

Alles über das Lipödem



Abb. 1: Lipödem Stadium I



Abb. 2: Lipödem Stadium II



Abb. 3: Lipödem Stadium III

Sie lesen in
diesem Heft:

Angelines
Monsterbein

Lehrbuch der Ent-
stauungstherapie



Verein zur Förderung der
Lymphoedemtherapie e. V.

Dieses Exemplar wurde Ihnen überreicht durch:

Noch vor ein paar Jahren hat kaum jemand etwas von einem Lipödem gehört. Doch in der letzten Zeit berichten TV und Presse immer häufiger über eine Krankheit namens „Lipödem“, die Frauen körperlich verunstaltet, in die Depression treibt und nur durch eine Fettabsaugung zu heilen ist. Der Medienrummel hat den Begriff „Lipödem“ in weiten Kreisen der Bevölkerung bekanntgemacht.

Nur bei den niedergelassenen Ärzten scheint er noch nicht so recht angekommen zu sein. Kommt etwa eine Frau mit dicken, schmerzenden Beinen zum Arzt, ist die Wahrscheinlichkeit recht hoch, dass der Doktor ihr sagt, sie sei zu fett und müsse abnehmen. Und das ohne versucht zu haben, herauszufinden, WAS denn der Grund für die dicken Beine sein könnte. Beispiel: Eine Patientin mit einem ausgeprägten Lipödem kommt zum Arzt. Der wirft einen kurzen Blick auf die Patientin und sagt „Wie sehen Sie denn aus? Wie groß sind sie?“ Die Patientin antwortet „ein Meter dreiundfünfzig“, worauf der Arzt erwidert „und genauso schwer, oder?“ Das will die Patientin aber nicht auf sich sitzen lassen und verteidigt sich: „Herr Doktor, wenn ich 153 Kilo wiegen würde, könnte ich mich nicht

mehr bewegen. Ich weiß, dass ich zu schwer bin, aber hier geht es um mein Lipödem und ich bitte Sie, sich darum zu kümmern.“

Diese Geschichte ist leider nicht erfunden sondern traurige Realität, die sich in ähnlicher oder anderer Form tagtäglich viele Male wiederholt. Aufgrund der in der Ärzteschaft weit verbreiteten Unkenntnis des Krankheitsbildes „Lipödem“ wird diese Erkrankung meist erst diagnostiziert, wenn sie bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und Folgeschäden aufgetreten sind: In der Hälfte der Fälle vergehen ab dem Auftreten des Lipödems mehr als zehn Jahre, bis die Diagnose gestellt wird, bei fast einem Viertel der Fälle sogar 30 Jahre und mehr! So lange müssen viele der betroffenen Frauen eine wahre Hölle durchlaufen, bis ihnen endlich geholfen wird.

Dieser Zustand ist höchst skandalös, denn das Lipödem ist eine echte Volkskrankheit. Laut einer Studie von Marshall und Schwahn-Schreiber liegt bei 9,7 Prozent der Frauen ein „mäßig bis deutlich ausgeprägte(r) Befund im Sinne der deutlich verstrichenen Fesseltaile mit entsprechendem sonografischen Befund“ vor. Demnach

wären bei uns also mehr als 2,7 Mio. Frauen betroffen. Földi beziffert die Häufigkeit des Lipödems sogar auf 11 Prozent, was fast 3,8 Mio. Frauen beträfe.

Der erste und wichtigste Schritt zur Lösung der vielfältigen Probleme, mit denen Lipödem-Patientinnen ständig konfrontiert sind, liegt darin, dass die betroffenen Frauen ein solides Wissen über ihre Erkrankung und alles was damit zusammenhängt bekommen. Auch wenn sich das Lipödem dadurch nicht in Luft auflöst, sind sie dann aber eher in der Lage, kompetente Hilfe zu finden. Zudem gewinnen sie durch ihr Wissen Sicherheit und Selbstbewusstsein. Dann brauchen sie die beleidigenden Sprüche mancher Ärzte und Mitmenschen nicht länger hilflos hinnehmen. Sie können dann den Schwätzern durch qualifizierte Entgegnungen den Wind aus den Segeln nehmen und sie recht dumm aussehen lassen. Das wirkt ausgesprochen aufbauend!

Das Krankheitsbild „Lipödem“

Das Lipödem ist eine krankhafte Fettverteilungsstörung bisher noch nicht geklärt Ursache, die bei Frauen symmetrisch an beiden Beinen, teilweise zusätzlich auch an den Armen auftritt.

Das Lipödem betrifft ausnahmslos Frauen und tritt nie vor der Pubertät auf. Es kann auch im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft, den Wechseljahren oder einer gynäkologischen Operation (Entfernung von Gebärmutter, Eierstöcke, Eileiter etc.) auftreten bzw. sich verschlimmern. Aus diesen Gründen wird eine hormonelle Ursache dieser Krankheit vermutet.

Es wurde jedoch auch von Fällen berichtet, in denen ein Lipödem nach einer Vollnarkose oder einer schweren Stress-Situation (Tod eines geliebten Menschen, Scheidung, schwerer Schock etc.) auftrat. Dann wird oft schnell ein Kummerspeck „diagnostiziert“, den sich die arme Frau angefressen hat. Oft kann eine familiäre Häufung des Lipödems festgestellt werden, es kann aber auch „spontan“, also ohne ein in der Familie bisher beobachtetes Vorkommen, auftreten. Und – darauf weisen wir mit Nachdruck hin – magere Frauen können ebenso ein Lipödem bekommen wie extrem fettleibige!

Das Lipödem hat eine Neigung zur Verschlimmerung. Diese „Progredienz“ ist aber individuell stark unterschiedlich und im Einzelfall nicht vorhersagbar. In Abhängigkeit von der Ausprägung unterscheiden wir drei Stadien des Lipödems:

Stadium I: sichtbare Tendenz zur „Reithosen“-Form, die Haut ist glatt und gleichmäßig, wird sie (zusammen mit dem Unterhautgewebe!) zusammengeschoben (Pinch-Test), zeigt sich eine „Orangenhaut“-Textur, das Unterhautgewebe fühlt sich verdickt und weich an, teilweise (besonders innen an Oberschenkeln und Knien) sind „styroportügelchen-artige“ Strukturen tastbar.

Stadium II: ausgeprägte „Reithosen“-Form, grobknotige Hautoberfläche mit großen Dellen und walnuss- bis apfelgroßen Knoten („Matratzenhaut“), das Unterhautgewebe ist verdickt aber noch weich.

Stadium III: Unterhautgewebe stark verdickt und verhärtet, grobe, deformierende Fettlappen an den Innenseiten der Oberschenkel und der Kniegelenke (Scheuer-Wunden!), teilweise über die Knöchel herunterhängende Fettwülste, X-Beinstellung (dauerhaft hohe Fehlbelastung der Gelenke!).

Die Diagnose des Lipödems erfolgt grundsätzlich durch Erhebung der Krankheitsgeschichte (Anamnese), Anschauen (Inspektion) und Abtasten (Palpation). Typische Kennzeichen des Lipödems:

- Es tritt immer symmetrisch an beiden Beinen auf.
- In etwa einem Drittel der Fälle sind zusätzlich die Arme betroffen. Dann ähnelt die Fettverteilung dort der an den Beinen.
- Niemals sind die Hände bzw. die Hände betroffen. Das vermehrte Fettgewebe erstreckt äußerstenfalls bis zu den Knöcheln bzw. Handgelenken.
- Spontane („grundlose“) Schmerzen in Form eines dumpfen Schwellungsgefühls, Berührungs- und Druckschmerzhaftigkeit an Ober- und Unterschenkeln. Diese Beschwerden verschlimmern sich meist mit zunehmender Flüssigkeitseinlagerung im Lauf des Tages.
- Ausgeprägte Neigung zu Hämatomen („blaue Flecken“, Blutergerüsse) schon bei geringen Stößen oder Druckbelastung aufgrund einer erhöhten Brüchigkeit der Haargefäße („Kapillarfragilität“).
- Flüssigkeitseinlagerungen („orthostatische Ödeme“) im Fettgewebe in der zweiten Tageshälfte, insbesondere bei warmem Wetter und nach langem Stehen oder Sitzen.
- Die Menge des Fettgewebes im Lipödem kann weder durch Diät noch Sport reduziert werden (Diät-Resistenz). Selbst extreme Abmagerungskuren, die Oberkörper und Gesicht ausgemergelt und knochig wirken lassen, führen zu keinerlei Abnahme des Lipödems.
- Gesäß und Beine wirken gegenüber dem Oberkörper unproportioniert. Das gilt unabhängig davon, ob die Patientin schlank oder übergewichtig ist! In jedem Fall ist der Umfang der Hüfte mindestens 1,4-mal größer als der Taillenumfang („Waist-to-hip-ratio“) oder „Taille-Hüft-Verhältnis“ ist kleiner als 0,7).
- Ein (vorsichtiger!) Kneiftest (Pinch-Test) im Bereich des Lipödems verursacht Schmerzen, nicht dagegen am Bauch oder Rücken.
- Die Schmerzhaftigkeit des Lipödems hängt nicht von der Ausprägung des Fettgewebes sondern der Flüssigkeitseinlagerung ab. Auch relativ „dünne“ Lipödeme können extreme Schmerzen verursachen!
- Die Haut im Bereich des Lipödems fühlt sich im Vergleich zur Haut am Bauch oder am Rücken knotig an.
- Bei schlanken, sportlichen Frauen, deren Muskeln sich am Rumpf (insbesondere am Rücken) deutlich abzeichnen, ist die Muskulatur im Bereich des Lipödems durch Fettgewebe „verstrichen“ (nicht sichtbar).
- Das Lipödem ist von weicher Konsistenz (Ausnahme Stadium III), ein Druck mit dem Daumen hinterlässt keine Eindellung.
- Die Oberschenkel fühlen sich kalt an.

Das ist insbesondere bei der **Unterscheidung zwischen dem Lipödem und der Extremitäten-Lipohypertrophie** von Bedeutung. Letztere sieht wegen der Symmetrie der Fettverteilung dem Lipödem sehr ähnlich und es liegt auch eine gewisse Hämatom-Neigung, nicht jedoch die Schmerzhaftigkeit vor. Deshalb ist sie im Gegensatz zum Lipödem keine Erkrankung sondern eine Variante der Körperform. Es wird allerdings vermutet, dass sich im Laufe der Zeit aus einer Extremitäten-Lipohypertrophie ein Lipödem entwickeln kann.

