

Sie lesen in
diesem Heft:

Kompressions-
strümpfe bei
Herzschwäche

Lymphödem
im Kopfbereich

Studie zur
Liposuktion

Ein Lipödem
namens Berta

und vieles
mehr



Verein zur Förderung der
Lymphoedemtherapie e. V.

Dieses Exemplar wurde Ihnen überreicht durch:

Ödeme durch Medikamente

Medikamente können Ödeme verursachen bzw. bestehende Ödeme verschlimmern. Weit über 300 Präparate sind bekannt, die als mögliche Nebenwirkung ein Ödem auslösen oder verstärken können. Dennoch ist dieses Phänomen kaum bekannt. Und das, obwohl manche Arzneimittel – etwa die Kalziumkanalblocker – bei etwa der Hälfte der Patienten, die sie einnehmen, Ödeme verursachen! Diese Ödeme können sehr unterschiedlich auftreten: Als kleine juckende Quaddeln ähnlich der Nesselsucht bis hin zu generalisierten, den ganzen Körper betreffenden Ödemen. So sind oftmals Medikamente der Grund dafür, dass eine konsequente, bedarfsgerechte Lymphödem-Behandlung ohne erkennbaren Grund erfolglos verläuft. Mit diesem Beitrag möchten wir Sie über „Medikamenten-induzierte Ödeme“ informieren und mögliche Lösungen für dieses Problem aufzeigen.

Was ist ein Ödem und wie entsteht es?

Als erstes müssen wir klären, was ein Ödem ist und wie es entsteht. Im „Lehrbuch Lymphologie“ von Földi steht: „Unter Ödem verstehen wir im klinischen Sinne eine Schwellung, die durch die Vermehrung des Flüssigkeitsgehaltes im Interstitium verursacht ist und die wir mit Hilfe unserer Sinnesorgane erkennen können, d. h. sie ist sichtbar und tastbar.“ Das Interstitium ist der Raum zwischen den Zellen im Gewebe, auch „Zwischenzellraum“ genannt. **Merke: Ödeme sind Schwellungen im Gewebe, die man sehen und tasten kann.**

Der Lymphologe und Begründer der Ödematologie Dr. Ulrich Herpertz nennt in sei-

nem Buch „Ödeme und Lymphdrainage“ als mögliche **Ursachen für ein Ödem**

- erhöhte Filtration,
- verminderter Lymphabfluss.

Als „Filtration“ bezeichnet man das Austreten von Flüssigkeit aus den feinsten Blutgefäßen (Kapillaren) ins Gewebe. Das geschieht, weil die Wände der Kapillaren eine gewisse Durchlässigkeit (Permeabilität) haben. Die filtrierte Flüssigkeit versorgt die Zellen im Gewebe mit Sauerstoff, Nährstoffen, Salzen, Hormonen und anderen Elementen, die die Zellen zum Leben und Funktionieren brauchen. Die beim Stoffwechsel der Zellen entstehenden Abfallprodukte und verschiedene andere Substanzen bilden zusammen mit der filtrierten Flüssigkeit die „lymphpflichtige Last“, die nur über das Lymphgefäßsystem abfließen kann. Im gesunden Zustand kann der Lymphabfluss die aus den Kapillaren filtrierte Flüssigkeitsmenge bewältigen. Wird jedoch mehr Flüssigkeit filtriert, als abfließen kann, staut sich Flüssigkeit im Gewebe und es entsteht ein Ödem.

Die für eine erhöhte Filtration verantwortlichen Faktoren sind:

- erhöhte Gefäß-Permeabilität (Durchlässigkeit von Blutgefäßen)
- hoher Blutdruck (drückt Flüssigkeit ins Gewebe)
- Eiweiß-Konzentration im Blut ist im Verhältnis zur Eiweiß-Konzentration im Gewebe zu gering

Für einen verminderten Lymphabfluss ist immer eine Unzulänglichkeit des Lymphgefäßsystems verantwortlich. **Merke: Ein Ödem entsteht, wenn im Gewebe mehr Flüssigkeit anfällt als abfließen kann.**

