

Sie lesen in
diesem Heft:

Liposuktion soll
Kassenleistung
werden

20 Jahre
Lymphverein

Lymphologische
Termine



Verein zur Förderung der
Lymphoedemtherapie e. V.

Dieses Exemplar wurde Ihnen überreicht durch:

Rückbildung von Lymphödemen durch Operation

Lymphödeme können durch bestimmte chirurgische Maßnahmen dazu gebracht werden, sich weitgehend oder sogar vollständig zurückzubilden. Danach werden in vielen Fällen entweder keine Manuelle Lymphdrainage (MLD) und keine Kompressions-Bestrumpfung mehr benötigt oder nur noch in geringerem Maße. In manchen Fällen zeigt die chirurgische Behandlung jedoch keine nennenswerte Verbesserung und selten kommt es danach sogar zu einer Verschlechterung. In diesem Beitrag wollen wir den aktuellen Stand der chirurgischen Möglichkeiten zur Behandlung chronischer Lymphödeme aufzeigen.

Lymphödeme sind relativ häufig, die Ursachen davon ganz unterschiedlicher Art. Die betroffenen Menschen erleiden einen mehr oder minder großen Verlust an Lebensqualität und Leistungsfähigkeit. Bis heute kennen wir viele wesentliche Aspekte des Lymphödems noch nicht. Etwa warum jemand nach einer Krebstherapie ein Lymphödem entwickelt, ein anderer jedoch nicht? Und das, obwohl in beiden Fällen die Erkrankung und die Therapie sehr ähnlich waren. So lange wir also die Mechanismen nicht vollständig kennen, die zum Entstehen eines Lymphödems führen, wissen wir nicht, wie eine **Heilung** erzielt werden könnte.

Doch geeignete Maßnahmen können die mit dem Lymphödem einhergehenden **Beschwerden** sehr wohl reduzieren. Der Goldstandard für die Behandlung chronischer Lymphödeme ist die Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (KPE). Diese besteht aus MLD, Kompressions- und Bewegungstherapie, Hautpflege und Patienten-Edukation. Darunter versteht man die

Aufklärung des Patienten über seine Erkrankung, deren Therapie sowie die Rolle und Bedeutung, die ihm bei der Krankheitsbewältigung zukommt. Die KPE muss lebenslang regelmäßig zur Anwendung kommen. Für die meisten Betroffenen ist das eine große Belastung, die ihre Lebensqualität zusätzlich schmälert.

Unter diesem Aspekt ist es verständlich, dass Mediziner schon früh nach Alternativen für die aufwändige KPE gesucht haben. So suchten sie nach wirksamen Medikamenten, wurden aber trotz anfänglicher Erfolgsaussichten schließlich doch nicht fündig. Ein anderer Ansatz ist die Chirurgie. 1901 behandelte der Leibarzt des englischen Königs George V., Prof. Richard Henry Havelock Charles, einen Patienten in Indien, indem er dessen gigantisches Lymphödem am Bein einfach wegschnitt. Später praktizierten der griechische Chirurg Emmanuil Kondoleon und sein englischer Kollege Walter Ellis Sistrunk ähnliche Methoden zur Behandlung des Lymphödems. Die Resultate waren schrecklich! Heute werden derartige Eingriffe – wenn überhaupt – als „ultima ratio“, als letzte Lösung angewandt, wenn nichts anderes mehr möglich ist. 1997 entwickelte der schwedische Chirurg Håkan Brorson eine spezielle Technik der Fettabsaugung (Liposuktion) zur Behandlung des chronischen Lymphödems.

Lymphgefäßsystem, Lymphabfluss und Lymphödem

Fast alle Bereiche unseres Körpers werden aus dem Blutkreislauf heraus permanent mit Flüssigkeit versorgt. Ausgenommen davon sind Zahnschmelz, Hornhaut des Auges,

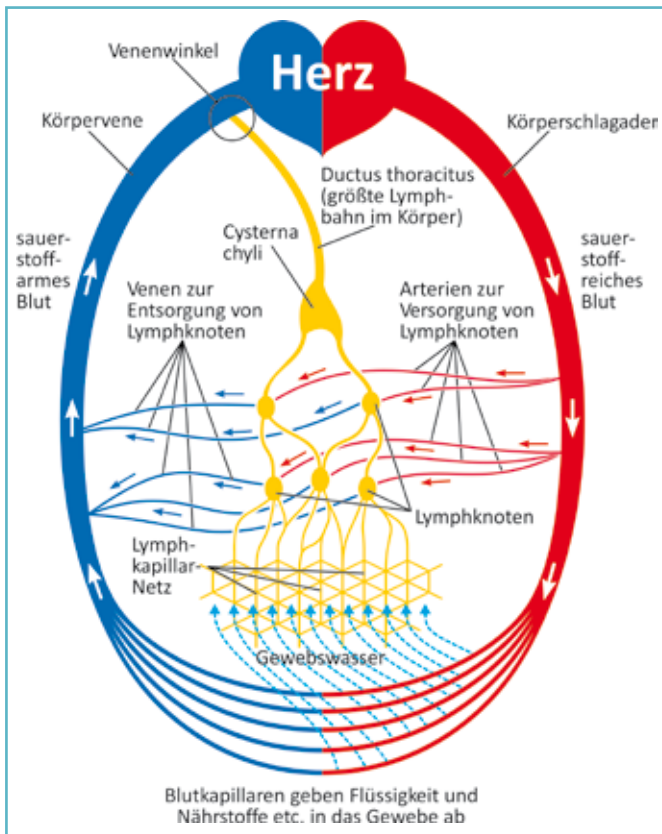


Abb. 1: Blut-Lymph-Kreislauf

Haare, oberste Hautschicht, Fuß- und Fingernägel sowie andere Bereiche, in denen sich keine Blutgefäße befinden. Abb. 1 zeigt eine schematische Darstellung des menschlichen Blut- und Lymphkreislaufs. Dort sieht man, dass Kapillaren, auch „Haargefäße“ genannt, Blutflüssigkeit an das Gewebe abgeben („filtrieren“). Diese Flüssigkeit enthält Sauerstoff, Nährstoffe, Hormone und viele andere Substanzen, die die Zellen unseres Körpers zum Leben und Funktionieren benötigen. Die Gewebeflüssigkeit umspült die Zellen, die daraus über ihre Zellwände die notwendigen Stoffe aufnehmen. Die Abfallprodukte aus dem Stoffwechsel der Zellen werden an die Gewebeflüssigkeit zurückgegeben. Diese wird dann – zusammen mit den Stoffwechselprodukten, überschüssigem Eiweiß, abgestorbenen Zellen, Krankheitserregern und anderem „Unrat“ – als „lymphpflichtige Last“ vom Lymphgefäßsystem aufgenommen, abtransportiert und kurz vor dem Herzen im „Venenwinkel“ in den Blutkreislauf eingeleitet.

Auf dem Weg dorthin passiert die Lymphflüssigkeit zahlreiche Lymphknoten (Abb. 2). Diese sind als „Kläranlagen“ und „Gesundheitspolizei“ zentrale Elemente unseres Immunsystems. Das Lymphgefäßsystem transportiert im Ruhezustand durchschnittlich 5 bis 10 Liter pro Tag. Bei körperlicher Anstrengung, Hitze, nach Alkoholkonsum oder aufgrund mancher Medikamente (Psychopharmaka!) oder Erkrankungen kann die Menge deutlich ansteigen. Ein intaktes Lymphgefäßsystem verfügt über genügend Reserven, um selbst einen großen Flüssigkeitsanfall zu bewältigen (Sicherheitsventilfunktion).

Doch ein Lymphgefäßsystem, das Defekte aufweist, kann diese Funktion nur eingeschränkt erfüllen. Sind diese Defekte derart ausgeprägt, dass die anfallende Flüssigkeit nicht mehr vollständig abtransportiert werden kann, entsteht in dem betroffenen Gebiet ein Stau, der sich als sicht- und tastbare Schwellung bemerkbar macht.

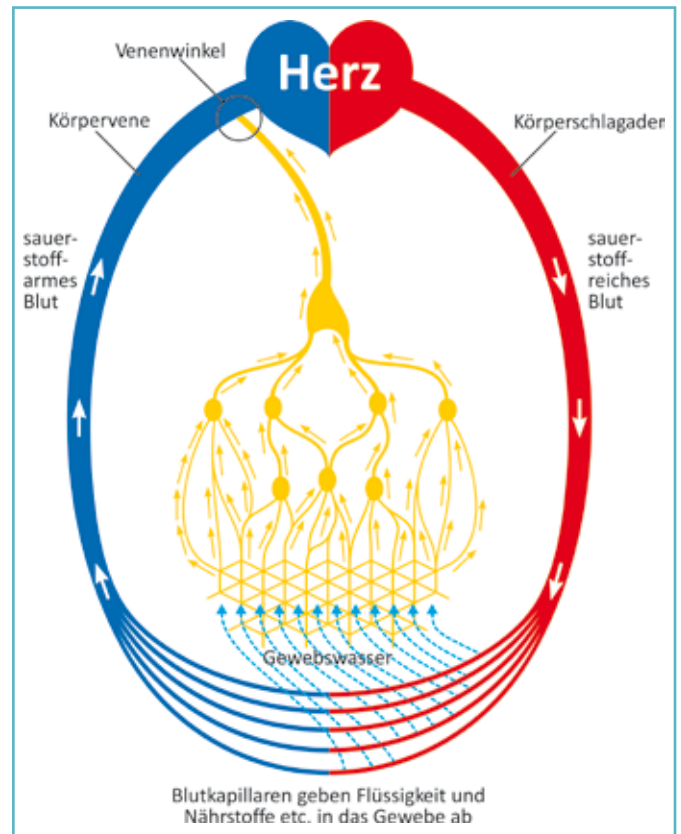


Abb. 2: Intakter Lymphabfluss

Eine derartige Schwellung bezeichnet man als „Ödem“ (Abb. 3). Ist die Ursache des Ödems ein angeborener Defekt des Lymphgefäßsystems (der sich meist aber erst im Laufe des Lebens bemerkbar macht), sprechen wir von einem „primären Lymphödem“. Wurde der Defekt durch eine OP, Strahlenbehandlung, Verletzung, einen Tumor, eine Infektion oder eine andere Ursache „erworben“, sprechen wir von einem „sekundären Lymphödem“.