Bei der Diagnose des Lipödems muss der Arzt dieses von ähnlichen Befunden abgrenzen (**Differenzialdiagnose**, abgekürzt DD). Neben der Extremitäten-Lipohypertrophie wären hier vor allem zu nennen:

- periphere (gynoid) Adipositas („Birnentyp“).
- benigne symmetrische Lipomatose (Madelung-Syndrom, Lauenois-Bensaude-Syndrom).
- Morbus Dercum (Lipomatosis dolorosa), die Abgrenzung zum Lipödem ist jedoch schwierig.
- Ödeme aufgrund anderer Ursachen (Phlebödeme etc.).

In der Praxis beobachten wir häufig, dass das Lipödem mit dem Lymphödem verwechselt wird. Da letzteres jedoch so gut wie nie symmetrisch auftritt, ist diese Verwechslung nicht nachvollziehbar.

Bildgebende Diagnosetechniken:

1. Mit CT und MRT können Lokalisation und Ausmaß der Fettvermehrung erfasst werden. Deren qualitative und quantitative Aspekte sind sonographisch (mit Ultraschall) darstellbar. Die Subkutis beim Lipödem weist im Vergleich zur normalen Unterhaut anfangs eine gleichmäßig vermehrte Echogenität („Schneegeböck“) mit echoreichen Bindegewebs-Septen auf. Später kommen echo-arme Areale hinzu, was der Vermehrung der interstitiellen Flüssigkeit geschuldet sein dürfte.
2. Bei der Duplexsonographie mit Kompression sind die durch den Druck verursachten Schmerzen und die Inkompressibilität des Gewebes oftmals proportional der Ausprägung des Ödems.
3. Lipödeme zeigen bei der indirekten Lymphographie ein flammenförmig konfiguriertes Injektionsdepot. Die Lymphkollektoren verlaufen – mit nicht erweiterten Lumen – auffallend langstreckig geschlängelt durch das verbreiterte Unterhautfettgewebe.

Die Ursachen von Befunden des Lipödems

Orthostatische Flüssigkeitseinlagerungen: Im gut durchblutetem Lipödem fällt aufgrund der hohen Wand-Durchlässigkeit (Permeabilität) der Blutkapillaren viel Gewebwasser an. Das Lymphgefäßsystem reagiert darauf indem es seine Transportkapazität drastisch erhöht. Bei langem Stehen bzw. Sitzen und hohen Temperaturen kann im Lauf des Tages der Flüssigkeits-Anfall jedoch größer als der Lymphabfluss werden (Hochvolumen-Insuffizienz). Dann entstehen Ödeme, die sich durch Hochlagern der Gliedmaßen und während der Nachtruhe wieder zurückbilden (Ausnahme: siehe Lipo-Lymphödem).

Ein weiterer Grund für diese Flüssigkeitseinlagerungen ist die **hohe Dehnbarkeit (=geringe Elastizität) der Haut** im Bereich des Lipödems. Die Haut setzt dem Muskeldruck keinen Widerstand entgegen, die Funktion der „Muskel- und Gelenkpumpe“ ist dadurch stark eingeschränkt. Blut „versackt“ in den Blutgefäßen der Beine und es wird vermehrt Flüssigkeit in das umliegende Gewebe filtriert. Zusätzlich kann die dehnbare Haut nicht die Rückstellkraft aufbringen um den Gewebedruck zu erhöhen, den die Lymphgefäße zur Aufnahme von Gewebeflüssigkeit und deren Abtransport benötigen. Und drittens wird der „veno-arterielle Reflex“ gestört, der bei einem Anstieg des Blutdrucks in den Venen durch das Zusammenziehen der zuführenden Arterien den Blutzufluss begrenzt. Dies alles begünstigt die Zunahme von Flüssigkeit im Gewebe in hohem Maße.

Diät-Resistenz: „Normale“ Fettzellen (Depot- oder Speicherfett) verändern durch Aufnahme oder Abgabe von Fett ihre Größe. Nehmen sie stark zu, sprechen wir von einer Hypertrophie (Überernährung). Bleibt die Größe der Fettzellen konstant aber ihre Anzahl vergrößert sich, liegt eine Hyperplasie (übermäßige Zellbildung) vor. Prof. Brenner von der Medizinischen Universität Innsbruck schreibt über das Lipödem: „Histologisch findet sich eine Hyperplasie des Fettgewebes. Die Problematik liegt darin, dass oftmals neben einer Vermehrung von Fettzellen (Hyperplasie) auch eine Vergrößerung (Hypertrophie) dieser Fettzellen beobachtet wird. Für die Kausalität der Hyperplasie spricht, dass das Fettvolumen beim Lipödem linear nicht beeinflusst werden kann.“

In Prof. Brenners Aussage liegt der Schlüssel dafür, dass das Lipödem nichts mit einem ernährungsbedingtem Übergewicht zu tun hat. Betroffene Frauen sollten sie aufschreiben und zum nächsten Arztbesuch mitnehmen. Das Lipödem ist also eine Kombination aus Hypertrophie und Hyperplasie von Fettzellen. Offensichtlich überwiegt hier die Hyperplasie. Darum kann das Lipödem nur ganz wenig oder gar nicht „abgehungert“ werden. Zudem führt ein schlechter Lymphab-

fluss zu einer Fettablagerung, das Lipödem nimmt zu, das wiederum verschlechtert den Lymphabfluss und so weiter und so fort...

Schmerzhaftigkeit: Typisch für das Lipödem sind die Druck- und Spontanschmerzen. Ein leichter Druck auf den Schenkel kann extrem schmerzhaft sein. Eine zärtliche Berührung des Beins durch den Partner kann einen lauten Aufschrei auslösen. Wir kennen Fälle von zerbrochenen Paarbeziehungen, weil der Partner nicht glauben konnte, dass seine zärtliche Berührung Schmerzen hervorruft und die Schmerzäußerung als Zeichen der innerlichen Ablehnung durch die Frau interpretierte.

Die Spontanschmerzen treten ohne äußere Ursache auf. Der Grund dafür ist noch nicht geklärt. Földi vermutet, dass der Flüssigkeits-Stau im Lipödem dafür verantwortlich ist. Die aus Fettzellen bestehenden Fettläppchen (Lobuli) des Lipödems sind durch bindegewebige Scheidewände (Septen) voneinander getrennt. Nur in den Septen, nicht aber in den Lobuli gibt es „initiale Lymphgefäße“, die das Gewebwasser aufnehmen können. Doch hierhin gelangt die Flüssigkeit durch die labyrinthartigen Spalten zwischen den Fettzellen nur sehr langsam sickernd. Es bildet sich ein eiweißreicher Flüssigkeitsfilm um die Fettzellen und ihre Blutkapillaren. Aufgrund dieses abnormalen „inneren Milieus“ reagieren die Sinnesnerven mit Signalen an das Zentralnervensystem, das diese als Schmerz interpretiert. Frau Dr. Reißhauer von der Berliner Charité vermutet eine Reaktion der Nozizeptoren (sensorische Nervenendigungen), die eine Gewebeschädigung in Schmerzsignale umwandelt. Wie dem auch sei, das Lipödem tut weh.

Das Lipo-Lymphödem

Aufgrund der dauerhaft hohen Belastung „ermüden“ die Lymphgefäße im Laufe der Jahre und ihre Transportkapazität sinkt. Die Gewebeflüssigkeit kann dann nicht mehr ausreichend abtransportiert werden und es bilden sich eiweißreiche Ödeme. Das sich einlagernde Eiweiß führt zu Verhärtungen des Gewebes (Fibrosen) und krankhaften Veränderungen der Lymphgefäße (Lymphangioklerosen). Schließlich entsteht daraus ein sekundäres Lymphödem und dann liegt ein Lipo-Lymphödem vor. Dies ist an der Schwellung des Fußrückens und einem positiven Stemmer'schen Zeichen erkennbar. Manche Autoren bezeichnen das Lipo-Lymphödem auch als das Stadium IV des Lipödems.

Begleiterscheinungen des Lipödems

Psychische Belastung: Als die US-amerikanischen Ärzte Allen und Hines 1940 erstmals eine Krankheit namens „Lipödem“ beschrieben, berichteten sie, dass die Frauen diese als sehr belastend empfinden, viele sich ihrer Beine schämen und manche Patientinnen sogar meinten, die dicken Beine hätten ihr Leben ruiniert. Damit wären wir mitten in der Problematik, unter der die meisten betroffenen Frauen extrem leiden.

Das Schönheitsideal unserer Zeit ist die schlanke Figur. Frauen, insbesondere jüngere, die davon deutlich abweichen, erleben Gefühle von Scham und Unsicherheit. Früher, als Frauen lange Röcke trugen, konnten dicke Beine leicht versteckt werden. Doch seit sich kurze Röcke, Hosen und enge Jeans als Bekleidung der Damen durchgesetzt haben, sind Frauen, deren Beine nicht dem angesagten Stil entsprechen, Verlierer.

Viele von ihnen versuchen, durch Hungern und intensiven Sport abzunehmen. Und das funktioniert auch... doch nicht am Lipödem! Schlimmer noch: Angesichts des abgemagerten Oberkörpers wirken Beine und Po dann noch dicker als zuvor. Enttäuschung, Verzweiflung und Schuldgefühle (wegen des vermeintlichen Versagens) stel-

len sich ein. Hinzu kommen die Schmähungen von Mitmenschen und manchen Ärzten sowie die verbreitete Praxis von Krankenkassen bzw. Rentenversicherung, den Patientinnen notwendige Therapie-Maßnahmen (Reha etc.) zu verweigern. Manche von Lipödem-Patientinnen legen noch einen Gang zu und kasteien sich regelrecht, andere sind so frustriert, dass sie – weil sowieso alles aussichtslos ist – Trost im Essgenuss suchen. Mit den entsprechenden Folgen!