Eiweißarme und eiweißreiche Ödeme

Dr. Herpertz zählt in seinem Buch „Ödeme und Lymphdrainage“ 23 verschiedene Ödeme auf. Mit einer einzigen Ausnahme – dem Lymphödem – sind Ödeme keine Krankheiten sondern Symptome einer Grunderkrankung. Das können organische Schwächen etwa des Herzens, der Nieren oder der Leber sein, oder eine Erkrankung des Magen-Darm-Trakts, die mit einem Eiweißverlust einhergeht. Diese „internistischen“ Ödeme entstehen durch eine Ansammlung von **eiweißarmer Flüssigkeit**. Wenn sie in den Beinen auftreten, sind beide Beine gleich stark betroffen. Bei bettlägerigen Patienten sammelt sich die Flüssigkeit im Bereich des Beckens an. Behandelt werden diese Ödeme, indem man ihre Grunderkrankung behandelt. Dies geschieht in der Regel medikamentös. Nach erfolgreicher Behandlung verschwinden diese Ödeme von alleine. Bei Bedarf können sie mit Diuretika („Wassertabletten“) ausgeschwemmt werden.

Dagegen ist das Lymphödem eine eigenständige Erkrankung und kein Symptom. Es entsteht durch eine Ansammlung von **eiweißreicher Flüssigkeit**. Lymphödeme können überall am Körper auftreten. Meist sind Arme, Beine, die Brust oder der Brustkorb (Thorax) betroffen, gelegentlich auch der Genitalbereich oder Kopf und Hals. Treten sie beidseitig auf, sind sie in aller Regel auf einer Seite stärker ausgeprägt als auf der anderen. Wir müssen zwischen „passageren Lymphödem“ und „chronischen Lymphödem“ unterscheiden. Erstere treten etwa nach einer OP (postoperatives Lymphödem) oder Verletzung (posttraumatisches Lymphödem) auf. Die dabei auftretenden entzündlichen Prozesse erhöhen die Permeabilität (Durchlässigkeit) von Blutgefäßen. Dadurch gelangt verstärkt Blutflüssigkeit (Serum) ins Gewebe und es bildet sich eine Schwellung (Ödem). Nach dem Abklingen der Entzündungen normalisiert sich der Flüssigkeitsanfall im Gewebe, die überschüssige Gewebsflüssigkeit wird vom Lymphgefäßsystem abtransportiert und das Ödem bildet sich zurück. **Merke: Passagere Lymphödeme entstehen, wenn ein intaktes Lymphgefäßsystem einen erhöhten Flüssigkeitsanfall im Gewebe vorübergehend nicht bewältigen kann.**

Dagegen entstehen chronische Lymphödeme immer aufgrund einer Unzulänglichkeit (mechanische Insuffizienz) des Lymphgefäßsystems, die den Lymphabfluss so stark einschränkt, dass sich Flüssigkeit im Gewebe ansammelt. War die Unzulänglichkeit des Lymphgefäßsystems von Geburt an vorhanden, sprechen wir von primären Lymphödem. Diese sind jedoch nur in sehr seltenen Fällen schon bei der Geburt manifest. Meist treten sie später – etwa bei einem Wachstumsschub, in der Pubertät, bei einer Schwangerschaft oder einem anderen auslösenden Ereignis, gelegentlich auch spontan (ohne erkennbaren Grund) auf. Etwa ein Drittel der chronischen Lymphödeme sind „primär“.

Zwei Drittel der chronischen Lymphödeme sind „sekundär“. Sie entstehen, wenn der Lymphabfluss durch eine „erworbene“ Schädigung des Lymphgefäßsystems so stark behindert wird, dass sich Flüssigkeit im Gewebe ansammelt. In den hochentwickelten Ländern entstehen sekundäre Lymphödeme meist durch Krebsbehandlungen, OPs oder Verletzungen. In den Tropen sind überwiegend Parasiten (Lymphatische Filariasis) oder toxische Bodenmineralien (Podoconiosis) dafür verantwortlich. **Merke: Chronische Lymphödeme entstehen, wenn ein mangelhaftes Lymphgefäßsystem den normalen (physiologischen) Flüssigkeitsanfall im Gewebe nicht bewältigen kann.**

Wegen der Häufigkeit ihres Auftretens, müssen wir hier auch die **Phlebödeme** nennen. Das sind Stauungsödeme, die aufgrund ei-

ner venösen Abflussstörung entstehen und fast ausschließlich an den Beinen auftreten. Häufig ist eine chronisch venöse Insuffizienz (CVI) oder eine Venenthrombose verantwortlich dafür. Der dadurch stark erhöhte Blutdruck in den Beinvenen führt zu einer erhöhten Filtration von Flüssigkeit ins Gewebe. So lange das Lymphsystem in der Lage ist, die verstärkt anfallende Flüssigkeit aus dem Gewebe abzutransportieren, entsteht kein Ödem. Kommt es jedoch zu einer funktionellen Überbelastung des gesunden Lymphsystems (lymphodynamische Insuffizienz), entsteht ein Phlebödem.