Die Stadien des Lymphödems

Je nach Ausprägung wird das Lymphödem in vier Stadien eingeteilt:

Stadium 0: Latenzstadium, ohne sichtbare oder tastbare Schwellung, nur funktions-diagnostisch (Lymphsintigramm) nachweisbar.

Stadium 1: Spontan reversibles Stadium, das Ödem ist weich, es kann mit dem Finger leicht eine Delle eingedrückt werden, die einige Zeit bestehen bleibt; die Schwellung bildet sich durch Hochlagern der Gliedmaße spontan zurück.

Stadium 2: Spontan irreversibles Stadium, das Ödem ist verhärtet, es kann mit dem Finger keine Delle eingedrückt werden, die Schwellung bildet sich durch Hochlagern der Gliedmaße nicht mehr zurück.

Stadium 3: Elephantiasis, stark ausgeprägte Schwellung mit Verhärtung und typischen Hautveränderungen, Bewegungseinschränkung der betroffenen Gliedmaße(n) bzw. des gesamten Körpers

www.lipoedemportal.de
was Frauen und Ärzte wissen sollten

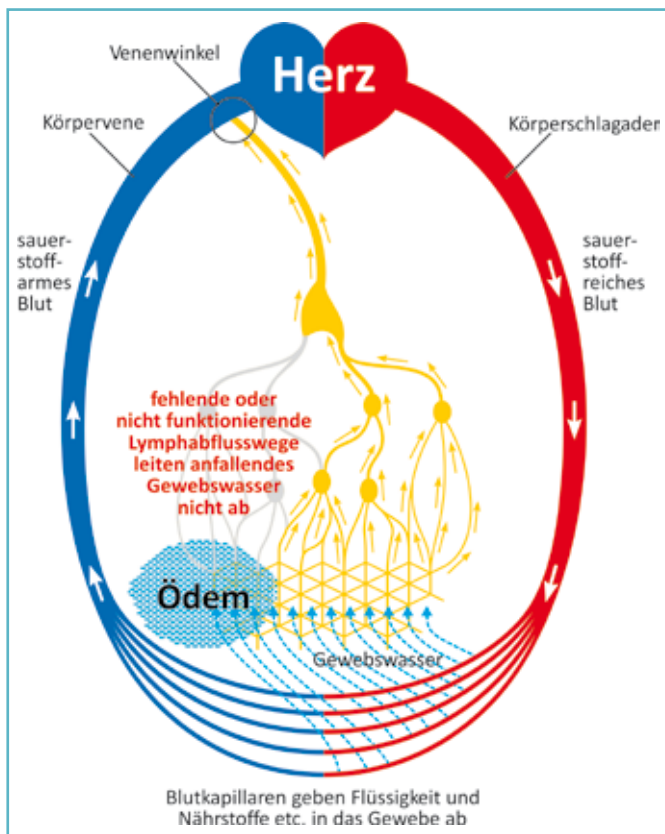


Abb. 3: Gestörter Lymphabfluss und Ödembildung

Prinzipielle Möglichkeiten der Behandlung von chronischen Lymphödem

Chronische Lymphödeme entstehen durch eine zu geringe Transportkapazität des Lymphgefäßsystems. Folglich kann ein Lymphödem dadurch behandelt werden, indem man die Transportkapazität soweit vergrößert, dass die gestaute Gewebsflüssigkeit aus dem ödematösen Bereich abgeleitet („drainiert“) wird. Das kann konservativ mit der KPE geschehen. Diese wirkt aber nur eine gewisse Zeit lang, weshalb sie ständig wiederholt werden muss. Da das lebenslang notwendig ist, stellt die konservative Behandlung des chronischen Lymphödems für die betroffenen Menschen eine erhebliche Belastung und eine Einschränkung ihrer Lebensqualität dar.

Eine andere Möglichkeit wäre, den Defekt des Lymphgefäßsystems dadurch zu beheben, dass man chirurgisch die defekte Stelle überbrückt oder einen alternativen Abflusskanal anlegt. Diese Maßnahmen bezeichnen wir als „funktionell“ oder „physiologisch“, da sie die normale Funktion des Lymphsystems (wieder-)herstellen. (Physiologie ist die Lehre von den normalen Lebensvorgängen.) Daneben gibt es noch Eingriffe, um das Volumen lymphödematöser Gliedmaßen zu reduzieren. Diese bezeichnen wir als „resezierend“ (von „Resektion“ = operative Entfernung von Gewebe oder eines Organs). Sie können in Betracht gezogen werden, wenn das ödematöse Gewebe so stark vermehrt und verhärtet ist (Lymphödem im fortgeschrittenen Stadium 2 und im Stadium 3), dass die Beweglichkeit der betroffenen Gliedmaße beeinträchtigt ist oder aufgrund der asymmetrischen Gewichtsbelastung des Körpers orthopädische, muskuläre oder neurologische Folgeschäden auftreten bzw. zu befürchten sind.

Die heute etablierte Lymph-Chirurgie umfasst

- rekonstruierende Maßnahmen,
- ableitende Maßnahmen,
- resezierende Maßnahmen und
- kombinierte Maßnahmen.

Rekonstruierende Maßnahmen

Diese können angewandt werden, um den Lymphabfluss wiederherzustellen (rekonstruieren). Hier stehen uns heute zwei Methoden zur Verfügung:

1. Autologe Transplantation von Lymphgefäßen

Diese mikrochirurgische Lymphgefäß-Transplantation wurde durch Prof. Dr. Dr. med. habil. Rüdiger Baumeister im Institut für experimentelle Chirurgie der Ludwig-Maximilians-Universität entwickelt. Sie wurde 1980 erstmals eingeführt und seither bei mehr als 350 Patienten angewandt. Durch diese OP konnten erhebliche Verminderungen der Volumina bis hin zur Normalisierung erreicht werden. Diese waren bei Arm-Lymphödemem auch nach mehr als 10 Jahren unverändert festzustellen.

Dabei werden in einer mikrochirurgischen Operation (mit Mikroskop) von der Innenseite eines Oberschenkels ein, zwei oder drei Lymphbahnen mit einer Länge von bis zu 30 cm entnommen. Beim sekundären chronischen Armlymphödem wird das Transplantat zwischen dem vom Lymphödem betroffenen Arm und einer gesunden Lymphbahn am Hals mikrochirurgisch verlegt (Abb. 4). Das Transplantat verläuft dann in einem unter der Haut liegenden Tunnel und soll die Lymphe aus dem gestauten Lymphsystem in das gesunde stammnahe System abführen. Inzwischen wurde die Methode in einigen Fällen auch erfolgreich zur Therapie sekundärer Kopf-Lymphödeme infolge von Krebs-Operationen („neck dissection“) und Bestrahlung von Lymphknoten im Halsbereich eingesetzt.

Mit der Lymphgefäß-Transplantation verwandt ist die Lymphbahn-Interposition. Diese wird meist bei Lymphozelen (Lymphblasen im Gewebe, meist infolge einer OP) eingesetzt, die auf eine konservative Behandlung nicht ansprechen („therapieresistent“ sind). Hierbei wird der nur einige Zentimeter lange fehlende Abschnitt einer Lymphbahn durch ein entsprechendes Transplantat ähnlich wie bei einer Bypass-Operation ersetzt, d.h. rekonstruiert. Entnommen wird das hierfür benötigte Lymphbahn-Segment meist aus einem gesunden Oberschenkel.

Auch beim chronischen einseitigen Bein-Lymphödem kann die Lymphbahn-Transposition eine Therapieoption sein. Dabei wird

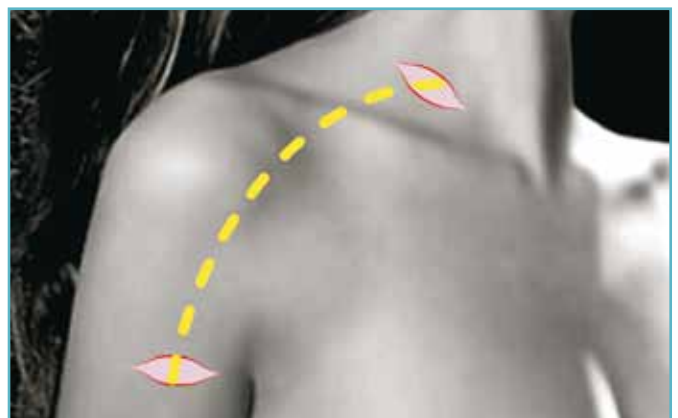


Abb. 4: Überbrückung entfernter Lymphknoten im Achselbereich mit einem transplantierten Lymphkollektor

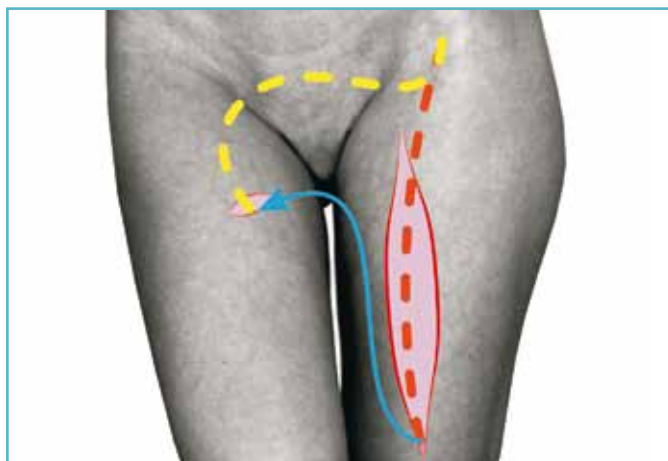


Abb. 5: Überbrückung entfernter Lymphknoten im Leistenbereich mit einem transplantierten Lymphkolllektor

eine Lymphbahn am gesunden Oberschenkel bis zu 30 cm Länge freipräpariert, am fußwärtigen Ende durchtrennt und dieses Ende unter der Haut entlang zur gegenseitigen Leiste hindurchgezogen. Dann wird das Ende der verlegten Lymphbahn („Transponat“) an eine Lymphbahn in der Leiste mikrochirurgisch angeschlossen (Abb. 5). Die Lymphe der gestauten Extremität kann dann über dieses Transponat zur gegenseitigen (gesunden) Leiste abgeleitet werden. Eine Kontraindikation für diese OP ist eine klinische oder apparativ nachgewiesene Lymphabfluss-Störung auch **am gegenseitigen Bein**.