Übergewicht, Adipositas: Lipödem und Übergewicht sind zwei völlig verschiedene Dinge. Allerdings treten sie oft zusammen auf. Grund dafür ist, dass viele Lipödem-Patientinnen versuchen, mit Diäten das Fett an Po und Beinen abzubauen. Leider passiert dabei das Gegenteil: Sie hungern sich mit der Zeit ein Übergewicht an. Denn der Körper reagiert auf eine starke Reduzierung der Nahrungszufuhr durch Umstellung auf eine effektivere Nahrungsverwertung (Hunger-Stoffwechsel). Bei der Rückkehr zur „normalen“ Essgewohnheit genügen dann wesentlich weniger Kalorien als zuvor um wieder zuzunehmen. Auf Dauer bewirkt jede strenge Diät eine Gewichtszunahme. Zudem wird oft wegen des großen Körpergewichts und der Gelenkschmerzen weniger Sport getrieben. Dies führt zu einem Teufelskreis aus Gewichtszunahme, Verschlimmerung der Gelenkschmerzen, Gewichtszunahme, Verschlimmerung ...

Esstörungen: Eine Untersuchung an 100 Lipödem-Patientinnen in der Schwerpunktpraxis Lipödem Schwarzenbach am Wald (Dr. med. Josef J. Stutz) kam zu folgenden Ergebnissen: 74 Prozent leiden an chronischen Essstörungen, 12 Prozent haben periodisch unkontrollierbare Fressanfälle (Binge eating), 8 Prozent leiden unter Bulimie (Ess-Brechsuch), heftigen Heißhungerattacken, nach denen sie durch selbst herbeigefügtes Erbrechen, mit extremen Diäten und Abführmitteln versuchen, eine Gewichtszunahme zu vermeiden, damit ihre Suchterkrankung nicht bemerkt wird.

Besonders bedenklich ist aber die Tatsache, dass 16 Prozent – also mehr als jede sechste der untersuchten Frauen! – an Anorexia nervosa (Magersucht) leidet, einer psychisch bedingten schweren Essstörung. Denn bis zu 15 Prozent der Erkrankten sterben daran, entweder durch Komplikationen wie Herzversagen, Infektionen oder aber durch Selbstmord. Die Überleben, leiden zum Teil lebenslang an Knochenschwund (Osteoporose), Nierenversagen oder anderen Langzeitfolgen.

Körperliche Schmerzen: Wie gravierend die Schmerzproblematik beim Lipödem ist, zeigt die zitierte Studie von Dr. Stutz. Dabei wurde die Intensität der körperlichen Schmerzen nach einer normierten Skala quantifiziert. Die Skala reicht von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (unerträgliche Schmerzen). Bei 80 Prozent der untersuchten Lipödem-Patientinnen lag die Schmerzstärke bei 5 und mehr, bei 59 Prozent zwischen 7 und 10. Bei 11 Prozent – also jeder neunten – waren die Schmerzen unerträglich (Wert 10).

Seelische Schmerzen: Bei den seelischen Schmerzen sind die Verhältnisse sogar noch dramatischer: 90 Prozent hatten Schmerzen der Stärke 5 und mehr, 77 Prozent zwischen 7 und 10, und bei 40 Prozent war die Intensität der Schmerzen 9 und 10!

Suizidalität: Angesichts der hier beschriebenen Probleme und Leiden, die das Lipödem den Betroffenen dauerhaft beschert und ihren Ängsten, ob und wie sich die Probleme in der Zukunft verschlimmern, ist es nicht verwunderlich, dass in einer Befragung jede achte Lipödem-Patientin angab, mindestens einen Selbstmordversuch hinter sich haben. Doch wie viele dabei „erfolgreich“ waren, ist nicht bekannt.

Orthopädische und andere Erkrankungen: Bei zunehmender Ausprägung des Lipödems bilden sich Wülste an den Innenseiten der Oberschenkel. Diese können zu Störungen des Gangbildes (Abspreizen der Beine) und Fehlbelastungen der Gelenke führen. Darum ist die Arthrose der großen Beingelenke eine schwerwiegende Komplikation des Lipödems, die wiederholt zu Arbeitsunfähigkeit, ja sogar zur Invalidität führen kann. Häufig muss dann ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk implantiert werden, wobei die Ursache der Beinachsen-Fehlstellung damit nicht beseitigt wird. Auch leiden viele Betroffenen unter starken Rückenschmerzen, weil die Wirbelsäule wegen des ausgeprägten Gesäßes beim Liegen eine unnatürliche Krümmung einnimmt. Durch Scheuern der Innenseite der Beine wird die Haut wund. Diese Schmerzen kommen zu den „normalen“ Schmerzen des Lipödems hinzu. Viele Patientinnen nehmen deshalb über Jahre hinweg Schmerzmittel, was oft zu Abhängigkeit, Nerven- und Organschäden führt.

Therapiemöglichkeiten

Für die Therapie des Lipödems gibt es keine Medikamente. Von Wasertabletten und Abführmitteln ist dringend abzuraten! Eine vernünftige Ernährung und sportliche Betätigungen können gegen Übergewicht helfen, das Lipödem selbst bleibt jedoch davon unbeeinflusst. Durch eine Hormontherapie kann eine diagnostizierte hormonelle Störung behandelt werden. Doch das Lipödem bildet sich dadurch nicht zurück. Somit stehen nur konservative und operative Methoden bzw. eine Kombination daraus zur Verfügung.

Da die Ursache des Lipödems nicht bekannt ist, kann eine Therapie nur auf die Verbesserung der Beschwerden abzielen. Je früher die Therapie begonnen wird, desto besser stehen die Aussichten auf gute Ergebnisse. Leider wird aufgrund der in unserem Gesundheitssystem (Ärzte, Krankenkassen etc.) weit verbreiteten Unkenntnis bzw. des Leugnens der Krankheit „Lipödem“ diese Chance häufig vertan.

Konservative Therapie

Zur Verbesserung bzw. Beseitigung der Spannungs- und Druckschmerz-Symptomatik sowie zur Reduzierung der Wassereinlagerungen ist die Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (KPE) in vielen Fällen sehr wirksam. Die KPE besteht aus Manueller Lymphdrainage (MLD), Kompressions- und Bewegungstherapie sowie Hautpflege. Sie ist eine 2-Phasen-Therapie, wobei bei jüngeren Patientinnen mit einem Lipödem im Stadium I oftmals auf die erste Phase – die Entstauungsphase – verzichtet werden kann.

Bei ausgeprägten Lipödem sind während der Entstauungsphase je nach Schwere des Befundes zweimal am Tag 45 bis 60 Minuten MLD mit anschließender Kompressions-Bandagierung und intensiver Bewegungstherapie notwendig. Diese Phase dauert meist 3 bis 4 Wochen. Da die Therapie hier sehr aufwändig ist, muss sie meist in einer Lymphologischen Fachklinik durchgeführt werden.

In der Therapie des Lipödems dient die MLD in erster Linie zur Schmerzlinderung. Für die Ödem-Reduzierung spielt sie eine eher untergeordnete Rolle. Viel wichtiger ist hier die Kompression, da diese der erhöhten Bildung von Gewebswasser entgegen wirkt und den venösen Abfluss verbessert. Aus diesem Grunde ist im Heilmittelkatalog der Ärzte das Lipödem nicht als Indikation für MLD aufgeführt. Darum verschreiben viele Ärzte Lipödem-Patientinnen keine MLD. Doch **wenn trotz konsequenten Tragens der Kompression die Beschwerden fortbestehen**, ist die MLD auch beim Lipödem angezeigt. Und dann **können Kassenärzte problemlos MLD verschreiben!** Denn die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereini-

gang (KBV) haben sich in einem gemeinsamen Fragen- und Antworten-Katalog zu den Heilmittel-Richtlinien auf diese Formulierung geeinigt: „Das Lipödem wird synonym auch Lipolymphoedem genannt; demnach ist eine Einordnung unter LY1 oder LY2 möglich und könnte mit einer MLD behandelt werden.“ LY1 (maximal können 2 x 6 MLD verordnet werden) ist für einen kurzzeitigen Behandlungsbedarf vorgesehen. Beim Lipödem kommt meistens LY2 (es können bis zu 5 x 6 = 30 MLD verordnet werden) infrage.

Die Eigenbehandlung mit einem Heimgerät (Lympha Press) zur Intermittierenden Pneumatischen Kompressionstherapie (IPK), auch Apparative Intermittierende Kompressionstherapie (AIK) genannt, kann eine sinnvolle und preiswerte (ständige Zuzahlung für MLD!) Alternative zur MLD beim Lipödem sein. Doch bei dekompensierter Herzinsuffizienz, akuten bakteriellen Entzündungen und frischer Thrombose ist die IPK / AIK kontraindiziert.

Der Beginn einer Therapie des Lipödems muss in Abhängigkeit von der individuellen Schmerzsituation gestaltet werden. Bei starken Schmerzen ist eine „einschleichende“ Behandlung – insbesondere was die Kompressionstherapie betrifft – notwendig. Dafür ist die MLD unverzichtbar. Erst wenn die Schmerzhaftigkeit weit genug reduziert wurde, kann die Kompression kräftiger dosiert werden.

Die tragende Säule der Lipödem-Therapie ist die Kompression. Oftmals kann sie als alleinige Maßnahme eine Verschlimmerung verhindern. Das konsequente Tragen von flachgestrickten Kompressionsstrümpfen ist hier unabdingbar. Jüngere Patientinnen bevorzugen jedoch häufig rundgestrickte Strümpfe, da diese eleganter aussehen. Im Stadium I des Lipödems können diese eventuell noch ausreichend sein. Doch dann muss sorgfältig darauf geachtet werden, ob sie die Beschwerden „im Zaum halten“. Anderenfalls muss eine flachgestrickte Kompressions-Versorgung gewählt werden. Ihr steiferes Material vermeidet (wenn die Versorgung korrekt angemessen wurde!) Einschnürungen, die den Lymphabfluss verschlechtern, und damit die Ödeme und Schmerzen verschlimmern. **Ausführliche Informationen über die flachgestrickte Kompressions-Bestruempfung finden Sie in den Ausgaben 1 / 2011 und 3 / 2013 von LYPHME & Gesundheit.**

Mit der KPE lassen sich weniger die Umfänge der Beine vermindern, doch die Wassereinsparungen um bis zu 70 Prozent reduzieren. Dies bewirkt bei vielen Patientinnen ein Nachlassen der Schmerzen. Die KPE muss

lebenslang regelmäßig durchgeführt werden, anderenfalls treten die Ödeme erneut auf.

