müssen uns einigen. Welches Prozedere würden Sie empfehlen?

Antwort 7: Es fragt sich welches Argument für diese Aktion in Ihrem Kurs abgegeben wurde. Ich kann mir nur zwei Sachen vorstellen. Erstens kann es für die einfachen Phlebödeme gedacht worden sein, die, wenn die Patient:innen im Bett sind, nicht der Schwerkraft unterworfen sind. Somit braucht es in der Nacht nicht zwingend eine Kompression. Was machen sie dann aber, wenn sie am nächsten Morgen aufstehen? Sie sollten dann wieder Kompression haben. Deshalb ist es für die Ödemreduktion sinnvoller die Kompressionsbandage drauf zu lassen. Entscheidend ist, dass sie einen niedrigen Ruhedruck hat. Dies erreicht man, indem man durch die Unterpolsterung anbringt und die Muskulatur anspannen lässt, wenn Sie die Bandage anlegen. Zweitens wäre es möglich, dass diese Instruktion als Vorsichtsmassnahme gegeben wurde, damit keine Druckstellen produziert werden. Dies kann man sehr gut vermeiden, in dem man seine Bandage-Technik überprüft und optimiert.

Krankheitsbilder

Frage 8: Ein Hausarzt hier aus dem Dorf hat einen Patienten mit einem **Kopflymphödem** geschickt und ich bin ziemlich ratlos. Die Diagnose war Zungengrund-CA und es wurde eine selektive Neckdissektion durchgeführt. Die Schwellung ist dann erst bei der Bestrahlung entstanden. Mache ich hier MLD und wohin wird das abdrainiert? Und wie geht das mit Kompressionstherapie? Der Patient möchte auch wissen, wie die Aussichten auf Erfolg sind?

Antwort 8: Die Ödembehandlung am Kopf ist ein bisschen anders als sonst am Körper. Erstens macht man keine Intensiv- resp. Erhaltungsphasen, sondern beginnt intensiv, mit zum Beispiel drei bis fünf Behandlungen pro Woche und reduziert die Frequenz, wenn das Ödem abnimmt. Die Grifftechnik wird kleiner ausgeführt und der Druck angepasst an die Anwesenheit von Fibrosen. So lange wie die Haut wegen der Bestrahlung noch rot ist, sollte man da nicht drauf arbeiten. Abflussrichtung ist nach hinten und kaudal über die Jugulariskette resp. die Haut zu den Venenwinkeln. Wenn das Ödem einseitig ist, kann man probieren auch über die andere Kopfhälfte zu drainieren. Die Kompression macht man zum Beispiel mit einer elastischen Schlauchgaze und Aktivpolster, siehe LL#8. Neben dem Ödemproblem gilt es auch die anderen Strukturen wie Muskeln und Gelenke zu behandeln. Dehnung, Kräftigung, Beweglichkeit und Kopfhaltung sollten auch auf dem Programm stehen.

Frage 9: Seit einiger Zeit habe ich das Gefühl, dass meine Patientinnen öfters ein **Brustödem** als Armlymphödem haben. Ich finde die Brustödeme schwieriger zu behandeln. Mein Fokus liegt auf der manuellen Lymphdrainage. Aber ich habe oft das Gefühl das ich nicht vorwärtskomme. Hast du Tipps für mich?

Antwort 9: Wir haben das Gleiche festgestellt und mit unseren Brustchirurgen diskutiert. Es ist einerseits wegen veränderter OP-Techniken und kann aber auch mit einer Bestrahlung in der Axilla zusammenhängen. Die Behandlung ist ähnlich wie bei Frage 8; keine Intensivphase, sondern die Behandlung startet mit mehreren Therapien pro Woche. MLD mit viel Fibrosegrieffen und eine Instruktion zur Selbstbehandlung wird durchgeführt. Abflussrichtung ist zur Axilla auf der gleichen Seite (siehe LL#79). Die Patientin erhält auch hier eine Kompressionsversorgung, die verschiedenartig gemacht werden kann (LL#65). Man sollte unbedingt mit der Patientin kommunizieren, dass die Behandlung langwieriger ist als eine Armbehandlung. Dafür bleibt das Ödem in der Regel weg, wenn es Mal reduziert worden ist (LL#65).

Frage 10: Wir haben im Spital immer wieder **Diskussionen mit den Orthopäden**, speziell wenn es um Knie OP's geht. Sie finden die entstauenden Massnahmen unnötig und verordnen sie auch nicht. Wir denken aber auch, dass in den postoperativen Kontrollen der Ödemsituation keine grosse Beachtung geschenkt wird. Was hältst du vom Stellenwert der Lymphologischen Physiotherapie bei diesen postoperativen Ödemen?