Voraussetzung sowohl für die Lymphgefäß-Transplantation als auch die Lymphbahn-Transposition ist, dass der Lymphabfluss in dem Bereich der Entnahmestelle intakt ist. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass dort ein sekundäres Lymphödem entsteht („Hebedefekt-Morbidität“). Da hier Spender und Empfänger des Transplantats ein und dieselbe Person ist, sprechen wir von einer „autologen Transplantation“. Diese Art von Operation ist sehr kompliziert, nur einige wenige Spezialisten beherrschen sie.

2. Transplantation von Lymphknoten

Einen ganz anderen Weg schlug die in Paris arbeitende belgische Chirurgin Dr. Corinne Becker um 1990 ein. Sie verpflanzte erstmals Lymphknoten von einer Körperstelle an eine Stelle, wo eine Unterbrechung des Lymphgefäßsystems vorlag. Bei dieser Methode wird ein etwa walnussgroßes Stück Gewebe, in dem sich ein oder mehrere Lymphknoten befinden, aus einer gesunden Spenderstelle „gehoben“ und in die zu behandelnde Stelle eingesetzt. Eine Arterie und eine Vene des Gewebestücks werden mikrochirurgisch mit dort vorhandenen Blutgefäßen verbunden. Somit erhält das Gewebestück die notwendige Blutversorgung und nistet sich an seinem neuen „Wohnort“ ein. Da das Gewebestück zusammen mit seinen versorgenden Blutgefäßen transplantiert wird, heißt diese Methode „vaskularisierte Lymphknoten-Transplantation“ (von lat. vasculum: „kleines Gefäß“).

Schon in sehr kurzer Zeit wird der Entstauungs-Effekt sichtbar. Dabei wissen wir noch gar nicht ganz genau, warum das so gut funktioniert. Klinische Studien und wissenschaftliche Erfahrung legen nahe, dass eine Kombination aus zwei Mechanismen dem Erfolg der Transplantation zugrunde liegen könnte: Zum einen nehmen die transplantierten Lymphknoten Lymphflüssigkeit wie ein Schwamm auf und leiten sie über ihre Venen in den Blutkreislauf ein. Zum anderen geben die transplantierten Lymphknoten „lymph-angiogenetische Wachstumsfaktoren“ in das umliegende Gewebe ab, die dort neue Lymphbahnen sprießen lassen. Diese verbinden sich mit

den transplantierten Lymphknoten, die sodann die Lymphe aus dem Ödemgebiet aufnehmen und so den Lymphabfluss wiederherstellen.

Durch die Entnahme von Lymphknoten wird der Lymphabfluss an dieser Stelle logischerweise beeinträchtigt. Das könnte sogar dazu führen, dass im Einzugsgebiet der Lymphknoten ein sekundäres Lymphödem entsteht. Dieses Risiko kann reduziert werden, indem als Spenderstelle („Hebestelle“) eine Region ausgewählt wird, die besonders viele Lymphknoten enthält. Dort wirkt sich der „Verlust“ von Lymphknoten nicht so stark aus. Aus diesem Grund werden Lymphknoten hauptsächlich aus der Leiste, dem Bereich von Achsel und seitlichem Brustkorb, von seitlich am Kopf bzw. oberhalb des Schlüsselbeins und neuerdings auch aus dem Bauchraum entnommen. Hier wären das Omentum, eine am Magen befestigte Fettschürze, und das Mesenterium (Gekröse) zu nennen, von wo Lymphknoten durch eine minimal-invasive Laparoskopie (Bauchspiegelung) entnommen werden können.

Daneben gibt es – etwa im Rahmen einer Brust-Rekonstruktion – verschiedene Möglichkeiten einer Transplantation von Gewebeteilen („Lappen“) zusammen mit Lymphknoten. Damit kann nicht nur ein ästhetischeres Ergebnis der Brustkrebs-Behandlung erzielt werden, sondern auch eine Verbesserung des Lymphabflusses aus dem Arm der betroffenen Seite.

Nichtsdestotrotz bleibt eine gewisse Gefahr bestehen, dass durch die Lymphknoten-Entnahme ein sekundäres Lymphödem entsteht („Hebedefekt-Morbidität“). Um dieses Risiko zu minimieren haben die US-Amerikaner Dr. Mark Smith und Dr. Joseph Dayan 2014 die Methode „Reverse Lymphatic Mapping“ (umgekehrte lymphatische Kartierung) vorgestellt. Dabei wird ein spezieller Farbstoff in den Arm bzw. das Bein, von denen Lymphknoten entnommen werden sollen, injiziert. Die Lymphknoten, die den Farbstoff aufnehmen, sind besonders wichtig für den Lymphabfluss des Armes bzw. des Beines und werden nicht entnommen. Andere, die keinen Farbstoff aufgenommen haben, können praktisch gefahrlos entnommen und verpflanzt werden. Diese Methode funktioniert wie das Wächterknoten-Verfahren in der Behandlung von Krebserkrankungen, nur umgekehrt.

Eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Lymphknoten-Transplantation ist, dass in der Empfängerstelle vernarbtes Gewebe gelöst wird, das als Folge der Tumorbehandlung (Lymphknoten-Entfernung, Bestrahlung) entstanden ist. Anderenfalls können die transplantierten Lymphknoten nicht „angehen“ und neu gebildete Lymphgefäße sich nicht mit Lymphgefäßen aus der Umgebung verbinden. Lymphknoten-Transplantationen dauern etwa vier bis acht Stunden, in Verbindung mit einer Brustrekonstruktion auch deutlich länger.

Ableitende Maßnahmen

Mit diesen Maßnahmen wird eine künstlich angelegte Verbindung („Anastomose“) zwischen zwei Gefäßsystemen gelegt, um Lymphflüssigkeit abzuleiten. Sie sind im Vergleich zu Transplantation von Lymphgefäßen oder Lymphknoten deutlich weniger invasiv und somit risikoärmer. Daher sollte diese Operationsmethodik gegenüber der Lymphknoten-Transplantation bevorzugt werden.

Lympho-venöse Anastomose (LVA)

Bei der Lympho-venösen Anastomose (LVA) wird eine Verbindung zwischen Lymphkollektoren (mit einem Klappensystem versehene Lymphgefäße) und dem venösen Blutkreislauf hergestellt (Abb. 6). Über diese Verbindung kann die im Gewebe anfallende lymphpflichtige Last „vor Ort“, also noch vor der Lymphbahn-Blockade in den Blutkreislauf abgeleitet werden. Der kleine Eingriff erfolgt „supermi-

Hilfsmittel-Versorgung von der Krankenkasse abgelehnt? Fachkundige Hilfe gesucht?

PuSh Consult berät Patienten, Sanitätshäuser/Leistungserbringer und ärztliche Verordner, wenn es Fragen gibt zu Verordnungen und Kostenerstattungen im Bereich der Hilfsmittelversorgung. Bei Problemen mit den Kostenträgern kann **PuSh** Sie beispielsweise **unterstützen**

- bei **Beantragung von Heimgeräten** für die apparative Kompressionstherapie und anderen medizinischen Hilfsmitteln.
- bei der **Erstellung von ärztlich begründeten Widerspruchsschreiben** nach Ablehnung durch die Kostenträger und den MDK.
- bei der **Durchsetzung von Patientenrechten** nach ablehnenden Bescheiden der Kostenträger.
- bei der **Erstellung von Hilfsmittel-Verordnungen** inkl. begründeten Einzelprodukt-Verordnungen, Attesten, Formular-Entwicklungen zu Verordnungen etc.

Datenschutzrichtlinien beachten wir sorgfältig gemäß DSGVO.

Wir verfügen über **langjährige Erfahrung, einschlägige Kenntnisse** und **gute Kontakte**, vor allem im Bereich der **Phlebologie und Lymphologie**. Insbesondere bei Verordnungen zur **Kompressionstherapie** für Lymph-, Lip- und Phlebödem-Patienten **sind Sie bei uns richtig!**

Wir helfen Ihnen, wenn Sie **Fragen** haben und **Unterstützung** brauchen. In besonderen Fällen vermitteln wir auch gerne den Kontakt zu spezialisierten Rechtsberatungen.

Die Kosten für unsere Dienstleistung sind **günstig** und **fair kalkuliert**.

Bitte wenden Sie sich mit Ihren Fragen an folgende E-Mailadresse: **info@pushconsult.de**

PuSh Consult GbR - Wir freuen uns, wenn wir helfen können!

„krochirurgisch“, da dabei die Lymphgefäße mit einem Durchmesser von weniger als 0,7 mm unter dem Mikroskop mit feinsten OP-Fäden mit kleinen Venen (Venolen) verbunden werden.

Zuvor muss die Lymphabfluss-Situation mittels Fluoreszenz-Lymphangiographie dargestellt werden. Dabei wird ein Fluoreszenzfarbstoff namens Indocyaningrün (ICG) in die Haut der betroffenen Körperabschnitte injiziert. Anschließend wird die Verteilung des Farbstoffs im Lymphgefäßsystem mit einer speziellen Infrarot-Kamera sichtbar gemacht. Vor der OP werden Lymphkolektoren und Venen auf der Haut angezeichnet. Über dem jeweiligen Lymphkolektor wird in die Haut ein wenige Zentimeter kleiner Schnitt gemacht. Unter einem Mikroskop mit 30- bis 40-facher Vergrößerung wird der jeweilige Lymphkolektor geöffnet. Wenn er eine gute Lymphförderungsrate aufweist, wird er mit einem dünnen Nahtmaterial supermikrochirurgisch mit der benachbarten Vene verbunden. Noch während der Operation wird mittels ICG-Lymphangiographie die Anastomose überprüft und der korrekte Abfluss in die Vene sichergestellt. Die Hautnaht und der Verband beenden die Operation. Die OP kann meist in örtlicher Betäubung („Lokalanästhesie“) durchgeführt werden und dauert maximal etwa drei Stunden; darauf folgt ein stationärer Aufenthalt von zwei bis vier Tagen. Nach 14 Tagen werden die Fäden ambulant entfernt. Anschließend kann die KPE fortgeführt werden.