Operative Therapie

Das krankhaft vermehrte Fettgewebe kann nur operativ entfernt werden. Die Fettabsaugung („Liposuktion“) wurde Anfang der 1970er-Jahre zur ästhetischen Korrektur von unerwünschten Fettsammlungen entwickelt. Die damals eingesetzten Techniken führten zum Teil zu enttäuschenden, teils katastrophalen Ergebnissen. Seitdem hat sich eine enorme Entwicklung vollzogen und die Liposuktion ist zur meistdurchgeführten kosmetischen Operation weltweit geworden. Sie hat hohe Qualitätsstandards erreicht und ermöglicht ausgezeichnete Ergebnisse bei minimalem Risiko. Sie kann eine gute Therapiemöglichkeit für das Lipödem sein, sofern keine Kontraindikation vorliegt.

Heute hat sich die Fettabsaugung in Tumescenz-Lokalanästhesie (TLA) durchgesetzt. Die Risiken dabei sind so gering, dass mit der TLA die ambulante Fettabsaugung überhaupt erst möglich wurde. Tumescenz kommt vom lateinischen „tumesere“: „aufblähen“, „anschwellen“. Die TLA beginnt damit, dass große Mengen (mehrere Liter) einer physiologischen Kochsalzlösung mit einem örtlich wirksamen Betäubungsmittel (Lokalanästhetikum) und weiteren Zusätzen langsam ins Fettgewebe gepumpt wird, bis das abzusaugende Gebiet prall gefüllt (tumeszent) ist.

Die Tumescenz-Flüssigkeit dient zur Schmerz-Ausschaltung. Sie verengt die Blutgefäße und verhindert dadurch große Blutverluste, lockert das Gewebe und trennt die Fettzellen voneinander. Es entsteht eine Art Gel, das mit „Mikrokanülen“ abgesaugt werden kann. Diese sind so dünn, dass nur ganz kleine Einstichstellen notwendig sind, die nach der Absaugung geklebt werden und nicht mehr genäht werden müssen. Da keine Narkose angewandt wird, kann die Patientin aktiv mitarbeiten, indem sie sich etwa in die für die Absaugung optimale Position dreht.

Der heutige Standard sind stumpfe, dünne Absaug-Kanülen, die in ihrer Längsrichtung sehr schnell vibrieren („Rüttler-Kanülen“). Diese saugen nur das flüssige Gemisch aus Tumescenzflüssigkeit und Fettzellen an. Bindegewebe und dessen Stützfasern, Nerven, Blut- und Lymphgefäße werden aufgrund ihrer größeren mechanischen Trägheit nicht mit angesaugt. Dieses gewebeschonende Verfahren reduziert die postoperativen Schmerzen, begünstigt eine schnellere Heilung und führt zu besseren kosmetischen Ergebnissen.

body-jet® ev0

Premium-Fetttransfer und Body-Contouring

INNOVATIV

Neuartiges Antriebssystem, das die Intensität und Wirksamkeit des Wasserstrahls an die jeweilige Operationssituation anpasst

EFFEKTIV

Einfacher Fetttransfer, ohne dass eine zeitaufwendige Verarbeitung notwendig ist

VIELSEITIG

Modernes und standardisiertes Betriebskonzept, das sich auf die individuellen Bedürfnisse des Chirurgen einstellt



Made in Germany
www.humanmed.com

Eine Variante der TLA ist die **Wasserstrahl-Assistierte Liposuktion (WAL)**. Bei dieser Methode werden die abzusaugenden Areale vor dem Eingriff nicht mit Tumescenzflüssigkeit vollgepumpt. Hier werden die Fettzellen von einem Wasserstrahl aus dem Unterhautzellverband herausgelöst und abgesaugt. Eine spezielle Kanüle sprüht an ihrem vorderen Ende einen pulsierenden fächerförmigen Wasserstrahl mit einem örtlich wirkenden Betäubungsmittel und anderen Zusätzen in das Gewebe. Gleich dahinter saugen dann seitlich an der Kanüle angeordnete Öffnungen das Wasser-Fett-Gemisch ab.

Da bei der WAL das Gewebe nicht aufgebläht wird, hat der Operateur eine gute optische Kontrolle des Liposuktionsergebnisses. Diese Technik ist schonend für Blut- und Lymphgefäße, erlaubt größere Mengen Fett abzusaugen und erzielt gleichmäßige Absaugresultate. Bei der WAL gibt es keine Vorbehandlung und damit auch keine Einwirkzeit für eine Betäubung. **Wichtiger Hinweis:** Manche Ärzte werben damit, dass sie die WAL ohne Narkose durchführen. Das ist aber nur bei der Absaugung kleinerer Fettmengen an wenig schmerzempfindlichen Arealen („Schönheits-OP“) möglich. Beim Lipödem, wo meist große Mengen Fett entfernt werden müssen, wird die WAL in der Regel unter Vollnarkose durchgeführt.

Eine sehr interessante Modifikation der WAL praktiziert Dr. Josef Stutz in Schwarzenbach am Wald und Bayreuth. Er kommt dabei ganz ohne Narkose aus, indem er vor der OP zur Betäubung eine geringe Menge Tumescenzlösung einleitet und diese für einige Zeit wirken lässt. Es kommt dabei zu keiner Aufblähung (Tumescenz) der abzusaugenden Regionen und es werden kritische Dosierungen der Lokalanästhesie vermieden. Ein weiterer Vorteil ist die schnelle Rückkehr in den Alltag, da die Tumescenzlösung bereits nach 24 Stunden ausgelaufen ist. Diese Methode von Dr. Stutz nützt die Vorteile von TLA und WAL und vermeidet deren Nachteile.

Es gibt noch einige andere Techniken der Fettabsaugung wie etwa die ultraschall-assistierte Liposuktion (UAL) oder die Laser-Lipolyse. Doch diese haben sich offensichtlich für die Behandlung des Lipödems nicht durchgesetzt. Sie werden meist bei kosmetischen Behandlungen angewandt, wo deutlich geringere Fettmengen entfernt werden als bei der Liposuktion des Lipödems.

Achsengetreue Liposuktion: Bei der Fettabsaugung als „Schönheitsoperation“ führt der Arzt die Kanüle kreuz und quer durch die abzusaugende Zone, um ein möglichst gleichmäßiges Ergebnis zu erzielen. Diese Criss-cross-Technik eignet sich jedoch nicht für die Absaugung des Lipödems an den Beinen und Armen. Allenfalls an den Oberschenkel-Außenseiten und am Gesäß, die von der Lymphgefäß-Anatomie her nicht so sensibel wie die Beine und Arme sind, darf die Absaugkanüle auch etwas von der Achse abweichen. Doch überall sonst an den Armen und Beinen muss die Kanüle parallel zur Richtung der Lymphgefäße („achsengetreue“) geführt werden. Anderenfalls wäre die Gefahr zu groß, Lymphbahnen zu verletzen und dadurch ein sekundäres Lymphödem zu erzeugen. Dann hätte man den Teufel mit dem Beelzebub ausgetrieben!

Hierzu schreibt Prof. Wilfried Schmeller, ärztlicher Leiter der Hanse-Klinik, einer Fachklinik für Liposuktion in Lübeck: „Das früher beschriebene Risiko der Lymphgefäßschädigung durch die Liposuktion mit nachfolgendem Auftreten eines Lymphödems konnte bei Einsatz der neuen Methoden bisher weder experimentell noch klinisch beobachtet werden. Anatomische Untersuchungen nach Absaugung in Längsrichtung der Extremitäten konnten keine Schädigungen epifaszialer Lymphgefäße nachweisen.“

Wie viel Fett maximal entfernt werden kann, hängt vom Befund und vom Alter der Patientin, ihrer Hautbeschaffenheit (Elastizität) sowie anderen Faktoren ab. Das alles kann nur ein erfahrener Operateur beurteilen. Pro Eingriff sollten bei Normalgewichtigen normalerweise nicht mehr als 4 Liter Fett abgesaugt werden. Einer geeigneten Patientin kann bei einer OP aber auch durchaus 8 und mehr Liter abgesaugt werden. Mit zunehmender Absaugmenge steigt aufgrund des hohen Blut- und Flüssigkeitsverlusts die Gefahr eines Kreislaufzusammenbruchs schnell an. Doch diese besteht grundsätzlich nach jeder Liposuktion. Deshalb ist es ratsam, wenigstens die erste Nacht nach der Fettabsaugung stationär zu bleiben und auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu achten. Je nach Ausmaß des Lipödems sind also oft mehrere Operationen notwendig. Zwischen diesen ist ein Abstand von mindestens einem Monat einzuhalten.

Für den Pionier der Liposuktion Pierre-Francois Fournier wird eine gute Liposuktion nicht durch das bestimmt, was herausgesaugt wird, sondern durch das, was zurückbleibt („what you take is not as important as what you leave behind“). Er meint damit die „Liposkulptur“, die möglichst schöne Modellierung des Körpers. Doch die Liposuktion zur Behandlung des Lipödems lässt kein krankhaftes Fettgewebe zurück. Denn nur durch die vollständige Entfernung der krankheitsspezifischen Fettzellen kann ein Fortschreiten der Erkrankung gestoppt werden. Je früher das geschieht – am besten im Stadium I und II des Lipödems – desto besser und nachhaltiger sind die Ergebnisse.

Nach der Absaugung wird ein festsetzendes, atmungsaktives Kompressionsmieder angelegt. In den ersten Tagen nimmt das darunter gelegene Verbandmaterial noch die restliche austretende Tumescenzflüssigkeit auf. Das Mieder wird normalerweise eine Woche lang Tag und Nacht, dann drei Wochen lang tagsüber getragen. Manche Operateure empfehlen längere Tragezeiten, da dadurch eine gute Ästhetik des OP-Ergebnisses begünstigt werden soll. Die Kompression beschleunigt die Rückbildung der im Gewebe entstandenen Wundflächen und sorgt für eine bessere Modellierung der Körperform.