Antwort 10: Diese Frage haben wir schon mehrmals erhalten. Es scheint System zu haben. Ich bin überzeugt, dass man durchaus etwas beitragen kann. Für mich ist entscheidend, welche Ödeme man entstaut und wie man mit den Chirurg:innen kommuniziert. Direkt postoperativ ist es oft hilfreich, wenn man den Unterschenkel inkl. Fuss bandagiert. Hierbei muss der Abschluss an der oberen Kante komplett ohne Druck sein, damit es nicht ins Knie staut. Das Kriterium ist einen grösseren Umfang am Unterschenkel (>2cm) als auf der anderen Seite oder eine vorbestehende, venöse Insuffizienz. Die Argumentation für den Operateur ist, dass es einen besseren Start in die Reha gibt. Diese Massnahme muss nur wenige Tage eingesetzt werden. Wenn im späteren Verlauf das Knie zu fest geschwollen ist (Kriterium ist Einschränkung der Beweglichkeit durch das Ödem) lohnt es sich eine Stufenbandage zu machen. Stufe 1 ist ein konfektionierter Kompressionsstrumpf am Unterschenkel in KKL 2 und eine Kniekompressionsbandage beginnend am proximalen Unterschenkel und bis mindestens Mitte Oberschenkel. Wenn diese Bandage gerne nach unten rutscht, dann bis zur Leiste bandagieren. Die Argumentation für den Operateur ist, dass die Oberschenkelbandage nicht ständig getragen wird, sondern vor allem über Nacht,

wenn die Beweglichkeit so oder so nicht geübt wird. Wir haben schon erlebt, dass nach einer Bandage, die während 10 Stunden über Nacht getragen wurde, das Ausmass der Flexion spontan 15° mehr war. Weitere Info's findest du in LL#75.

Frage 11: Ich sollte für unser Team ein Konzept zur **Früh-Rehabilitation nach einer Brusttumor-Operation** erarbeiten. Kannst du uns auf dem Weg helfen? Welche Standards gelten heute?

Antwort 11: In diesem Zusammenhang sehe ich zwei Aspekte, welche zu berücksichtigen sind: erstens die Art der Operation, Sentinel-OP (also Wächterlymphknoten Entfernung) oder ALND (also Lymphknotenentfernung) soll das Vorgehen bestimmen und zweitens die Informationen, die die Patient:innen erhalten sollen, ohne dass sie Angst für Komplikationen bekommen. Bewegungseinschränkungen in den ersten 10 Tage aufzulegen, macht Sinn, wenn es eine Lymphknotenentfernung gegeben hat. Bei einer Sentinel-OP kann man die Beweglichkeit freigeben nach Massgabe der Beschwerden. Für beide Gruppen ist es wichtig, dass sie die Kriterien kennen, für wenn der Verlauf nicht wunschgemäss ist und sie sich melden sollen. Für diejenigen, die eine Radiotherapie erhalten, muss die Flexion/ Abduktion bis zu dem Zeitpunkt möglichst 160° oder mehr sein. Wenn man ein Übungsplan für zu Hause abgeben kann, würde ich dies in Zeitphasen aufteilen, so dass die Steigerung in den Übungen zum richtigen Zeitpunkt gemacht werden kann.

Wegen den Informationen darf man nicht vernachlässigen, was Dr. Google und KI für Einfluss nehmen. Nach einer ALND bekommt statistisch gesehen jede Fünfte ein Lymphödem. Bei den Sentinel ist dies viel weniger aber nicht null. Auch hier fände ich die Handhabung gut, dass die Betroffenen wissen, bei welchen Symptomen sie sich bei wem melden sollen. Wenn man hier etwas Schriftliches abgeben möchte, würde ich die Broschüre ‚Das Lymphödem nach Krebs‘ der Krebsliga empfehlen.

Leistungsabrechnung

Frage 12: Wir behandeln eine Patientin mit St. nach Knie-TP. Sie ist mit einer Verordnung für die Rehabilitation gekommen. Nun wollen wir zusätzlich das Knie entstauen, denn die Schwellung stört bei der Mobilisierung. Können wir nun dafür die **Position 7311** abrechnen?

Antwort 12: Das geht leider nicht. Die posttraumatische und postoperative Ödembehandlung kann nur unter 7301 abgerechnet werden, weil es sich hierbei nicht um einen chronischen Zustand handelt. Die Kompressionsbandage wird ja nur während einer kurzen Zeit eingesetzt und sobald die Schwellung resorbiert wurde, kann man wieder damit aufhören und mit der Reha weitermachen. Es braucht eigentlich auch keine separate Verordnung dafür. Die Therapeuten entscheiden über die Massnahmen, die zum Ziel führen. Sicher ist es hilfreich, wenn die Ärzteschaft und die Therapeuten sich einig sind über die Massnahmen. Oft gibt es Ärzte die befürchten, dass die Bandage die Beweglichkeit einschränkt. Denen kann man dann zeigen, dass in einer guten Bandage 90° Flexion ohne Problem möglich ist. Die Vorteile zu Beginn der Reha ohne Schwellung sollten unterstrichen werden.

Haben Sie eine Fachfrage? Sie können diese bis zum Ende des Jahres auf der Website stellen. Zuerst einloggen und dann bei Fachfragen in der linken Spalte den Button ‚Fachfragen stellen‘ drucken.