Bei länger bestehenden Lymphödem und ausgeprägter Fibrosierung sind teilweise keine funktionierenden Lymphgefäße mehr vorhanden. In derartigen Fällen ist keine LVA möglich. Voraussetzung für eine LVA ist grundsätzlich, dass keine venösen Abflussstörungen vorliegen. Das muss vorab mittels Duplex-Sonografie (Ultraschall) abgeklärt werden. Das gilt insbesondere, wenn geprüft wird, ob ein Bein-Lymphödem mit einer LVA behandelt werden kann. Denn da der Blutdruck in den Bein-Venen relativ stark schwankt, ist hier eine tadellose venöse Abfluss-Situation unabdingbar.

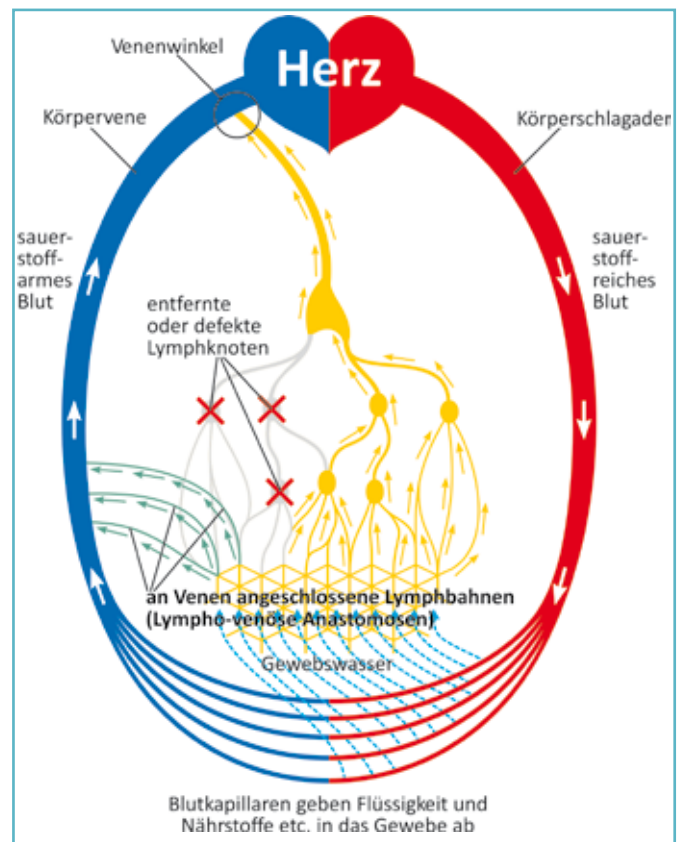


Abb. 6: Prinzip der Lympho-venösen Anastomose (LVA)

Eine Schwäche dieses Verfahrens ist der relativ kleine Wirkungsradius. Darum müssen an der betroffenen Körperstelle mehrere Anastomosen gelegt werden, um den Lymphabfluss zu verbessern. Es hat

sich aber gezeigt, dass bereits mit zwei derartigen „Shunts“ eine Volumenreduktion des Arm-Lymphödems um bis zu 50 Prozent erreicht werden kann. Und auch die Häufigkeit von Erysipelen (Wundrose) wird in der Regel deutlich gesenkt. Prinzipiell gilt: Je größer die Anzahl der gelegten Anastomosen, desto besser ist der Effekt.

Da bei fortgeschrittenen Lymphödemem meist nicht genügend bzw. gar keine intakten Lymphkollektoren vorhanden sind, kann die LVA in einem frühen Stadium des Lymphödems weitaus bessere Ergebnisse erzielen als in einem fortgeschrittenen Stadium. In Japan wird die LVA deshalb zur Lymphödem- Prophylaxe angewandt. Obwohl dieses Vorgehen vielversprechend ist, wird es durch die aktuelle Leitlinie in Deutschland nicht unterstützt.

Neben der hier beschriebenen LVA gibt es noch die Multiple Lymphatische Venöse Anastomose (MLVA) und Multiple Lymphatische Venöse Lymphatische Anastomose (MLVLA). Diese zu beschreiben würde jedoch den hier verfügbaren Rahmen sprengen

Resezierende Maßnahmen

Bei Lymphödemem kommt es im Lauf der Zeit häufig zu einer Vermehrung des Fett- und des Bindegewebes („Sekundärveränderungen“). Das kann zur Beeinträchtigung von körperlichen Funktionen führen und in bestimmten Fällen eine gewebereduzierende Maßnahme erforderlich machen. Das Ausmaß der Resektionen reicht von einfachen Exzisionen (chirurgisches Entfernen) von überstehenden Fett-Haut-Anteilen bis hin zur vollständigen Entfernung der Haut und des Unterhautfettgewebes einschließlich der darunter liegenden Faszie (Muskelhaut). Solche Eingriffe sind ausgesprochen invasiv und gelten heutzutage bestenfalls als Methoden der letzten Wahl.

Moderne Formen der Resektion sind die verschiedenen Techniken der Liposuktion und Lipo-Lymphosuktion. Hierbei wird das vermehrte Gewebe des Lymphödems mittels Kanülen ähnlich wie bei der Fettabsaugung über kleine Einstichstellen teilweise oder völlig entfernt. Die eigentliche Ursache des Lymphödems, die verminderte Transportkapazität des Lymphgefäßsystems, wird dabei nicht behoben. Durch die Verminderung der Gewebsmasse kann jedoch die lymphpflichtige Last vermindert werden. Dann wird weniger Lymphe produziert und das geschwächte Lymphsystem muss weniger Lymphflüssigkeit transportieren. Auch die Dermolipektomie (Hautstraffung) kann diese Funktion erfüllen. Der alte Grundsatz, dass im Bereich des chronischen Lymphödems keinesfalls operiert werden darf, gilt heute nur noch mit Einschränkungen.

Kombinierte Maßnahmen

Im Prinzip sind Kombinationen etwa aus rekonstruierenden und resezierenden Maßnahmen oder ableitenden und resezierenden möglich. Allerdings scheinen viele Experten keine allgemeine Neigung für derartige Kombinationen zu verspüren. Entscheidungen in dieser Hinsicht können in jedem einzelnen Fall nach sorgfältigem Abwägen aller Pros und Contras gefällt werden

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass chronische Lymphödeme zwar nicht heilbar sind, jedoch die damit verbundenen Beschwerden mit modernen chirurgischen Maßnahmen wirksam behandelt werden können. Dabei können sowohl die funktionellen

Ergebnisse als auch die Lebensqualität verbessert werden. Die Häufigkeit von Erysipelen (Wundrose) kann erheblich gesenkt, oftmals sogar auf Null reduziert werden. Das ist darauf zurückzuführen, dass durch die Verbesserung des Lymphabflusses Stoffwechselprodukte und Schadstoffe aus dem Ödemgebiet wieder abtransportiert werden und somit die wichtige immunologische Rolle des Lymphsystems wiederhergestellt wird.

Die aktuelle „S2k Leitlinie Diagnostik und Therapie der Lymphödeme“ empfiehlt, dass erwachsene Patienten mit Lymphödemem vor einer chirurgischen Therapie eine mindestens sechs Monate dauernde konservative Entstauungstherapie (KPE) durchlaufen sollten. Außerdem sollte eine operative Therapie vor allem dann in Betracht gezogen werden, wenn ein Patient trotz leitliniengerechter konservativer Therapie und Therapietreue weiterhin einen Leidensdruck hat oder eine Zunahme von sekundären Gewebeeränderungen zu beobachten ist. Dabei sollten laut aktueller Leitlinie in einer von Patient und Arzt gemeinsamen Entscheidungsfindung die „Patienten über die verschiedenen Möglichkeiten einer operativen Therapie hinsichtlich ihrer Anwendungen und nachgewiesenen Effekte umfassend informiert werden. Hierbei sollen auch die möglicherweise noch notwendigen Maßnahmen nach einem operativen Verfahren zur Sprache kommen.“

Die LVA ist im Vergleich zu Transplantationen von Lymphknoten und -bahnen wesentlich weniger invasiv. Sie ist deshalb mit einem geringeren Risiko verbunden und für den Organismus weniger belastend. Keinesfalls sollte ein „malignes Lymphödem“ (aufgrund einer Blockade des Lymphabflusses durch einen bösartigen Tumor) chirurgisch behandelt werden. Denn der wachsende Tumor würde jegliche operative Maßnahmen konterkarieren, die eine Steigerung dieser Transportleistung zum Ziel hat. Darum sollten Krebspatienten mindestens ein Jahr nach der Behandlung keine Anzeichen für ein erneutes Auftreten ihres Tumors haben.

Mit Ausnahme von eventuell auch in Lokalanästhesie durchführbaren LVA benötigen die operativen Maßnahmen eine Vollnarkose. Hierzu sind die von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie herausgegebenen Leitlinien für die Vertretbarkeit von Narkosen im Verhältnis zum geplanten operativen Eingriff zu beachten.

Ob eine chirurgische Therapie eines chronischen Lymphödems in Betracht kommt, kann grundsätzlich erst nach einer umfassenden Untersuchung durch auf diesem Gebiet ausgewiesene Experten erwogen werden. Diese können dann anhand der Befunde und aufgrund von patientenbezogenen Faktoren eine Empfehlung zum Eingriff geben oder abraten.

Inzwischen gibt es ein Roboter-assistiertes OP-System mit dem Namen „Da Vinci®“, das ursprünglich für chirurgische Eingriffe in der Urologie entwickelt wurde, aber auch im Bereich der Lymph-Chirurgie vorteilhaft eingesetzt werden kann. Die Instrumente ähneln einem menschlichen Handgelenk im Sinne ihrer Beweglichkeit und ihrer Greiffunktion. Der Vorteil gegenüber dem Handgelenk ist, dass die Funktionalität einer menschlichen Hand im Körper des Patienten nur einen Raum von 1 bis 2 Kubikzentimeter benötigt. Damit werden Prozeduren auf kleinstem Raum möglich, die bisher undenkbar waren. Selbst das Zittern der Hände des Operateurs rechnet der Computer heraus!