Normalerweise treten Blutergüsse und Schwellungen auf, die aber innerhalb von 3 bis 4 Wochen abklingen, manchmal kann dies auch länger dauern. Wie bei jedem operativen Eingriff kann es nach der Liposuktion auch zu Infektion und Wundheilungsstörungen kommen. Das Risiko hierfür liegt heutzutage unter 2 Prozent, weil Wundinfektionen mit Antibiotika vorgebeugt wird bzw. zuverlässig zu behandeln sind. Narben, Gewebeverhärtung, Dellen und Zysten waren bei den früheren Absaugmethoden häufig und brachten unbefriedigende kosmetische Ergebnisse. Diese Probleme sind bei sachgerechter Anwendung der heutigen Technik weitestgehend ausgeschlossen. Flächenhafte Nachblutung kann heute praktisch ausgeschlossen werden.

In der ersten Zeit nach der OP können muskelkaterähnliche Schmerzen auftreten. Auch Taubheitsgefühl oder Missempfindungen der Haut treten an den behandelten Arealen aufgrund einer Irritation von Hautnerven häufig auf. Das normale Empfinden stellt sich wieder ein, manchmal aber erst nach mehreren Monaten. Die meisten Patienten können bereits 1 bis 2 Tage nach der Absaugung normalen Alltagstätigkeiten nachgehen. Die neu modellierte Körpersilhouette zeigt sich im Ansatz bereits in der ersten Woche nach der Fettabsaugung. Das endgültige Ergebnis lässt sich aber erst nach etwa einem halben Jahr beurteilen.

Wichtig für das dauerhafte Ergebnis der Fettabsaugung ist, wie sich die Haut so zusammenzieht („Hautretraktion“). Während der ersten Monate nach der OP macht die Haut einen dreidimensionalen Schrumpfungsprozess durch. Die Retraktion ist individuell und je nach Körperstelle unterschiedlich. Sauna, Sonne, Solarium und Sport

sind während der ersten 6 Wochen zu meiden, da. Denn UV-Strahlen können Pigmentverschiebungen in der Haut bewirken, die als braune Flecken zurück bleiben.

Lokalanästhesie? Narkose? Dämmerschlaf?

Die TLA ist eine sehr sichere Methode der Fettabsaugung, die den Organismus relativ wenig belastet. Die Schmerzausschaltung ist auf den abzusaugenden Bereich begrenzt, die Patientin ist während der OP wach und kann die Behandlung verfolgen. Das Gleiche gilt für die von Dr. Stutz modifizierte WAL. Wenn nicht zwingende Gründe dagegensprechen, sollte grundsätzlich die TLA oder die WAL nach Dr. Stutz angewandt werden. Bei ihr ist die Anwesenheit eines Anästhesisten nicht unbedingt notwendig, einige Operateure bestehen jedoch darauf.

Manche Ärzte – insbesondere plastische Chirurgen – führen die Liposuktion in Vollnarkose durch. Sie nehmen die damit verbundenen Risiken in Kauf, weil die für sie an sich schon anstrengende Operation mit einer völlig ruhig gestellten Patientin einfacher und sicherer durchzuführen ist. Bei Narkose müssen die Vitalfunktionen (Bewusstsein, Atmung und Kreislauf) der Patientin permanent durch einen Anästhesisten überwacht werden. Ein Nachteil der Allgemeinnarkose ist, dass die optimale Lagerung der Patientin nicht von ihr selbst durchgeführt werden kann und teilweise auch nicht möglich ist. Ferner kann die Patientin nach dem Eingriff nicht aufstehen und vor dem OP-Tisch stehen, damit das Ergebnis des Eingriffs gleich kontrolliert werden kann. Somit können evtl. notwendige kleinere Nachkorrekturen nicht umgehend durchgeführt werden. Ein weiterer Nachteil der Vollnarkose ist das Risiko einer Thromboembolie, einem gefährlichen Verschluss eines Blutgefäßes durch ein Blutgerinnsel.

Allerdings kann – etwa bei sehr sensiblen oder ängstlichen Patientinnen – eine Vollnarkose dennoch sinnvoll sein. Dann muss die Behandlung aber stationär mit einer anschließenden Beobachtungszeit erfolgen, damit sofort auf eventuell auftretende Komplikationen reagiert werden kann. Erfahrene Mediziner werden eine Narkose in aller Regel auf dem geringstmöglichen Risikoniveau durchführen.

Eine sehr elegante Methode ist die Kombination von TLA und **Analgesiedierung (Dämmerschlaf)** durch einen Facharzt für Anästhesie. Dabei ist die Patientin ruhiger und trotzdem ansprechbar. Der Operateur braucht nicht selbst den Zustand der Patientin überwachen und kann sich ganz auf die Absaugung konzentrieren. Der Anästhesist verfolgt permanent Puls, Blutdruck, Atemfrequenz, Sauerstoff-Sättigung etc. und kann bei Bedarf die Patientin stufenlos bis zur Narkose führen, wenn etwa mit der örtlichen Betäubung keine ausreichende Schmerzfremie erzielt wird. Und sollte die Patientin kollabieren oder bewusstlos werden, kümmert sich der Anästhesist um sie und die OP braucht nicht abgebrochen werden. Diese Methode vereint die Vorteile von TLA und Vollnarkose und umgeht weitgehend die Nachteile der Vollnarkose.

Höchst problematisch und daher **abzulehnen ist die Kombination von TLA und Vollnarkose**. Der Anästhesist kann dabei niemals abschätzen, wie viel des örtlichen Narkosemittels bereits aufgenommen wurde und was noch aus dem Fettgewebe freigesetzt wird. Da hier also eine bedarfsgerechte Dosierung des Narkosemittels nicht möglich ist, kommt es immer wieder zu Todesfällen.

Risiken der Liposuktion

Prinzipiell ist jeder operative Eingriff mit Risiken verbunden. Diese sind bei Beachtung der Kontraindikationen und einer leitlinienge-

rechten Durchführung des inzwischen sehr sicheren Verfahrens der Liposuktion beim Lipödem sehr gering.

Absolute Kontraindikationen sind übertriebene Erwartungshaltung von (psychisch belasteten?) Patientinnen, bei der Durchführung in TLA Allergien gegen Inhaltsstoffe der Lokalanästhetika, ausgeprägte Herz-Lungen-Erkrankungen, Leber- und Nierenschäden sowie eine bekannte Krampfneigung. Auch bei einem chronischen Lymphödem bzw. starker Schwellneigung der Beine sollte keine Fettabsaugung durchgeführt werden.

Relative Kontraindikationen sind die Einnahme gerinnungshemmender Medikamente (Aspirin, ASS, Marcumar, etc.), eine bekannte Thromboseneigung, schwerwiegende Allgemeinerkrankungen und eine generalisierte Adipositas. Auch sollte bei älteren Patienten mit schlaffer Haut keine Fettabsaugung durchgeführt werden. Falls Krampfadern (Varizen) vorhanden sind, sollten diese ein halbes Jahr vor der Liposuktion entfernt werden. Bei stark geschädigtem Venensystem, insbesondere mit einem Verschluss von tiefen Beinvenen, sollte an den Beinen keine Fettabsaugung gemacht werden. Weniger das Alter der Patientin ist von Bedeutung sondern die individuellen Befunde (Allgemeinzustand, Begleiterkrankungen, Zustand der Haut etc.).

Die Langzeitwirkung der Liposuktion

Da der Grund für das Auftreten des Lipödems nicht bekannt ist, kann auch niemand mit absoluter Sicherheit ausschließen, dass es nach einer operativen Entfernung eines Tages erneut auftritt. Dies ist das stärkste Argument der Gegner der Liposuktion. Doch die Ergebnisse mehrerer Untersuchungen und Beobachtungen an Patientinnen verschiedenen Alters über längere Zeiträume (Rapprich, Schmeller, Meier-Vollrath, Cornely u. a.), lassen erwarten, dass ein abgesaugtes Lipödem nicht wieder auftritt.

Die weitaus meisten Frauen, die ihr Lipödem durch eine oder mehrere Liposuktion-Behandlungen entfernen haben lassen, ziehen dauerhaften Nutzen daraus. Je früher die Therapie begonnen wird., desto besser stehen die Aussichten auf gute Ergebnisse. Denn dann sind die typischen Schädigungen, die mit dem Lipödem einhergehen, noch nicht so ausgeprägt und eine Verschlimmerung somit verhindert. Davon profitiert auch die Ästhetik des Ergebnisses. Allerdings beurteilen Frauen den Nutzen, den sie aus der Liposuktion gezogen haben, umso größer, je ausgeprägter ihr Lipödem vorher war. Denn sie hatten besonders stark zu leiden. Ihre Rückkehr zu normalen Körperproportionen, die Reduktion bzw. Beseitigung der Wassereinlagerung und damit der Schmerzen, die Verringerung der Hämatoneigung sowie die Bewegungseinschränkungen gab ihnen eine Lebensqualität zurück, die sie jahre-, teilweise sogar jahrzehntelang nicht mehr für möglich gehalten haben.

Ein Viertel der Patientinnen benötigt nach der Absaugung ihres Lipödems überhaupt keine KPE mehr, die Hälfte braucht diese zwar noch, aber weniger als zuvor. Die restlichen benötigen zwar noch ebenso häufig KPE wie vorher, diese wirkt jetzt aber besser als zuvor.

Lipödem-Patientinnen streben die Liposuktion in erster Linie an, um die Beschwerden zu lindern und ihr Aussehen zu verbessern. Das ist verständlich und macht auch Sinn. Der orthopädische Aspekt des Lipödems wird nicht nur von den Patientinnen sondern auch von den Kostenträgern völlig außer Acht gelassen. Die Liposuktion – insbesondere an den Innenseiten der Beine – kann die Fehlstellung der Bein-Achsen korrigieren und Schäden an den großen Beingelenken verhindern. Wenn die Krankenkassen endlich begreifen würden,

Wasserstrahl-Technologie

• Wasserstrahl-Technologie für die Ästhetische Medizin

- Body-Contouring
- Autologer Fetttransfer
- Liposuktion
- Lipofilling
- Facelift mittels Hydrodissektion



• Wasserstrahl-Technologie für die Regenerative Medizin

- Brustrekonstruktion
- Lipödem-Behandlung
- Behandlung chronischer Wunden
- Narbentherapie
- Weichgewebsrekonstruktion
- Separation regenerativer Zellen des Fettgewebes

Made in Germany
www.humanmed.com

dass die Kosten für eine Implantation eines künstlichen Knie- oder Hüftgelenks (Endoprothese) ein Vielfaches von denen einer Liposuktion betragen, könnten sie sehr viel Geld sparen. Immerhin geht ein großer Teil der pro Jahr über 400.000 dieser Gelenk-OPs auf das Konto von lipödem-bedingten Fehlstellungen der Beine!