Medikamenten-induzierte Ödeme und ihre Bedeutung im Zusammenhang mit bereits bestehenden Ödemen

Nach dieser etwas ausholenden Erörterung der verschiedenen Arten und Aspekte der Ödeme wenden wir uns jetzt den Ödemen zu, die durch Medikamente ausgelöst werden. Warum sie Ödeme hervorrufen können, ist derzeit nur bei einem Teil dieser Medikamente bekannt. Da die verantwortlichen Wirkmechanismen höchst komplex sind, würde ihre Beschreibung den Rahmen dieses Artikels sprengen. Deshalb konzentrieren wir uns hier vorrangig auf die Auflistung der bekannten Arzneimittel, die Ödeme hervorrufen können.

Diese Ödeme sind Ansammlungen von eiweißarmer Flüssigkeit, die sich aufgrund der Schwerkraft in den Beinen, bei bettlägerigen Patienten im Bereich des Beckens ansammelt. Obwohl sie nicht immer sehr ausgeprägt auftreten, sind die davon betroffenen Menschen häufig sehr beunruhigt, denn sie befürchten eine Verschlimmerung der Schwellungen oder dass diese auf eine ernste Erkrankung hindeuten. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Ödeme von den behandelnden Ärzten häufig nicht so recht ernst genommen und als geringfügiges Problem abgetan werden.

Für Patienten mit einem chronischen **Lymphödem** hingegen stellen die Medikamenten-induzierten Ödeme ein erhebliches Problem dar. Denn da ihr Lymphsystem schon die natürlicherweise (physiologisch) anfallende Gewebsflüssigkeit nicht hinreichend abtransportieren kann, führt der zusätzliche, durch Medikamente verursachte Flüssigkeitsanfall unfehlbar zu einer Verschlimmerung des Lymphödems. Aus demselben Grund verschlimmern sich auch **Phlebödeme** durch den erhöhten Flüssigkeitsanfall. Hier kann es zu einer Überbelastung des Lymphsystems kommen. Dann lagern sich Eiweiß und andere Stoffe im Gewebe ab, das Gewebe verhärtet und es entsteht ein Phlebo-Lymphödem. Beim **Lipödem** kann die verstärkte Wassereinlagerung im Gewebe zu einer erheblichen Zunahme der Beschwerden (Schmerzhaftigkeit, schwere Beine insbesondere gegen Abend etc.) führen. Auch bereits bestehende **internistische Ödeme** werden durch den medikamentös bedingten Flüssigkeitsanfall verschlimmert. Hier sind die Folgen jedoch nicht so schwerwiegend wie bei Lymph- oder Phlebödem.

Ödeme durch „Wassertabletten“

Als erstes widmen wir uns den Diuretika-induzierten Ödemen im Zusammenhang mit dem **Diuretika-Missbrauch**. Das ist ein sehr häufig vorkommendes Problem, das fast ausschließlich bei Frauen zu beobachten ist. Denn viele Frauen, insbesondere die in medizinischen Berufen tätig sind, versuchen ein bestehendes Übergewicht durch die Einnahme von Diuretika (teils auch von Abführmitteln) zu reduzieren. Der chronische Missbrauch dieser Medikamente (deren Einnahme oft verschwiegen wird!) führt häufig zu einer psychischen Abhängigkeit. Mit der Wasserausscheidung durch Diuretika ist auch

eine vermehrte Elektrolyt-Ausscheidung verbunden. In schweren Fällen kann das zu akuten Nierenversagen und lebensgefährlichen Herzrhythmusstörungen führen. Nach Absetzen eines medizinisch nicht angezeigten (induzierten) Diuretikums bzw. wenn dieses nicht mehr wirkt, kommt es zu generalisierten Ödemen. Diese lassen sich durch einen Fingerdruck auf Knöchel, Finger oder Gesicht nachweisen, der eine Delle erzeugt, die noch etwas bestehen bleibt.