Die in diesem Beitrag beschriebenen Behandlungen sind für gesetzlich Versicherte möglich. Die Kostenübernahme durch die Krankenkasse wird von der Klinik im Vorfeld beantragt. Eingriffe zur Wiederherstellung der Körperfunktionen bei Lymphödemen, die nach der Behandlung einer Krebserkrankung entstanden sind, bezahlen gesetzliche Krankenkassen meist problemlos. Bei Privatpatienten werden Behandlungskosten gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Die Erstattung der anfallenden Kosten und Honorare wird in der Regel durch private (Zusatz-) Versicherungen übernommen, wobei die Erstattungsfähigkeit der Liquidation mit dem Vertrag, den die Patienten mit ihrer Krankenversicherung abgeschlossen haben, zusammenhängt. Anders als kosmetische Behandlungen können solche Behandlungskosten für Selbstzahler als „außergewöhnliche Belastung“ in der Steuererklärung vermerkt werden.

Einrichtungen mit lymph-chirurgischen Leistungsangeboten:

Hier finden Sie in alphabetischer Reihenfolge der Städtenamen die lymph-chirurgischen Einrichtungen. Für die Vollständigkeit der Aufzählung und Richtigkeit der Angaben können wir keine Gewähr leisten.

Universitätsklinikum Aachen – Klinik für Plastische Chirurgie, Hand- und Verbrennungschirurgie
Univ.-Prof. Dr. med. Justus P. Beier, Privat-Doz. Dr. med. Anja M. Boos; E-Mail: aboos@ukaachen.de, Tel.: 0241 / 80-89700

St. Marien-Krankenhaus Berlin – Plastische, Ästhetische u. Rekonstruktive Mikrochirurgie, Handchirurgie. Dr. med. Steffen Schirmer, E-Mail: Schirmer@marienkrankenhaus-berlin.de, Tel.: 030 - 76 783 521

Charité – Universitätsmedizin Berlin – Abteilung für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie an der Charité
PD Dr. med. Christian Witzel; Tel.: 30 - 450 564 247, <https://plastische-chirurgie.charite.de/metast/kontakt/>

Gemeinschaftskrankenhaus Berlin-Havelhöhe – Klinik für Plastische Chirurgie u. Handchirurgie, Lymphchirurgische Sprechstunde. Privat-Doz. Dr. med. Gerrit Grieb, E-Mail: plastische-chirurgie@havelhoehe.de, Tel.: 030 / 36501-296. www.havelhoehe.de

Helios Klinikum Berlin-Buch – Plastische und Ästhetische Chirurgie; Priv.-Doz. Dr. med. Oliver Thamm, Tel.: 030 / 9401-12450
E-Mail: oliver.thamm@helios-gesundheit.de

St. Rochus Hospital Castrop-Rauxel, Katholische St. Lukas Gesellschaft – Klinik für Plastische Chirurgie, Rekonstruktive Lymph- und Supermikrochirurgie. Privat-Doz. Dr. med. Andrej Ring
E-Mail: plastische-chirurgie@lukas-gesellschaft.de, Tel.: 02305 - 294 2801 (Mo-Fr von 8:30 bis 15:30)
<http://plastische-chirurgie.rochus-hospital.de>

Städtisches Klinikum Dresden – Klinik für Dermatologie und Allergologie. Prof. Dr. med. Uwe Wollina
E-Mail: wollina-uw@khdf.de, Tel.: 0351-4801685
www.klinikum-dresden.de/der_khdf

Sana Krankenhaus Düsseldorf-Benrath – Plastische & Ästhetische Chirurgie. Dr. med. Katrin Seidenstücker
E-Mail: katrin.seidenstuecker@sana.de, Tel.: 0211 / 2800-1900
www.sana-benrath.de, www.plastischechirurgie-solingen.de

Starker Halt für ein bewegtes Leben.

Sandra tanzt Ballett – trotz Lipolymphödem!

ofa bamberg

lastofa[®] forte

Die flachgestrickten medizinischen Kompressionsstrümpfe mit Merinowolle

neu

Lastofa Forte Ödemtherapie

In natürlich schönen Farben erhältlich. Optional mit einzigartigen Schmucknähten.

Lastofa Forte ist ab jetzt auch in der Farbe Ozean erhältlich!



Universitätsklinikum Erlangen – Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg – Plastisch- und Handchirurgische Klinik Univ. Prof. Dr. med. Dr. h. c. Raymund E. Horch, Dr. med. Ingo Ludolph. Sekretariat: Tel.: 09131 85-33277, E-Mail: irma.goldberg@uk-erlangen.de www.plastische-chirurgie.uk-erlangen.de

Agaplesion Markus Krankenhaus Frankfurt am Main – Klinik & Praxis für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Wiederherstellungs- und Handchirurgie. Prof. Dr. Dr. Ulrich Rieger E-Mail: termin.plastischechirurgie@fdk.info, Tel.: 069 / 95 33 - 25 44 http://rieger-plastische-chirurgie.de

Universitätsklinikum Freiburg – Klinik für Plastische und Handchirurgie. Dr. Z. Kalash, Dr. F. Simunovic Spezialsprechstunde Lymphchirurgie: Montag 12.30 - 15.30 Uhr Anmeldung: 0761 / 270-27790

Städtisches Klinikum Görlitz – Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Brustchirurgie – Mammazentrum Ostsachsen Dr. med. Steffen Handstein E-Mail: plastische.chirurgie@klinikum-goerlitz.de

Universitätsmedizin Göttingen – Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Plastische Chirurgie Privat-Doz. Dr. med. Gunther Felmerer E-Mail: CUOP@med.uni-goettingen.de, Tel.: 0551 / 39 224 62

Privatpraxis Dr. med. Catarina Hadamitzky in Hannover – Plastische, Ästhetische und Handchirurgie, Lympho-Vaskuläre Erkrankungen und Ödeme. E-Mail: info@dr-hadamitzky.com, Tel.: 0511 / 30 40 888, www.dr-hadamitzky.com

ETHIANUM Klinik Heidelberg Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Orthopädie, Operative Gynäkologie Privat-Doz. Dr. H. Engel / Dimitrios A. Takas / Prof. Dr. G. Germann E-Mail: plastische-chirurgie@ethianum.de

Praxis Dr. Czermak und Priv.-Doz. Dr. Pelzer in Heidelberg E-Mail: praxis@pelzer-czermak.de, Tel.: 06221 / 6479778 www.pelzer-czermak.de

Klinikum Kassel – Klinik für Plastisch-rekonstruktive, Ästhetische und Handchirurgie; Prof. Dr. med. Goetz Andreas Giessler, Federico Becker-Fornet; Sekretariat: 0561 980-3001/ -3811/-3810

CG Lympa Fachklinik für Operative Lymphologie Köln Prof. hon. (Univ. Puebla) Dr. med. Manuel E. Cornely, Dr. med. Matthias Gensior, E-Mail: post@cg-lympa.de, Tel.: 0221 / 168022-0

Universitätsklinikum Leipzig – Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie, Bereich Plastische, Ästhetische und spezielle Handchirurgie. Prof. Dr. med. Stefan Langer E-Mail: Stefan.Langer@medizin.uni-leipzig.de, Terminabsprache für Sprechstunde: 0341 / 97-17004, Sekretariat: 0341 / 97-17140 www.oup.uniklinikum-leipzig.de

BG Klinik Ludwigshafen – Klinik für Hand-, Plastische- und Rekonstruktive Chirurgie, Mikrochirurgie Prof. Dr. med. Christoph Hirche, Dr. med. Emre Gazyakan plastische-chirurgie@bgu-ludwigshafen.de Lymphorekonstruktive- / lymphangiologische Sprechstunde, 1., 2. und 3. Mittwoch im Monat, 13-16 Uhr: 0621 / 6810-2010

Klinikum rechts der Isar, München – Klinik und Poliklinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie Prof. H.-G. Machens, Dr. M.-S. Kwak Sekretariat: 089 / 4140 2171. www.plastchir.med.tum.de

Städtisches Klinikum München – Klinik Thalkirchner Straße Privat-Doz. Dr. med. Jens Wallmichrath E-mail: Jens.Wallmichrath@med.uni-muenchen.de, wallmichrath@plast-chir-muenchen.de, Tel.: 089 / 4400-56602

Ästhetisch Plastische u. Rekonstruktive Chirurgie, München Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. med. C. Heitmann und Prof. Dr. med. H. Fansa. E-Mail: info@heitmann-fansa.de, Tel.: 089 / 211 130-0 www.heitmann-fansa.de

Plastische Chirurgie Frankfurt | Hochtaunus, Oberursel Dr. med. Zeynep Potente, Dr. med. Bianca Baican, Dr. med. Livia Köhler, Dr. med. Christina Luther. Tel.: 06171 / 591 91 E-Mail: info@plastischechirurgie-hochtaunus.de,

ELBLANDKLINIKUM Radebeul – Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Brustchirurgie Dr. med. Mario Marx, Dr. med. Alexander Florek Tel.: 0351 / 833 3350. www.elblandkliniken.de/radebeul/fachabteilungen/plastische-chirurgie/

Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg – Klinik für Plastische und Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie Prof. Dr. Dr. Lukas Prantl. Tel.: 0941 / 782-3111 E-Mail: info@hochschulzentrum-plastischechirurgie.de,

Dreifaltigkeits-Krankenhaus Wesseling (bei Köln) – Plastische und Ästhetische Chirurgie Dr. med. Dirk F. Richter, Dr. med. Allan A. Allan, Dr. med. Sebastian Berendes. E-Mail: d.richter@krankenhaus-wesseling.de, Tel.: 02236 / 77-387. www.plastische-chirurgie-wesseling.de

Öffentlichkeitsarbeit für Selbsthilfegruppen

Von Krankenkassen finanziert, risikofrei und ohne Papierkram!

- Homepage
- Facebook-Seite
- Flyer, Poster etc.
- Datenschutz-konform

Aus der Selbsthilfe **FÜR** die Selbsthilfe

Für ein lebendiges und aktives Gruppenleben,
das Spaß macht & hilft! *Eure Verena*

www.klarakterstark.de

KLARakterstark!
Kommunikation so wie ich bin!