Liposuktion beim Lipödem – ja oder nein?

Für viele Frauen mit einem Lipödem ist diese Frage von geradezu existenzieller Bedeutung. Sie leiden unter ihrer Erkrankung – körperlich und seelisch – und haben aber auch Angst vor einer OP, von der sie nicht wissen, wie gefährlich sie ist. Wenn sie sich umhören, bekommen sie eine Flut unterschiedlicher, ja sogar widersprüchlicher Informationen. Darum versuchen wir hier, die Fragestellung frei von störendem Beiwerk zu behandeln und Schritt für Schritt vorzugehen.

Wenn es für eine Krankheit eine konservative und eine operative Therapie gibt, muss die konservative die erste Option sein. Sie ist nichtinvasiv und ihre Ergebnisse können ggf. rückgängig gemacht werden. Wenn damit kein befriedigendes Ergebnis erzielt wird, kann man immer noch über eine OP nachdenken. Werden die Beschwerden mit der KPE so weit verbessert, dass man damit leben kann, wäre die Frage „Lipödem – ja oder nein?“ bereits beantwortet.

Wird jedoch die psychische Belastung aufgrund des disproportionalen Körperbildes und der damit verbundenen sozialen Beziehungsprobleme als unerträglich empfunden, stellt sich die Frage „Psychotherapie oder Liposuktion?“ (Die dritte Möglichkeit, der Selbstmord, schließen wir kategorisch aus!). Kann die psychologische Behandlung das Problem lösen, bedarf es keiner Liposuktion.

Versagen KPE und Psychotherapie, bleibt nur noch die Liposuktion. Dann stellt sich „nur“ noch die Kostenfrage.

Kosten für die Liposuktion

Die Liposuktion des Lipödems ist eine sehr spezielle und zeitaufwändige Intervention. Die gesamte Behandlung kann 2 bis mehr als 7 Stunden dauern. Die Kosten dafür sind von Arzt zu Arzt und je nach Aufwand sehr unterschiedlich und liegen zwischen ca. 2.500 bis über 5.000 Euro. Da keine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die Liposuktion vorliegt, ist sie keine Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen. Die Patientinnen müssen die Behandlung also selbst bezahlen. Wird jedoch die medizinische Notwendigkeit für eine Liposuktion des Lipödems festgestellt, kann die Kasse die Kosten dafür in einer Einzelfallentscheidung übernehmen.

Bisher wurden die Kosten nur in wenigen Ausnahmefällen erstattet, wenn der behandelnde Arzt bescheinigte, dass durch die Fortsetzung der konservativen Therapie keine Besserung bestehender oder zunehmender Beschwerden möglich war. Doch das Widerspruchsverfahren und die Auseinandersetzung vor dem Sozialgericht können sich bis zu 3 Jahren hinziehen.

Doch es gibt Grund zur Hoffnung, dass sich hier etwas ändert: Im Mai 2014 hat der G-BA das Beratungsverfahren zur operativen Behandlung des Lipödems mittels Fettabsaugung (Liposuktion) eingeleitet und damit einen Antrag der Patientenvertretung angenommen. Das Ergebnis der Nutzenbewertung entscheidet darüber, ob die Operation künftig ambulant und stationär zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung angewendet werden kann. Der Beschlusstext und eine Erläuterung werden auf www.g-ba.de unter „Beschlüsse“ veröffentlicht.

Wichtige Mitteilungen des Lymphvereins

Erfahrene KPE-Therapeuten für einjährigen Einsatz in Afrika gesucht (Filariasis-Projekt)

Weltweit leiden über 120 Millionen Menschen an einer von Fadenwürmern (Filarien) ausgelösten Erkrankung des Lymphgefäßsystems. Bei etwa 5 Millionen davon haben sich massive chronische Lymphödeme (Elephantiasis) entwickelt. Betroffen sind feucht-tropische Gebiete. Durch flächendeckende Gabe von Medikamenten an die Bevölkerung in den gefährdeten Gebieten konnte die Gefahr der Neuansteckung mit Filarien weitgehend beseitigt werden. Doch die bereits bestehenden Lymphödeme sind größtenteils sich selbst überlassen. Zu deren dauerhaften Versorgung hat der Lymphverein ein neuartiges Konzept erarbeitet.

Der ugandische Prinz Dr. Edward Kimbugwe, der in Deutschland Medizin studiert hat, führt derzeit im Auftrag des Gesundheitsministeriums der Republik Uganda mit dem Lymphverein Gespräche darüber, wie dessen Versorgungskonzept im äquatorialafrikanischen Land Uganda realisiert werden kann.

Das Konzept sieht vor, dass deutsche Therapeuten Elephantiasis-Patienten mit KPE behandeln und gleichzeitig einige

jungen Frauen aus den Dörfern der Patienten in die KPE einweisen, damit sie die Patienten anschließend eigenständig weiterversorgen können und dafür bezahlt werden.

Für die Behandlung der Patienten und die Ausbildung der „Barfuß-Therapeutinnen“ sucht der Lymphverein einige erfahrene KPE-Therapeuten für die Dauer eines Jahres. Sie erhalten eine gute Bezahlung, alle Kosten (Flug, Unterkunft und Verpflegung, Urlaub, Versicherungen etc.) werden voll übernommen, anschließend wird ein Übergangsgeld ausgezahlt.

Interessenten mögen bitte mit dem Lymphverein Kontakt aufnehmen. Sämtliche Meldungen sind **völlig unverbindlich** und werden **absolut vertraulich** behandelt. In der ersten Phase geht es nur darum, die mögliche Größe des Therapeutenteams zu ermitteln, damit der Finanzbedarf berechnet werden kann.

Bitte senden Sie Ihre Meldung mit Angabe Ihrer beruflichen Erfahrungen, gern auch ein persönliches Schreiben an:

Verein zur Förderung der Lymphoedemtherapie e. V.

Postfach 250 346, 90128 Nürnberg

oder kontakt@lymphverein.de

oder Fax 09171 / 890 82 89

Angelines Monster-Bein

Am 31. Januar wurde Angeline 16. Doch zum Feiern war ihr nicht recht zumute. Denn das linke Bein des zierlichen Mädchens hat geradezu monströse Ausmaße. Das fing an, als Angeline etwa drei Jahre alt war und wurde mit der Zeit immer schlimmer. Mit zehn schaffte sie den langen Schulweg ins Nachbardorf nicht mehr, weil die Schmerzen zu groß wurden. Sie war seitdem nicht mehr beim Unterricht, den sie früher so geliebt hat.

Angeline Jumao-as Patoc lebt auf Palawan, einer der mehr als 7.000 Inseln der Philippinen. Palmen, exotische Blumen und Vögel, schier unendlich lange Sandstrände. Palawan sieht aus wie das Paradies... doch 58,3 Prozent der Bewohner leben unterhalb der Armutsgrenze, jedes elfte Kind in der Provinz Palawan ist unterernährt. Angelines Familie lebt in dem Dörfchen Singkapan. Die Menschen dort leben vom Fischfang, andere Einkommensmöglichkeiten gibt es in der Bucht nicht. Doch durch das jahrzehntelange Fischen mit Dynamit und Gift sind die Riffe und Fischpopulationen um die Insel weitgehend zerstört. Weil sie Geld für Angelines Schmerzmittel benötigte, ermutigte Angelines Mutter ihn ihren Mann vor einigen Jahren, mit seinem Boot einige Seemeilen weiter zu fahren und in einem fischreichen



Abb. 1: Die 16-jährige Philippina Angeline



Abb. 2: Angelines Monster-Bein

Naturschutzgebiet zu fischen. Er wurde entdeckt und als Wilderer verhaftet. Um die Kautions für seine Freilassung zu bezahlen, musste er sein Boot verkaufen.

Seither hat die Familie buchstäblich nichts. Ihre Hütte ist mit Palmblättern gedeckt und mehr schlecht als recht gegen die heftigen tropischen Regengüsse geschützt. Auf einigen Stücken zusammengebundenem Styropor paddelt der Vater tagein, tagaus in die Bucht hinaus um zu fischen. Oft reicht sein Fang gerade, um Angeline und ihre vier Geschwister satt zu bekommen. Dem fahrenden Händler können sie immer seltener etwas verkaufen.

Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses war noch nicht eindeutig geklärt, ob Angelines monströses Bein die Folge einer Filariasis oder eines angeborenen Defekts von Blut- und Lymphgefäßen ist. Filariasis ist eine Infektion mit Fadenwürmern, die von Insekten übertragen werden und sich in Lymphknoten einnisten. Dort ernähren sie sich von der eiweißreichen Lymphe und blockieren den Lymphabfluss. Das führt zu gigantischen chronischen Lymphödemen, vor allem an den Beinen („Elephantiasis“), teils auch an den Genitalien.

Vor allem sind die Fadenwurm-Arten „Wuchereria bancrofti“ und „Brugia malayi“ für die Filariasis verantwortlich. Die Insel Palawan war weltweit der erste Ort, an dem die Ko-Existenz beider Arten festgestellt wurde. 1964 waren dort beide so stark verbreitet, dass 33,1 Prozent der Einheimischen von den Parasiten befallen waren. Dank der flächendeckend kostenlosen Verabreichung von Diethylcarbamazin und Albendazol an die Bevölkerung durch die Weltgesundheitsorganisation WHO konnten die Erreger stark dezimiert und die Gefahr einer Ansteckung drastisch reduziert werden.

Doch die bereits existierenden chronischen Lymphödeme sind praktisch unverändert. Einer glücklichen Fügung ist zu verdanken, dass der Hamburger Filmproduzent Albert Schwinges auf Angelines Schicksal aufmerksam wurde. Er wandte sich an den „Verein zur Förderung der Lymphoedemtherapie e.V.“, kurz „Lymphverein“, um herauszufinden, ob und wie man Angeline helfen könnte. Beim Lymphverein, der neben Lymphpatienten aus Deutschland auch Betroffenen aus Spanien, der Türkei, Tschechien, Russland, Georgien, Indien, Uganda und anderen Ländern geholfen hat, lief Albert Schwinges weit geöffnete Türen ein.