Leider verordnen viele Ärzte zur Behandlung von Lymphödemen, venös bedingten Ödemen und zyklisch auftretenden Ödemen Diuretika. Dabei sind diese Ödeme ausschließlich physikalisch (mit Manueller Lymphdrainage, Kompressionstherapie etc.) zu behandeln. (Allenfalls kann das maligne Lymphödem, bei dem ein bösartiger Tumor oder Metastasen den Lymphabfluss blockieren, mit Diuretika behandelt werden.) Durch Diuretika kommt es zu einer Verarmung des Körpers an Salzen und Wasser, worauf dieser vermehrt die Hormone Aldosteron und Adiuretin ausschüttet. Dieser erhöhte Hormonspiegel führt beim Nachlassen der Wirkung des Diuretikums zu einer verringerten Ausscheidung von Salzen (Elektrolyte) und Wasser, was die Patienten als ein Spannungsgefühl am gesamten Körper empfinden. Dadurch kommt es häufig zu einer weiteren Diuretika-Einnahme, wodurch ein Teufelskreis angekurbelt wird. In der Absetzphase von den Diuretika sind die Ödem-bedingten Spannungsschmerzen manchmal nur mit Manueller Lymphdrainage und Kompressionstherapie soweit reduzierbar, dass sie einigermaßen erträglich werden. Diese Behandlung dauert etwa zwei bis fünf Wochen.

Arzneimittel, die Ödeme verursachen können

Nachfolgend haben wir zahlreiche Medikamente gelistet, von denen bekannt ist, dass sie Ödeme auslösen können. Teilweise sind auch die Namen der Präparate angegeben, unter denen sie im Handel erhältlich sind. Diese Aufzählung kann natürlich nicht vollständig bzw. verbindlich sein, da ständig neue Präparate in den Handel kommen und manche existierende Arzneimittel vom Markt genommen werden.

Dihydropyridine

- Nifedipin (Handelsnamen Monopräparate: Adalat, Aprical, Cisdalay, Corinfar, Jutadilat, Nifeclair, Nifecor, Nifelat, Nifical sowie verschiedene Generika; Handelsnamen Kombinationspräparate: AteNif, Belnif, Bresben, Nifetanol, Nif-Ten, Sali-Adalat, Tredalat)
- Felodipin (Handelsnamen Monopräparate: Felobeta, Felocor, Modip, Munobal sowie verschiedene Generika; Handelsnamen Kombinationspräparate: Delmuno, Mobloc und Unimax)
- Amlodipin (Handelsnamen Monopräparate: Norvasc sowie verschiedene Generika; Handelsnamen Kombinationspräparate: Bisodipin, Dafiro, Exforge, Sevikar, Twynsta, Tonotec und Vocado)

Glitazone (Pioglitazon, Rosiglitazon)

(Handelsnamen Monopräparate: Actos, Avandia; Handelsnamen Kombinationspräparate: Avaglim, Avandamet, Avandaryl, Compectact und Tandemact)

Vasodilatoren (Dihydralazin, Minoxidil)

(Handelsnamen: Lonolox; Nepresol, Alopexy, Regaine [beide gegen Haarausfall])

Calciumkanalblocker, Calciumantagonisten vom Dihydropyridin-Typ

(Handelsnamen: Adalat, Antagonil, Baymycard, Bayotensin, Carmen, Clevipres, Corifeo, Escor, Lomir, Manyper, Modip, Motens, Munobal, Nimotop, Nivadil, Norvasc, Plendil, Vascal)

Amantadin (Parkinson-Behandlung etc.)

(Handelsnamen: Amixx, PK-Merz, tregor, und zahlreiche Generika)

Nichtsteroidale Antiphlogistika (NSAID)

(Handelsnamen: Arthotec, Vimovo und andere)

Glukokortikoide, Mineralokortikoide

Olanzapin, Quetiapin

(Handelsnamen: Seroquel, Seroquel Prolong, Zypadhera, Zyprexa sowie verschiedene Generika)

Östrogene, Antiöstrogene, Gestagene (hochdosiert), Anti-konzeptiva (Verhütungsmittel), Testosteron