01570 / 444 99 15



Als Trinkampulle
besonders geeignet bei
Schluckbeschwerden

Unsere kostenlose Broschüre „Selen und krebisbedingte Lymphödeme“ erhalten Sie unter: information@biosyn.de (Stichwort: Lymphe & Gesundheit)

biosyn Arzneimittel GmbH · Schorndorfer Straße 32, 70734 Fellbach
Tel.: +49 (0) 711 575 32-00 · www.biosyn.de · www.selenase.de



selenase® behebt den Selenmangel

selenase® 50 peroral. Wirkstoff: Natriumselenit-Pentahydrat. 50 µg Selen in 1 ml Lösung zum Einnehmen. **Anwendungsgebiete:** Nachgewiesener Selenmangel, der ernährungsmäßig nicht behoben werden kann. Ein Selenmangel kann auftreten bei Maldigestions- und Malabsorptionszuständen sowie bei Fehl- und Mangelernährung. **Zusammensetzung:** 1 Trinkampulle zu 1 ml Lösung enthält 50 µg reines Selen als Natriumselenit-Pentahydrat in 0,9%iger NaCl-Lösung. Sonstige Bestandteile: Natriumchlorid, Salzsäure, Wasser für Injektionszwecke. **Gegenanzeigen:** Selenintoxikationen. **Darreichungsform, Packungsgrößen:** 50 Trinkampullen mit 1 ml Lösung (N2). **Apothekenpflichtig.** 06/12

Liposuktion soll Kassenleistung werden

Diese Nachricht schlug ein wie eine Bombe: Am 10. Januar 2019 kündigte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) an, die Fettabsaugung (Liposuktion) beim Lipödem in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufnehmen zu wollen. „Bis zu drei Millionen Frauen mit krankhaften Fettverteilungsstörungen leiden täglich darunter, dass die Krankenkassen ihre Therapie nach einem Gerichtsurteil nicht bezahlen“, sagte Spahn der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“. „Ihnen wollen wir schnell und unbürokratisch helfen.“ Die Kassen weigerten sich, die Liposuktion zu bezahlen, weil „der Nutzen noch nicht hinreichend belegt“ sei, so Spahn.

Das bedarf einer Erläuterung: Bisher entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) darüber, welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) aufgenommen werden. Jetzt will Spahn sein Ministerium ermächtigen, über den G-BA hinweg und ohne Zustimmung des Bundesrates darüber zu entscheiden, was die Krankenkassen bezahlen müssen. Der Aufschrei war groß und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), CSU, SPD, GKV-Spitzenverband und G-BA warnten vor einem Systembruch in unserem Gesundheitswesen. Nur von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Grünen kam Zustimmung.

Wie konnte es soweit kommen, dass sich das Bundesgesundheitsministerium (BMG) derart massiv mit dem G-BA anlegt, dem höchsten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitswesens? Das könnte zum einen mit der Frage nach der verfassungsrechtlichen Legitimation des 2004 gegründeten G-BA zusammenhängen. Denn hier sind Zweifel durchaus angebracht. Von verschiedenen Seiten wird dem G-BA vorgeworfen, ein Instrument von Krankenkassen und Politik zu sein, um die Leistungen der Krankenkassen zu Lasten der Patienten zu „rationieren“.

Patientenvertreter berichteten von einem rüden Umgangston und von persönlichen Angriffen des G-BA ihnen gegenüber. Auch Ärzte, die im Rahmen der Entscheidungsfindung bezüglich des Nutzens der Liposuktion beim Lipödem angehört wurden, fühlten sich einer ähnlichen Behandlung ausgesetzt. Der G-BA tagt nur teilweise öffentlich und es ist nicht immer nachzuvollziehen, wer sich hinter den Entscheidungen verbirgt. Aus „demokratischer Sicht ist das schwierig“, sagte der Berliner Politikberater Albrecht Klopfer gegenüber der Zeitung „Die Welt“ und fordert mehr Transparenz bei den Entscheidungen des G-BA ein.

Von einer gut unterrichteten Quelle aus Justizkreisen hat unsere Redaktion erfahren, dass zwischen dem BMG und dem Bundessozialgericht (BSG) in Kassel traditionell ein gespanntes

Verhältnis besteht. Darum könnte es sehr gut sein, dass die Liposuktions-Initiative des Gesundheitsministers auch eine Reaktion auf das vernichtende Urteil des BSG zur Liposuktion vom 24. April 2018 ist (wir haben darüber berichtet). Demnach haben gesetzlich Versicherte keinen Anspruch auf Versorgung mit einer stationär durchgeführten Liposuktion, da diese nicht den Anforderungen des Qualitätsgebots entspricht. Und ambulante Liposuktionen mussten die Krankenkassen sowieso nicht bezahlen, weil der G-BA dafür keine Empfehlung ausgesprochen hat.

Für die betroffenen Frauen – insbesondere die mit einem Lipödem Stadium 3 – kommt dieses BSG-Urteil einer wahren Katastrophe gleich. Denn vor dem 24. April 2018 konnten die Krankenkassen in einer Einzelfall-Entscheidung die Kosten für die Liposuktion beim Lipödem durchaus übernehmen. Das kam zwar nicht sehr oft vor, doch in schweren Fällen verhielten sich die Kassen sehr wohl einsichtig. Und diese Möglichkeit hat das BSG mit seinem Urteil zunichtegemacht. Aus diesem Grund muss man Minister Spahns Vorstoß begrüßen.

Zurück zum G-BA: Wenn dieser sich weigert, darüber nachzudenken, ob die Liposuktion beim Lipödem eine Behandlungsalternative zur konservativen Therapie sein könnte, kann ihn niemand dazu zwingen. Und tatsächlich hat er diese Fragestellung sehr viele Jahre vor sich hergeschoben. Erst 2014, als der Druck vonseiten der betroffenen Frauen immer größer wurde, sah er sich gezwungen, einen Antrag der Patientenvertretung auf „Prüfung der Methode Liposuktion bei Lipödem nach § 135 und § 137c SGB V“ anzunehmen. Doch dann dauerte es bis 2017 nochmal gut drei Jahre, bis er das Bewertungsverfahren aussetzte und eine „Richtlinie zur Erprobung der Liposuktion beim Lipödem“ beschloss. In einer Studie zur Erprobung der Liposuktion bei Lipödem „soll die Frage beantwortet werden, welchen Nutzen die Liposuktion bei Lipödem im Vergleich zu einer alleinigen konservativen, also nichtoperativen Behandlung hat. Zudem sollen in der Studie weitere Erkenntnisse zu den Risiken und möglichen Komplikationen der Methode gewonnen werden.“ (so der G-BA). In Wirklichkeit hat er damit die Entscheidung, ob die Liposuktion beim Lipödem in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen wird, praktisch auf den Sankt-Nimmerleins-Tag verschoben.

Angesichts dieser Hinhalte-Praktiken des G-BA ist es durchaus verständlich, dass sich das BMG die Möglichkeit offenhalten will,

Methoden in die Gesundheitsversorgung aufzunehmen, für die die Selbstverwaltung keine Regelung getroffen hat, oder für die sie „die Anerkennung eines diagnostischen oder therapeutischen Nutzens bisher abgelehnt hat“. Denn für eine neue Methode kann eine Erstattung durch die Krankenkassen durchaus in Betracht kommen, wenn es dafür keine zumutbare Alternativbehandlung gibt. Und das selbst dann, wenn für die neue Methode kaum wissenschaftliche Belege vorliegen. Das gilt nicht nur für die Liposuktion beim Lipödem!

Inzwischen ist das Gezeter des G-BA verstummt, dass die Initiative Spahns einen „Schritt zurück ins medizinische Mittelalter“ (so der G-BA-Chef Prof. Josef Hecken wörtlich) gleichkommt. Per Brief schlägt der G-BA jetzt dem Gesundheitsminister vor, die Liposuktion beim Lipödem in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen. Zudem schlägt Prof. Hecken vor, dass der G-BA in einer Richtlinie die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer (Ärzte) definiert. Jeder Eingriff muss durch den Operateur nach sechs Wochen und nach zwölf Monaten nach standardisierten Vorgaben dokumentiert werden. Hecken betonte, es sei in erster Linie das Ziel, eine Datenerfassung zu Risiken und unerwünschten Ereignissen zu gewährleisten.

Somit kann man davon ausgehen, dass dieser Eingriff ab Januar 2020 erstattet wird. Die Regelung soll aber nur für Frauen mit einem Lipödem Stadium 3 gelten, und auch das nur befristet bis 2024. Das Lipödem Stadium 3 ist gekennzeichnet durch (Abb. 1):

- ausgeprägte Umfangsvermehrung, Unterhautgewebe stark verdickt und verhärtet,
- grobe, deformierende Fettlappen (Wammenbildung) an den Innenseiten der Oberschenkel und der Kniegelenke (Scheuerwunden!),
- teilweise über die Knöchel herunterhängende Fettwülste,
- X-Beinstellung (dauerhaft hohe Fehlbelastung der Gelenke!).

Unabhängig von der neuen Regelung soll die geplante Studie durchgeführt werden, mit der der therapeutische Nutzen der Liposuktion beim Lipödem festgestellt werden soll. Diese soll im zweiten Halbjahr 2020 beginnen und bis 2024 laufen. Anhand der Ergebnisse dieser Studie will der G-BA prüfen, ob die Liposuktion auch für Frauen mit Lipödem Stadium 1 und 2 Kassenleistung wird.

Ist jetzt alles gut?

Auf den ersten Blick sieht die neue Situation



Bildquelle: Prof. Schmeller, www.hanse-klinik.de

Abb. 1: Lipödem Stadium 3

recht rosig aus. Doch wenn man die Dinge genauer betrachtet, mischen sich Zweifel in die anfängliche Euphorie. Denn wer soll die Liposuktion beim Lipödem durchführen, wenn diese zur Kassenleistung wird? Fettabsaugungen bieten viele Ärzte an. Im Jahr 2017 wurden von „Schönheitschirurgen“ deutschlandweit rund 45.871 Fettabsaugungen durchgeführt. Auf diesem Gebiet tummeln sich Ärzte vieler Fachrichtungen: Allgemeinchirurgen, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen, Plastische Chirurgen, Hautärzte, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Allgemeinmediziner und manche mehr.

Wir möchten diesen Medizinern die Kompetenz auf ihrem Gebiet keinesfalls absprechen. Doch für eine erfolgreiche Behandlung des Lipödems – ist eine solide Kenntnis der Anatomie des Lymphgefäßsystems unabdingbar. Und über diese verfügen tatsächlich nur relativ wenige Ärzte, da im Medizinstudium kaum etwas über das Lymphsystem gelehrt wird. Zwar lernen die Studenten, dass darin die Immunisierung nach einer Impfung stattfindet. Doch über das Lymphgefäßsystem als Organ der Zirkulation hören sie kaum etwas.