Zwischen dem Lymphverein und dem Hanseaten begann sich eine intensive Kooperation zu entwickeln. Diese läuft darauf hinaus, Angeline zur intensiven Entstaunungs-Behandlung in einer lymphologischen Fachklinik nach Deutschland zu bringen. Während ihres Aufenthalts in der Klinik soll die junge Dame Grundkenntnisse der Manuellen Lymphdrainage (MLD) zur Behandlung von Bein-Lymphödemern erwerben sowie die Lymphologische Kompressions-Bandagierung erlernen.

Mit diesem Know-how ausgerüstet, soll Angeline Elephantiasis-Patienten in ihrer Provinz eine gewisse lymphologische Grundversorgung geben. Natürlich wird deren Qualität nicht mit der bei uns hier zu vergleichen sein. Doch sie kann ausreichen, um viele Betroffene, die sich kaum noch fortbewegen können, wieder in die Lage zu versetzen, ihren Lebensalltag selbstständig zu organisieren. Neben Patienten zu versorgen soll Angeline ihr Know-how auch an andere Landsleute weitergeben.

So kann mit der Zeit auf der Insel Palawan eine funktionierende Struktur zur Versorgung von Elephantiasis-Patienten „mit Bordmitteln“ entstehen. Und das Schöne daran ist, dass dafür nur anfangs Geld benötigt wird, um Angeline in Deutschland zu behandeln und auszubilden. Danach kann sich die Versorgungsstruktur selbst unterhalten und aus sich heraus wachsen.

Doch bis dahin ist noch einiges zu tun. Albert Schwinges Kontaktmann Omer Alanis, der in Puerto Princesa, der Hauptstadt der Provinz Palawan – 140 km von Angelines Dorf entfernt – lebt, wird ganz schön eingespannt: Es müssen Labor- und Ultraschall-Untersuchungen für Angeline organisiert und Pässe und Visa beantragt werden. Denn Angelines Mutter Inn soll auch mit nach Deutschland kommen. Zumindest für die ersten drei bis vier Wochen. Zum einen braucht die junge Angeline sie als Halt in einer ihr völlig fremden Welt, und dann soll auch die Mutter in der Klinik einen Crashkurs in MLD und Bandagieren absolvieren, um zuhause am Aufbau der lymphologischen Versorgung mitzuwirken.

Und auch hier in Deutschland muss vieles vorbereitet werden, bevor Albert Schwinges auf die Philippinen fliegen kann, um die beiden Damen in Empfang zu nehmen und sie nach Deutschland zu begleiten: Schuhe für Angelines riesiges Bein, Kleidung für die beiden, die den deutschen Frühling sicher als etwas frisch empfinden werden, Versicherungen, Dolmetscher (Angeline und ihre Mutter sprechen nur Tagalog) und und und...

Nach gründlicher Abwägung aller Kriterien beschlossen Albert Schwinges und der Lymphverein, Angeline in der Lympho-Opt Klinik in Pommelsbrunn, etwa 40 km östlich von Nürnberg behandeln zu lassen. Der Lymphverein, der seinen Sitz in Nürnberg hat, konnte zwei philippinische Krankenschwestern, die im Klinikum Nürnberg Nord gearbeitet haben und jetzt in Rente sind, ausfindig machen. Diese werden sich um Angeline und ihre Mutter kümmern und bei der lymphologischen Ausbildung der beiden als fachlich kompetente Dolmetscher fungieren.

Angelines Behandlung wird etwa sechs bis zehn Wochen dauern und mehrere Tausend Euro kosten. Die Lympho-Opt Klinik kommt großzügigerweise für die Unterbringung und Verpflegung von Angelines Mutter Inn auf. Die Kosten für Fahrverbindungen, Flüge, Visa, Versicherungen, Kleidung etc. darf der Lymphverein nicht übernehmen, da derartige Ausgaben nicht durch seine Satzung gedeckt sind. Dafür bittet Albert Schwinges bereits in seinem Bekanntenkreis Geld.

Damit Angeline in Deutschland behandelt und lymphologisch geschult werden kann, ist der Lymphverein auf Ihre finanzielle Unterstützung angewiesen. Darum bitten wir Sie, einen Betrag zu spenden, der Ihnen nicht weh tut, aber Angeline sowie vielen, vielen Lymphödem-Patienten auf den Philippinen zu einem neuen und besseren Leben in Selbstbestimmung verhelfen kann.

Der „Verein zur Förderung der Lymphoedemtherapie e. V.“ ist aufgrund der Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege durch Bescheid des Zentralfinanzamtes Nürnberg als gemeinnützigen Zwecken dienend anerkannt und nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Körperschaftsteuergesetzes von der Körperschaftsteuer befreit. Seine Bankverbindung ist:

IBAN: DE 0976 0501 0105 7827 8079 - BIC: SSKNDE77XXX

Bitte geben Sie als Überweisungsgrund nur SPENDE an. Dann kann der Lymphverein – sollte etwas übrigbleiben – das Geld etwa zum Kauf von Kompressionsbinden für die Philippinen verwenden. Bei Spenden bis 200 Euro erkennt das Finanzamt bei Ihrer Steuererklärung den Einzahlungsbeleg der Überweisung an. Für Spenden über 200 Euro stellt Ihnen der Lymphverein eine Spendenquittung aus.

Lehrbuch der Entstauungstherapie

Soeben erschien die vollständig überarbeitete und in weiten Teilen erweiterte 4. Auflage des „Lehrbuchs der Entstauungstherapie“ von Günther Bringezu und Otto Schreiner. Das 1,9 Kilo schwere Konvolut enthält auf mehr als 600 Seiten mit 795 Abbildungen Informationen zur „Komplexen physikalischen Entstauungstherapie“ (KPE) in einer Breite und Tiefe, die ihresgleichen suchen. Die Informationen fußen einerseits auf einem soliden theoretisch-wissenschaftlichen Fundament, andererseits auf einem immensen erfahrungswissenschaftlichen Fundus, den beide Autoren und ihre Co-Autoren in mehreren Jahrzehnten praktischer und didaktischer Tätigkeit erarbeitet haben.

Als Masseur und medizinischer Bademeister mit mehrjähriger Tätigkeit übernahm Günter Bringezu 1978 die Leitung des Kurmittelhauses Damp sowie der Physikalischen Therapieabteilung der Ostseeklinik Damp. 1982 wirkte er maßgeblich an der Gründung des Lehrinstitutes Physikalische Therapie und Sportmedizin Damp (heute Akademie Damp) mit, das er bis 2008 leitete. Der Fachlehrer für Manuelle Lymphdrainage / KPE ist Autor diverser Veröffentlichungen zu den Themen Sportphysiotherapie, Manuelle Lymphdrainage (MLD), Kopfschmerztherapie und verschiedener Massagetechniken.

Bringezu war nicht nur Gründungsmitglied und langjähriger Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Lymphdrainageschulen und Vorsitzender des Prüfungsausschusses zur Prüfung von Fachlehrer/-innen für MLD / KPE. Er lehrte viele Jahre als Dozent an der Universität Flensburg, bis er 2008 in den (Un-) Ruhestand trat. Bis Juli 2012 war er als Berater der Akademie Damp tätig. Seit Oktober 2012 arbeitet er freiberuflich als unabhängiger Berater und Anbieter von verschiedenen Fortbildungen in Deutschland und Österreich sowie Beratung, Coaching und medizinischen Fortbildungsserviceleistungen. Bringezu ist Träger der Lizenz Sportphysiotherapie des Deutschen Sportbundes DOSB.

Kaum weniger hochkarätig ist Otto Schreiner. Seit 1985 Fachlehrer für MLD / KPE hat er seit 2009 die physiotherapeutische Leitung der renommierten, von Dr. med. Christian Schuchhardt (Präsident der „Deutschen Gesellschaft für Lymphologie“ - DGL) ärztlich geleiteten „Lymphakademie Deutschland“ inne. Und auch die Beiträge der anderen Autoren in diesem Lehr-, Lern- und Praxisbuch zur Weiterbildung in KPE bestechen durch ihre hohe fachliche Kompetenz.

Mit der 4. Auflage ihres Buches gehen Bringezu und Schreiner ganz bewusst ein mutiges „Experiment“ ein, indem sie alte Zöpfe abschneiden: Denn sie sind der Meinung, dass die uralte, geradezu reflexartige Abgrenzung der verschiedenen historisch entstandenen Strömungen in der Technik der MLD - Vodder gegen Asdonk gegen Földi - längst der Vergangenheit angehören. Vodder und Asdonk gingen 1977 getrennte Wege infolge eines „Griffestrites“. Wenige Jahre später kam es zu einem Zerwürfnis zwischen Asdonk und Földi. Bedenkt man, was die heute praktizierenden und lehrenden MLD-Therapeuten jedem einzelnen der genannten Protagonisten zu verdanken haben, gibt es wirklich keinen Grund, diese alten Ressentiments weiterzupflegen.

Deshalb haben sich Bringezu und Schreiner mit Claus Wenz, dem langjährigen Cheftherapeut bei Dr. Asdonk und Inhaber der Mannheimer Kurpfalschule für MLD, zusammengesetzt. So werden in der neuen Auflage ihres Buchs neben der bildlichen Darstellung der Griffabläufe, die auf Vodder basieren, auch diejenigen, die an den verschiedenen Asdonk-Schulen gelehrt werden, beschrieben.

Die Grifftechnik, die an den Földischulen gelehrt wird, ist ohnehin der „unsrigen“ (wie Bringezu und Schreiner es ausdrücken) sehr ähnlich. Schließlich stammt alles aus der gleichen Quelle bzw. Schule, nämlich den in den 1920er- und 1930er-Jahren entwickelten Griffen von Dr. Emil Vodder und dessen Ehefrau Estrid.