(Handelsnamen: Androtop, Axiron, Circler, Circler, Cyclelle, GinoRing, Intrinsa, Nebido, Nuva Ring, NuvaRing, Oestro/Gestacomb, SetLona, Testim, Testogel, Testopatch, Testotop, VeRi-Aristo und zahlreiche andere)

α_1 -Rezeptoren-Blocker (Bunazosin, Doxazosin, Terazosin, Oradipil)

(Handelsnamen: Cardular, Diblocin PP, Doxacor, Ebrantil, Flotrin, Heitrin, Jutalar, Tera TAD, Terablock, Teranar, Terazid, Uriduct, Urozosin und zahlreiche Generika)

Betablocker, Betarezeptorenblocker

ACE-Hemmer

(Handelsnamen: Acerbon, Acercomp, Arelix ACE, Benazeplus, Carmen ACE, Cibacen, Cibadrex, Cortensobon, Delix, Delix plus, Delmuno, Dynacil, Dynacil comp, Eneas, Lopirin Cor, RamiLich, Sincronium, Tensobon, Tensobon comp, Tonotec, Unimax, Vesdil, Xanef, Zaneril, Zanipress sowie verschiedene Generika mit der Vorsilbe „Co-“ sowie dem Anhängsel „comp“, „HCT“, „mite“ oder „plus“)

Sympatolytika (α -Methyldopa, Clonidin)

(Handelsnamen: Dopegyt, Presinol, Catapresan, Haemiton, Isoglaucan, Paracefan und verschiedene Generika)

Vitamin-A-Säure-Derivate (Acitretin, Tretinoin)

(Handelsnamen: Acicutan, Airol, Aknemycin plus, Balisa VAS, Carbamid + VAS Creme Widmer, Cordes, Neotigason, Pigmanorm, Ureotop + VAS Creme, Vesanoid und andere)

Pramipexol

(Handelsnamen: Oprymea Retardtabletten, Sifrol sowie zahlreiche Generika)

Antidepressiva, MAO-Hemmer, Monoaminoxidase-Hemmer, Trizyklika

Gabapentin

(Handelsnamen: Gabagamma, Gabalich, Gabax, Neurontin sowie zahlreiche Generika)

Pregabalin

(Handelsnamen: Algecia, Lyrica, Pregabador, PregabaHEXAL, Pregabalin, Pregabin, Pregagamma und Pregatab)

Protonenpumpenhemmer, H₂-Rezeptoren-Blocker

- Cimetidin (Handelsnamen: CimLich, H 2 Blocker u. a. Generika)
- Lansoprazol (Handelsnamen: Lanzot, Agopton)
- Omeprazol (Handelsnamen: Antra MUPS, Gastracid, Omep, Ulcozol, Ulnor und weitere Generika)
- Pantoprazol (Handelsnamen: Agopton, Lanso TAD und verschiedene Generika)
- Ranitidin (Handelsnamen: Ranicux, Raniprotect, Ranitic, Sostril, Zantic und zahlreiche Generika)

Docetaxel

(Handelsnamen: Bendadoxel, Doce NC, Doce onkovic, Ribodoxel, Taxceus, Taxotan, Taxotere und verschiedene Generika)

Carbamazepin, Valproinsäure

(Handelsnamen: Carbaflux, Carbagamma, Convulex, Convulsofin, Ergenyl, Finlepsin, Leptilan, Orfiril, Tegretal, Timonil, Valproat und zahlreiche Generika)

Ciproflaxacin

(Handelsnamen: Ciloxan, Ciprobay, InfectoCipro, Keciflox, Panotile Cipro sowie zahlreiche Generika)

Allopurinol

(Handelsnamen: Allo.comp, Bleminol, Cellidrin, Epidropal, Foli-gan, Remid, Uribenz, Zyloric sowie zahlreiche Generika)

Thyreostatika

(Handelsnamen: Favistan, Methizol, Propycil, Thyrozol u. a.)

Lithium, Arnikablüten, Rauwolfia, Lakritze

Abschließende Bemerkungen

Menschen mit einem chronischen Lymphödem sollten wissen, dass zahlreiche Medikamente eine verstärkte Wassereinlagerung im Gewebe verursachen können. Das führt zu einer Verschlimmerung des Lymphödems, die eine intensivere Behandlung (z.B. öf-ters Manuelle Lymphdrainage etc.) erforderlich macht. Bei Frauen mit einem Lipödem kann die verstärkte Wassereinlagerung im Ge-webe aufgrund von Medikamenten zu einer erheblichen Zunahme der Beschwerden (Schmerzhaftigkeit, schwere Beine insbesondere gegen Abend etc.) führen.