Viele „Schönheitschirurgen“ können Fett mit kosmetisch gutem Ergebnis absaugen. Dafür bedienen sie sich der Criss-cross-Technik, bei der sie die Absaugkanüle kreuz und quer durch die abzusaugende Zone führen, um ein möglichst gleichmäßiges Ergebnis zu erzielen. Doch diese Methode eignet sich nicht für die Absaugung des Lipödems an den Beinen und Armen. Hier muss die Kanüle unbedingt parallel zu den Lymphgefäßen („achsengerecht“) geführt werden. Andernfalls wäre die Gefahr zu groß, Lymph-

...wann immer Sie sie brauchen



Seit über 20 Jahren
ein starker Partner
in der Therapie von
Lymph- und Venen-
erkrankungen



Lympha Press

Ein Lympha Press Heimgerät bietet Ihnen optimale Behandlungsqualität und maximale Freiheit: Ohne Termin und ohne Wartezeit können Sie damit zuhause Ihr Lymphödem bzw. Lipödem entstauen. In vielen Fällen kann mit einem Lympha Press Heimgerät die Häufigkeit der Lymphdrainage deutlich reduziert werden.

Bei Bedarf kann Ihnen Ihr Arzt ein Lympha Press Heimgerät verordnen. Als Hilfsmittel belastet es nicht sein Praxisbudget. Auf Wunsch übernehmen wir für Sie die gesamte Antragabwicklung bei Ihrer Krankenkasse. Kostenlos.

Villa Sana GmbH & Co. medizinische Produkte KG

Hauptstraße 10 - 91798 Weiboldshausen

Telefon 0 91 41 / 85 46-0 - www.villa-sana.com

► Zur Behandlung venös bedingter Erkrankungen gibt es die bewährten Phlebo PRESS Heimgeräte.

bahnen zu verletzen. Diese tolerieren zwar eine Zugbelastung in Längsrichtung, eine Krafteinwirkung (Scherkräfte) von der Seite her dagegen nicht. Falls bei der Absaugung Lymphgefäße verletzt werden, kann infolge davon ein sekundäres chronisches Lymphödem entstehen. Und damit hat man den Teufel mit dem Beelzebub ausgetrieben!

„Schönheitschirurgen“, selbst wenn sie den geschützten Titel „Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie“ tragen, „ticken ganz anders“ als Operateure, die sich auf die Liposuktion beim Lipödem spezialisiert haben. So schreibt die „Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland e.V.“ (GÄCD) in ihren Leitlinien zur Liposuktion zwar vor, dass Ärzte, die Fettabsaugungen durchführen, „über eine angemessene Ausbildung und Erfahrung auf dem Gebiet der Liposuktion verfügen“ müssen. Auch dass sie eine „abgeschlossene chirurgische Ausbildung im Bereich der allgemeinen Chirurgie, der MKG, HNO, Gynäkologie oder Dermatologie“ haben müssen. Doch die Begriffe „Lymph“, „Lymphgefäß“ etc. sucht man darin ebenso vergebens, wie die Notwendigkeit einer präoperativen und postoperativen physikalischen Entstauungstherapie (Manuelle Lymphdrainage etc.).

Und dann wird bei der kosmetischen Liposuktion ja nicht bloß Fettgewebe entfernt, sondern die Körperform modelliert. Pierre-Francois Fournier, der große Pionier der Liposuktion, sagte, dass eine gute Liposuktion nicht durch das bestimmt wird, was herausgesaugt wird, sondern durch das was zurückbleibt („what you take is not as important as what you leave behind“). Er meinte damit die „Liposkulptur“, die möglichst schöne Modellierung des Körpers.

Doch bei der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems muss das krankhafte Fettgewebe möglichst vollständig entfernt werden, um ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern. Denn verbliebenes Lipödem-Fettgewebe könnte zu einer örtlichen Schmerzhaftigkeit führen. Allenfalls kann ein gewisses Minimum an Fettgewebe verbleiben, etwa zum Schutz von Knochenhaut an bestimmten Stellen oder um kein skelettartiges Aussehen entstehen zu lassen. Die Erfahrung zeigt, dass eine sehr geringe Menge des Lipödem-Fettgewebes toleriert werden kann, da dieses sich in nur kaum nennenswerten Maß vermehrt.

Ein anderer Grund zur Sorge ist, dass die Krankenkassen die Vergütung der Ärzte für

die Liposuktion deckeln werden, wenn diese Kassenleistung wird. Denn die Deckelung der Vergütungen von ärztlichen Leistungen ist eine der Lieblingssportarten der Krankenkassen! Folglich ist davon auszugehen, dass die relativ wenigen Spezialisten für die Liposuktion des Lipödems sich weigern werden, Patientinnen zum „Kassentarif“ zu behandeln. Dann haben die betroffenen Frauen die Qual der Wahl, entweder die Liposuktion – wie schon jetzt – von einem Spezialisten für viel Geld aus eigener Tasche durchführen zu lassen, oder von einem Kassenspezialisten mit ungewisser einschlägiger Kompetenz... und somit ungewissen Folgen ausgesetzt zu sein.

Zu begrüßen an der Initiative von Gesundheitsminister Spahn ist ganz zweifelsohne, dass endlich Bewegung in die Thematik „Liposuktion beim Lipödem“ gekommen ist. **LYMPHE & Gesundheit** wird die Entwicklung sorgfältig und kritisch verfolgen und Sie, liebe Leserinnen und Leser, darüber informieren. Eine besonders aktuelle Berichterstattung hierzu finden Sie kostenlos auf www.lipoedemportal.de, der umfangreichsten Informationsquelle über alle Aspekte des Lipödems in deutscher Sprache.

20 Jahre Lymphverein

Wohl die meisten Menschen mit chronischen Lymphödemen in Deutschland erhalten nicht die medizinische Versorgung, die sie benötigen. Zwei Untersuchungen – eine von einer Ödemklinik, die andere von einer Krankenkasse – kamen unabhängig voneinander zum gleichen Ergebnis: Rund 70 Prozent der Lymphödem-Patientinnen und -Patienten werden nicht bedarfsgerecht versorgt. Bei den Lipödem-Patientinnen sieht es sogar noch viel schlimmer aus! Diesen Menschen nachhaltig zu helfen, hat sich der Lymphverein zur vordringlichsten Aufgabe gemacht.

Vor 20 Jahren wurde der „Verein zur Förderung der Lymphoedemtherapie e.V.“ (so der vollständige Name des Lymphvereins) gegründet, und am 2. März 1999 ins Vereinsregister beim Amtsgericht Hersbruck in Mittelfranken eingetragen. Aufgrund der Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege ist der Lymphverein als gemeinnützigen Zwecken dienend anerkannt. Im November 2003 zog er nach Nürnberg um, und ist seitdem im Vereinsregister des Amtsgerichts Nürnberg unter der Nummer 3741 registriert. Damals zählte der Lymphverein 31 Mitglieder in Nordbayern, heute sind es rund 600 in ganz Deutschland.

Gegründet wurde der Lymphverein ursprünglich, um durch Spendensammlung einer spanischen Patientin namens Maria mit gigantischen Bein-Lymphödemen (Abb. 1) eine Behandlung in Deutschland zu ermöglichen. In Deutschland deshalb, weil trotz der soeben beklagten Defizite der lymphologischen Versorgung hierzulande, in keinem Land der Welt auch nur eine annähernd so gute existiert wie bei uns. Mit der Zeit hat der Lymphverein seine Aktivitäten ausgeweitet. Dank Spenden, Mitgliedsbeiträgen und Geldauflagen, die Gerichte zugunsten gemeinnütziger Einrichtungen verhängen, konnte er in den 20 Jahren seit seinem Bestehen mehr als 350 Menschen helfen. Die meisten davon kamen aus Deutschland, es waren aber auch welche aus der Türkei, aus Spanien, Indien, Südamerika, Afrika und Russland darunter. Aktuell betreut der Lymphverein einen Patienten mit massiven Lymphödemen in Armenien.

Je besser chronisch kranke Menschen über ihre Erkrankungen und die entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten informiert

sind, desto größere Chancen haben sie, die richtige Therapie zu finden. Mit ihrem Wissen kommen sie auch in ihrem Alltag und Berufsleben besser zurecht und sie können Situationen vermeiden, die zu einer Verschlimmerung ihres Leidens führen könnten. Um eine deutschlandweite intensive Aufklärung über das Lymphödem, das Lipödem, Kombinationsformen dieser Erkrankungen sowie deren entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten zu realisieren, initiierte der Lymphverein die Zeitschrift **LYMPHE & Gesundheit**. Diese wird von der S & F Dienstleistungs GmbH herausgegeben, die zwei Mitglieder des Vereinsvorstands aus steuerlichen Gründen erworben haben.

LYMPHE & Gesundheit erscheint seit März 2010 ohne Unterbrechung alle drei Monate in einer Auflage von jeweils 90.000 Exemplaren, die an rund 4.000 Stellen in ganz Deutschland zum kostenlosen Mitnehmen ausliegen. Finanziert wird die Zeitschrift durch die Anzeigen darin und weil zahlreiche Sanitätshäuser, Praxen, Apotheken und andere Auslegestellen dafür bezahlen. Diese Art der Finanzierung gewährleistet Neutralität und Unabhängigkeit gegenüber Einflussnahme von außen. Ein weiterer Kanal für die Weitergabe von Wissen über Lip- und Lymphödeme ist der Deutsche Lymphtag, den der Lymphverein im März 2019 zum vierten Mal in mehreren Städten veranstaltet. Finanziert wird er hauptsächlich durch die Standgebühren aus den begleitenden Fachaustellungen.

Diese Aktivitäten bedeuten für den Vereinsvorstand einen enormen Aufwand an Arbeit, Zeit und Organisation. All das erledigt der Vorstand völlig ehrenamtlich und ohne jegliche Aufwandsentschädigung. Sämtliche Reisekosten und Hotelrechnungen werden aus eigener Tasche und nicht aus der Vereinskasse bezahlt. Und selbst die Kosten für die Reisen nach Afrika und Indien, die Schatzmeister Rainer Kraus und seine Frau Martha im Rahmen des Elephantiasis-Projekts des Lymphvereins für Entwicklungsländer unternehmen (Abb. 2.), bezahlt das Ehepaar Kraus aus eigenen Mitteln. Allein in den letzten zwei Jahren haben sie dafür rund 12.000 Euro ausgegeben. Der Lymphverein wurde dabei mit keinem einzigen Cent belastet.