Diese Initiative der beiden Experten war längst überfällig und kann gar nicht hoch genug gepriesen werden. Denn leider gibt es in Deutschland, dem Land, das einst in der Lymphologie weltweit führend war, bestimmte Gruppen, die die MLD und KPE absichtlich und vehement auf einem bestimmten Stand „festrieren“ wollen, weil sie daraus einen finanziellen Nutzen ziehen. Diese Bestrebungen sind aber nicht nur falsch sondern auch schädlich. Denn jeder Fortschritt, jede Verbesserung einer Therapieform, konnte nur dadurch entstehen, dass alte Positionen als obsolet erkannt und aufgegeben wurden. Auch das Ehepaar Vodder hat gegen das damals herrschende Tabu, geschwollene Lymphknoten zu berühren, verstoßen. Ohne derartige Verstöße und Relativierung geltender Regeln gäbe es heute keine MLD. Wie im Leben sind auch in der Medizin die Wahrheiten von heute oftmals morgen die Irrtümer von gestern!

Die Berufe „Physiotherapeut“, „Masseur“ und „medizinischer Bademeister“ sind nicht bloß „Jobs“, mit denen man seine „Brötchen verdienen“ kann. Sie bieten vielmehr immens wunderbare Möglichkeiten, Menschen mit – teils chronischen und schwerwiegenden – gesundheitlichen Problemen zu einem besseren Leben zu verhelfen. Und wenn wir das, was diese Heilberufe heute zu leisten vermögen, mit dem vergleichen, was sie noch vor 20 Jahren konnten, sind Versuche, therapeutische Fortschritte aus Profit- und Geltungssucht zu torpedieren, schlichtweg verwerflich.

Wer als Heilberufler wirklich gute Arbeit leisten will, muss auf dem aktuellen Stand des Wissens und Könnens sein. Und hier bietet die neue Ausgabe des „Lehrbuchs der Entstauungstherapie“ eine hervorragende Möglichkeit, sich über das gesamte Spektrum der KPE-Verfahren und ihre Einsatzmöglichkeiten detailliert zu informieren. Sie behandelt ziemlich alles, was man derzeit über diesen Themenkreis wissen kann: Grundlagen, die anerkannten Techniken und Behandlungskonzepte für alle wichtigen Indikationen.

Klare Schritt-für-Schritt-Praxisanleitungen, optisch hervorgehobene Merksätze, Praxistipps, Übersichten und 795 durchgehend farbige Fotos und Grafiken, die die Anatomie des Lymphsystems in plastisch anschaulichen In-vivo-Darstellungen zeigen, erleichtern das schnelle Erlernen der komplexen Lehrinhalte. Erstmals werden auch „Trans-Point“-Darstellungen verwendet, die die menschliche Anatomie besonders wirklichkeitsnah wiedergeben.

Das Lehr- und Praxisbuch mit praktischem Lesebändchen informiert über relevante medizinischen Grundlagen (Anatomie, Physiologie des Lymphsystems, Odempathophysiologie), Techniken der MLD in detaillierten Fotoserien und alle weiteren Methoden der KPE und ihre Wirkmechanismen (Kompressionstherapie, Muskel- und Gelenkpumpe usw.), Bewertung der Verfahren als Orientierungshilfen für den optimalen Einsatz, konkrete Therapiekonzepte für die wichtigsten Indikationen (u.a. postoperative und posttraumatische Schwellungen, Lymphödem), die speziellen Indikationen der MLD (Kopfschmerzsyndrome, Hauterkrankungen, Anwendung in der Sportphysiotherapie) u.v.m.

Auch das inzwischen sehr verbreitete Lymph-taping wird bei den posttraumatischen und postoperativen Schwellungen in den beschriebenen Behandlungskonzepten z.T. auch bildlich berücksichtigt. Ebenso aktualisiert wurden die radiologischen und palliativmedizinischen Aspekte bei der Behandlung von Patienten nach Tumortherapie.

Ergänzendes und sehr hilfreiches Material wie Informationen zur Therapieform MLD für Ärzte und Patienten, Merkblätter und Vordrucke z.B. zur Befunderhebung und Dokumentation ist in einer „Cloud“ zum Download.

Aus diesem Buch können viele Menschen großen Nutzen ziehen. Therapeuten hilft es

nicht nur, ihre Kompetenz auf den neuesten Stand zu bringen. Es gibt ihnen auch das Rüstzeug, im Austausch mit den verordnenden Ärzten als fachlich sehr beschlagen und selbstsicher aufzutreten. Gerade weil die meisten niedergelassenen Mediziner über kein hinreichendes Wissen in Sachen Lymphologie und funktionelle Anatomie haben, werden sie Therapeuten, die sie in dieser Hinsicht als hochkompetent erkennen, schon sehr schnell als beratende Partner zu schätzen wissen. Ärzten kann das „Lehrbuch der Entstauungstherapie“ helfen, ihre Verordnungen „wasserfest“ zu machen, was ihnen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V (Regress!) Sicherheit gibt. Aber auch die Patienten kön-

nen von dem Buch profitieren. Dank eines soliden Wissens um ihre Erkrankung und die entsprechenden Therapiemöglichkeiten können sie mit ihren Ärzten und Therapeuten entspannt auf Augenhöhe verkehren.

Die 4. Auflage des „Lehrbuch der Entstauungstherapie“ von Bringezu und Schreiner ist erschienen im Verlag Springer Medizin, ISBN: 978-3-642-54921-2. Das Buch kostet 84,99 Euro und ist im Buchhandel erhältlich, beim Springer Verlag, Berlin Heidelberg, sowie direkt bei Bringezu Media, Loogstieg 6, 20249 Hamburg, Fax: 040 / 999 999 76 55, e-Mail: info@bringezu-media.de

Veranstaltungen zu lymphologischen Themen:

14.03.15 in 44791 Bochum: 4. BOCHUMER LYMPHTAG
LIPÖDEM UND ADIPOSITAS-ASSOZIIERTE ÖDEM
www.juzo.com/de/akademie/symposien

15. 03.15 in 27777 Ganderkesee-Stenum:
4. Lip-Lymphtag Stenum 2015; www.lip-lymphtag-stenum.de

21.03.15 in 20246 Hamburg-Eppendorf:
5. Lymphnetz-Tag Hamburg; www.lymphnetz-hamburg.de

18.04.15 in 10369 Berlin: 4. Berliner Lymphologisches Symposium
www.juzo.com/de/akademie/symposien

18.04.15 in 58840 Plettenberg: 1. Südwestfäl. Lymphselbsthilfetag
www.lymphselbsthilfe.de; www.sv-plettenberg.de

08. - 10.05.15 in 17213 Göhren-Lebbin: 9. meeting Fleesensee
Phlebologie & Lymphologie 2015; www.meeting-fleesensee.de

04. - 06.06.15 in Lausanne (Schweiz):
41. Kongress der europäischen Gesellschaft für Lymphologie
www.eurolymphologie.org

20. 06.15 in 85716 Unterschleißheim:
Münchener Lymph-Symposium; www.juzo.com/de/akademie/symposien

05.09.15 in 23564 Lübeck:
9. Deutscher Lipödemtag; www.hanse-klinik.de

01. - 03.10.15 in 79822 Titisee-Neustadt:
Lymphologica 2015 – Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen (GDL): 39. Jahreskongress – Deutsche Gesellschaft für Lymphologie (DGL); www.dglympf.de

Impressum

Herausgeber: Strategie & Form Verlag

Postanschrift: S & F Dienstleistungs GmbH,
Postfach 250 346, 90128 Nürnberg

Internet: www.lymphe-und-gesundheit.de

e-Mail: verlag@lymphe-und-gesundheit.de

Firmensitz: S & F Dienstleistungs GmbH,
Gustav-Jung-Straße 4, 90455 Nürnberg

Verlagsleitung: Max Simon, Rainer H. Kraus

Redaktion: Rainer H. Kraus (V. i. S. d. P.)

Anzeigenverwaltung: Rainer H. Kraus
Tel.: 0 91 71 / 890 82 88, Fax: 0 91 71 / 890 82 89,
e-Mail: verlag@lymphe-und-gesundheit.de

Druckauflage: 90.000 Exemplare pro Ausgabe

Erscheinungsweise: vierteljährlich jeweils Anfang

März, Juni, September und Dezember

Distribution: Die Zeitschrift wird zum kostenlosen Mitnehmen an über 4.000 Stellen (Praxen von Lymphtherapeuten und Ärzten, Kompressionsversorger, Apotheken und Kliniken) ausgelegt.

Druckvorstufe: www.iloecept.de

Druck: Limburger Vereinsdruckerei GmbH (LVD),
Limburg a. d. Lahn

Bezugsmöglichkeiten

Abonnement:

Da **LYMPHE & GESUNDHEIT** an vielen Auslegestellen meist sehr schnell vergriffen ist, haben wir die Möglichkeit geschaffen, die Zeitschrift zu abonnieren. Ein **Jahres-Abonnement (vier Ausgaben)** kostet **12 Euro** frei Haus. Abonnenten erhalten alle bisher erschienenen und noch verfügbaren Ausgaben kostenlos. Diese und eine Rechnung werden zusammen mit dem ersten Heft des Abonnements versandt.

Bestellung:

unter „Abonnement“ auf der Homepage www.lymphe-und-gesundheit.de

per Post: S & F GmbH, Postfach 250 346, 90128 Nürnberg

Tel.: 0 91 71 / 890 82 88 (ggf. Anrufbeantworter) / **Fax:** 0 91 71 / 890 82 89

Versand ins Ausland auf Anfrage an verlag@lymphe-und-gesundheit.de

Für **Mitglieder des Lymphvereins** (www.lymphverein.de) ist die Zeitschrift kostenlos.

Selbsthilfegruppen erhalten die Zeitschrift auf Anfrage kostenlos.

Das jeweils aktuelle Heft sowie alle bisher erschienenen Ausgaben können kostenlos von www.lymphe-und-gesundheit.de unter „Download“ heruntergeladen werden.

Arzt- und Lymphtherapie-Praxen, Kompressions-Versorger und Apotheken erhalten auf Anfrage ein Jahr lang kostenlos und unverbindlich jeweils 21 Exemplare pro Ausgabe (bei Bedarf auch mehr). Falls sie die Zeitschrift anschließend weiterhin beziehen wollen, stellen wir dafür eine Versandpauschale von 20 Euro pro 21 Exemplare für ein Jahr in Rechnung. Sie gehen dabei **keinerlei vertragliche Bindung** ein (keine automatische Verlängerung). **Dieses Angebot ist für den Verlag freibleibend.**