Falls Sie, verehrte Leserinnen und Leser, nach der Lektüre dieses Artikels die Befürchtung haben, dass Medikamente, die Sie einneh-

men, sich ungünstig auf Ihr Lymph- oder Phlebödem bzw. Lipödem auswirken könnten, sollten Sie sich sowohl an Ihren Apotheker als auch an Ihren verordnenden Arzt wenden. Diese sollten prüfen, ob es nicht Alternativen zu Ihren derzeitigen Medikamenten gibt, die kein oder ein geringeres Potential zu Wassereinlagerungen haben. Manchmal kann es auch genügen, die Dosierung des gewohnten Präparats zu verringern. Doch häufig gleicht die Suche nach einer geeigneten Lösung zur Vermeidung bzw. Reduzierung von Medika-menten-induzierten Ödemen der Suche nach der Nadel im Heuhau-fen. Das erfordert viel Geduld und oftmals auch eine gewisse Hart-näckigkeit gegenüber den verordnenden Ärzten. Diese sollten Sie aufbringen, denn es geht um Ihre Gesundheit und Lebensqualität!

In Deutschland nehmen mehr als 40 Prozent der Bevölkerung täg-lich fünf oder mehr verschiedene Medikamente ein. Diese Polymedi-kation erschwert die Zuordnung von auftretenden Nebenwirkungen zu den einzelnen Arzneien. Darum sollten Ärzte immer eine sorg-fältige und gründliche **Arzneimittel-Anamnese** durchführen. Dabei müssen sämtliche eingenommene Medikamente – auch die frei verkäuflichen! – aufgelistet werden. Auch eine Rücksprache mit den behandelnden Fachärzten ist notwendig. In jedem Fall sollten Patienten, die mehrere Medikamente einnehmen, sich nur von einer einzigen Apotheke versorgen lassen. Denn dann kann eine Polyme-dikation bestmöglich verträglich gestaltet werden.

Kompressionsstrümpfe bei Herzschwäche Was geht und was geht nicht?

Rund 3,5 Prozent der in Deutschland lebenden Menschen – also beinahe 3 Millionen – haben eine Herzinsuffizienz. Das ist der medizinische Ausdruck für Herzschwäche. Dank dem zunehmenden Erfolg der Krebstherapien erreichen Patienten mit sekundären Lymphödemen erfreulicherweise ein höheres Lebensalter. Damit verbunden ist aber auch das vermehrte Auftreten altersbe-dingter Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie etwa die Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, die Aortenklappen-Stenose und das Vorhof-Flim-mern. Diese Erkrankungen können Ödeme, insbesondere in den Beinen, verursachen.

Wenn unser Herz schwächer wird, versucht der Körper, verschiede-ne Strategien zu entwickeln, um die schlechter werdende Pump-leistung des Herzens auszugleichen, zu kompensieren. Das kann viele Monate, ja sogar Jahre funktionieren, bis es irgendwann zu einer akuten Krise des Herzens, zur Dekompensation kommt. Dann sprechen wir von einer „dekompensierten Herzinsuffizienz“. Die aktuelle Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Lymphödeme bezeichnet die dekompensierte Herzinsuffizienz als absolute Kon-traindikation „der Komplexen Physikalischen Entstauungstherapie (KPE) oder einzelner Komponenten“. Demnach dürfen Patienten mit einer dekompensierten Herzinsuffizienz weder Lymphdrainage (MLD) noch eine Kompressionstherapie bekommen.

Die Kompressionstherapie des Lymphödems geschieht (was die Anwendungsdauer betrifft) hauptsächlich durch das Tragen von Kompressionsstrümpfen. Dürfen also – nach dem, was Sie soeben gelesen haben – Lymphödem-Patienten mit einer Herzschwäche

keine Kompressionsstrümpfe tragen, so dass ihr Lymphödem im-mer schlimmer werden wird? Diese Frage möchten wir im Folgen-den beantworten.