Warum macht der Vorstand des Lymphvereins so etwas? Ganz einfach: Weil er als



Abb. 1: Spanische Patientin Maria 1999



Abb. 2: Vereinsvorstand Rainer Kraus untersucht Patient in Uganda

Gegenleistung ein wundervolles Gefühl erhält, denn er tut etwas, was die Welt ein wenig besser macht und Menschen in Not zu einem besseren und würdigeren Leben verhilft. Der Spruch „Geteiltes Leid ist halbes Leid, geteilte Freud ist doppelte Freud.“ mag noch so alt sein. Stimmen tut er nach wie vor, und sogar mehr, als die meisten es glauben möchten. Einfach mal ausprobieren! Wer immer nur ängstlich darauf bedacht ist, dass ihm nichts abhandenkommt oder anderen eher mit Misstrauen begegnet, fristet ein armseliges und einsames Dasein. Großherzigkeit ist eine Tugend, die doppelt froh und glücklich macht: Den, der sie gibt, und den, der sie empfängt.

Der Lymphverein ist auf Spenden und Mitgliedsbeiträge angewiesen, um betroffenen Menschen helfen zu können. Hier in Deutschland besteht die Hilfe hauptsächlich darin, Lymphödem- und Lipödem-Patientinnen und -Patienten das Wissen zu vermitteln, das ihnen helfen kann, mit ihrer Erkrankung besser zurechtzukommen und so ihre Lebensqualität zu verbessern. Zu diesem Zweck organisiert er den Deutschen Lymphtag und verteilt die Zeitschrift **LYMPHE & Gesundheit** alle drei Monate kostenlos an etwa 600 Kliniken und 200



medi

Jeden Moment genießen.

mediven® Flachstrick kombiniert Funktion und Design auf neue, einzigartige Weise – für Ihren individuellen Style.

Neu!

Gleich herunterladen:
medi companion – die smarte
App für Lip- und Lymphödem-
Patienten:
www.medi.biz/medi-companion

medi. ich fühl mich besser.

Entdecken Sie Neues aus der medi World of Compression.
www.medi.biz/medi-companion



Selbsthilfegruppen. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenlos nach Hause geschickt.

Anlässlich seines 20. Geburtstages möchte der Lymphverein alle Menschen mit einem Lip- oder Lymphödem, aber auch Gesunde, herzlich dazu einladen, Mitglied zu werden. Der Mitgliedsbeitrag ist 20 Euro für ein Jahr. Wer möchte, kann gern mehr bezahlen. Auch Praxen, Sanitätshäuser, Apotheken, Kliniken und Firmen können Mitglieder werden. Der jährliche Mitgliedsbeitrag für Praxen ist 50 Euro, für Sanitätshäuser etc. 200 Euro. Dafür bekommen sie die Zeitschrift **LYMPHE & Gesundheit** regelmäßig in größeren Stückzahlen kostenlos. Zudem erhalten sie eine Urkunde, die sie als Mitglied des „Vereins zur Förderung der Lymphoedemtherapie e.V.“ ausweist, und die sie gut sichtbar in ihren Räumen aufhängen können. Ein Antrag zur Mitgliedschaft kann von www.lymphverein.de heruntergeladen oder per E-Mail oder telefonisch angefordert werden: kraus@lymphverein.de bzw. **09171 / 890 82 88** (ggf. Anrufbeantworter).

Bitte unterstützen Sie uns bei unseren vielfältigen Aufgaben mit Ihrer Spende auf dieses Konto: Inhaber: **Verein zur Förderung der Lymphoedemtherapie e.V.**, IBAN: **DE09 7605 0101 0578 2780 79**, BIC: **SSKNDE77XXX** (für Überweisungen aus dem Ausland). Auf Wunsch stellt der Lymphverein eine Spendenquittung gemäß § 10 b des Einkommensteuergesetzes an eine der in § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Körperschaftsteuergesetzes bezeichneten Körperschaften, Personenvereinigung oder Vermögensmassen aus.

MLD-Therapeut (m/w/d) aus Leidenschaft gesucht

Praxis für Physikalische Therapie Dieter Wauer in Frankfurt am Main sucht zur Ergänzung ihres Teams **Physiotherapeuten** und / oder **Masseure** (m/w/d) in Teilzeit, wie auch Vollzeit.

Angenehmes Arbeitsklima, sehr gute Bezahlung, intensive Einarbeitung, finanzielle Unterstützung bei Fort- u. Weiterbildungen etc. Bewerbung an:

dieterwauer@t-online.de

Adickesallee 51-53, 60322 Frankfurt am Main
Kontakt: Dieter Wauer, Telefon 0179 5327666

BERICHTIGUNG

Das Lymphödem und die Komplexe Physikalische Entstauungstherapie

von **Hans Pritschow** u. **Dr. Christian Schuchhardt**, aktualisierte, vollständig überarbeitete 5. Auflage, wertvolles Nachschlagewerk für MLD-Therapeuten, Ärzte, Orthopädietechniker und Patienten, **kostet 38,50 Euro** und nicht, wie in der letzten Ausgabe von **LYMPHE & Gesundheit** irrtümlicherweise angegeben, 28,50 Euro. Wir bitten Sie, den Fehler zu entschuldigen.

Lymphologische Termine:

16. und 23. März 2019 in mehreren Städten in Deutschland

4. Deutscher Lymphtag; www.lymphntag.de

23. März 2019 in Regensburg

4. Regensburger Lymphtag
Email: thomas.bonkowski@ukr.de

23. März 2019 in Hamburg

7. Lymphnetz-Tag
<https://www.lymphnetz-hamburg.de/aktuelles-und-termine.html>

6. April 2019 in 58840 Plettenberg

5. Südwestfälischer Lymphtag; Flyer zum Download (pdf)

25. – 27. April 2019 in Taoyuan (Taiwan)

The 8th World Symposium for Lymphedema Surgery
<http://www.lymphedema-surgery.org/welcome.html>

26. – 27. April 2019 in Wolfsberg (Österreich)

5. Lymphkliniktag Wolfsberg
<http://www.lymphklinik-wolfsberg.at>

4. Mai 2019 in Berlin

8. Berliner Lymphologisches Symposium
<https://www.juzo.com/de/akademie/symposien/symposien-2019/8-berliner-lymphologisches-symposium>

8. - 10. Mai 2019 in Bremen

Bremer Wundkongress
<https://www.bremer-pflegekongress.de>

10. - 11. Mai 2019 in Varna (Bulgarien)

Várady's 34th International Workshop for Phlebology, Lymphology and Angiology
http://www.doki.net/tarsasag/dermatologia/upload/dermatologia/document/announcement_2019_varna_ffm.pdf?web_id=

25. Mai 2019 in Fritzlar

3. Lip- & Lymphödem-Tag
<http://www.lymphnetz-mitteldeutschland.de>

25. Mai 2019 in Celle

4. Lip-/Lymphtag Celle
<https://lily-turtles.club/>

29. Mai - 2. Juni 2019 in 98666 Masserberg

GALLily 4-Tage-Intensiv-Workshop
gallily@lymphselbsthilfe.de

30. Mai - 1. Juni 2019 in Austin, Texas (USA)

Lymphatic Forum 2019 - Exploring the Lymphatic Continuum
<http://www.navbo.org/events/lymphatic-2019/>

13. - 15. Juni 2019 in Chicago (USA)

ILF 2019 International Lymphoedema Conference
2019ilfconference.org

24. - 26. Juni 2019 in 53498 Bad Breisung

41. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
www.dag-shg.de/veranstaltungen/jahrestagung-2019/

27. - 29. Juni 2019 in Zürich (Schweiz)

20th EVF Annual Meeting
https://europeanvenousforum.org

29. Juni 2019 in Unterschleißheim bei München

10. Münchner Lymph-Symposium
https://www.juzo.com/de/akademie/symposien/symposien-2019/10-muenchner-lymph-symposium

30. Juni 2019 in Alcalá de Henares (Spanien)

Master of Phlebology and Lymphology
http://www.masterdeflebologiylymphologia.com/

5. - 7. September 2019 in Monterrey (Mexico)

XII Congreso Internacional Vlebiologia y linfologia 2019
https://www.flebologiamexico.org/

11. - 14. September 2019 in Leipzig

48. DGA Jahrestagung; info@dga-gefaessmedizin.de

14. September 2019 in Gummersbach

2. Oberbergischer Lymphtag
www.lip-lymph-oberberg-selbsthilfe.jimdo.com

18. - 21. September 2019 in Münster

61. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie
www.phlebology.de

20. - 21. September 2019 in Steyr (Österreich)

Jahrestagung der Österreichischen Lymph-Liga
(www.lymphoedem.at) Programm zum Download (pdf)

26. - 28. September 2019 in Hamburg

50. Jahrestagung der DGPRÄC und 24. Jahrestagung der VDÄPC
https://www.dgpraec.de/termine/50-jahrestagung-der-dgpraec-und-24-jahrestagung-der-vdaepc/

3. - 5. Oktober 2019 in Bad Krozingen

Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie (DGL) und der Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen (GDL)
https://www.lymphologie-kongress.de

16. - 19. Oktober 2019 in Mannheim

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßmedizin und Gefäßchirurgie
http://www.gefaesschirurgie.de

31. Oktober - 3. November 2019 in Bad Berleburg

GALLily 4-Tage-Intensiv-Workshop
gallily@lymphselbsthilfe.de

7. - 10. November 2019 in Phoenix (USA)

Annual Congress of the American College of Phlebology
http://www.phlebology.org/education/meetings-events/2019-annual-congress

22. - 25. April 2020 in Rom (Italien)

29th World Congress of the International Union of Angiology (IUA)
http://www.angiology.org/events/iua-events

Wir bieten Organisatoren von lymphologischen Veranstaltungen die kostenlose Ankündigung ihrer Veranstaltungen. Mitteilung bitte an kraus@lymphverein.de

Impressum

Herausgeber: Lymphologischer Informationsdienst

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.ilocept.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 und **Kliniken** 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.**



Lymphologie Experte

Individuell und effektiv –
Kompressionsversorgung für mehr
Lebensfreude jeden Tag



www.juzo.de

Lebensfreude in Bewegung