Herzinsuffizienz ist ein Syndrom, eine Kombination von verschie-denen Krankheitszeichen (Symptome). Diese können sein: Luftnot, Ödeme im Bereich der Fußknöchel oder ein körperlicher Leistungs-verlust, der sich durch Schwäche und Müdigkeit bemerkbar macht, aber auch ein schneller Puls oder schnelles Atmen. Diese Vielfalt von unspezifischen Symptomen macht es oftmals schwierig, eine Herzinsuffizienz sicher zu diagnostizieren. Darum sollte bei Verdacht auf Herzinsuffizienz grundsätzlich ein Kardiologe, ein Herzspezialist, konsultiert werden. Dieser verfügt über die notwendige Erfahrung und weiß, welche zusätzliche Untersuchungen notwendig sind.

Der **Kardiologe Dr. Sören Sörensen**, Leitender Oberarzt Inne-re Medizin am Krankenhaus Mainburg, weist in diesem Zusam-menhang auf die Echokardiographie hin, mit der strukturelle Er-krankungen des Herzens (die ja einer Herzinsuffizienz immer zu Grunde liegen) erkannt werden können. Aber auch Laborwerte wie das BNP oder das NT-proBNP helfen die Erkrankung zu er-kennen und auch eine Dekompensation besser abzuschätzen. BNP und NT-proBNP sind Hormone, die in den Muskelzellen des Her-zens gebildet werden. Liegen ihre Werte im Normalbereich, kann eine Herzinsuffizienz mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Sind sie deutlich erhöht, kann das ein Zeichen einer Herz-insuffizienz, eines akuten Herzinfarkts (Myokardinfarkt) oder von Rhythmusstörungen des Herzens sein.



»HALLO ICH!
ICH LIEBE DICH!«

VenoTrain® curaflow
Lymphversorgung

HALLO MEHR LEBEN!

Jeder Tag wird liebenswerter, wenn man sich wohler fühlt. Die Flachstrickprodukte VenoTrain curaflow sorgen für einen einzigartigen Tragekomfort – bei maximaler Wirkung durch Kompression. Das verbessert das Körpergefühl und die Lebensqualität deutlich. Mit seinem hohen Anteil an weicher Mikrofaser ist Ihr VenoTrain curaflow zusätzlich besonders atmungsaktiv und anschmiegsam. Bewegung fällt Ihnen wieder leichter und Sie können aktiver Ihr Leben gestalten.

- speziell ausgearbeitete Funktionszonen für unbeschwerte Mobilität im Knie und Ellenbogen
- Handschuhe und Zehenkappen ohne störende Nähte

Sie möchten mehr dazu direkt von unseren Anwenderinnen erfahren? Schauen Sie gern vorbei: blog.bauerfeind.com/de.

NEUE FARBEN
ab April erhältlich

ROYAL

ORANGE

Stadium	Definition
NYHA I	Herzerkrankung ohne körperliche Einschränkung Alltägliche körperliche Belastung verursacht keine inadäquate Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris
NYHA II	Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe Alltägliche körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris
NYHA III	Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe Geringe körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris
NYHA IV	Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe Bettlägerigkeit

Tabelle 1

Ob eine Kompressionstherapie durchgeführt werden kann oder nicht, hängt vom Schweregrad, dem Stadium der Herzinsuffizienz ab. Zur Einteilung der Schweregrade von Herzkrankheiten verwenden die Ärzte gemeinhin die Klassifikation der New York Heart Association (NYHA). Diese unterscheidet vier verschiedenen Stadien in Abhängigkeit von der Leistungsfähigkeit des Patienten (Tabelle 1).

Die NYHA-Klassifikation liefert keine Hinweise auf die Ursache der Herzstörung. Die zur Beurteilung der Stadien herangezogenen Symptome beinhalten Atemnot, häufiges nächtliches Wasserlassen, violette bis bläuliche Verfärbung der Haut, der Schleimhäute, der Lippen und der Fingernägel (Zyanose), allgemeine Schwäche und Müdigkeit, Angina Pectoris (anfallsartiger Schmerz in der Brust) oder kalte Hände und Füße.

Dr. Tobias Hirsch vom Venen Kompetenz-Zentrum in Halle, zieht zur Beurteilung, ob bei einem herzkranken Lymphödem-Patient eine Kompressionstherapie möglich ist, unter anderem auch die NYHA-Klassifikation heran. Seine Beurteilung fasst er in der Ausgabe 1 / 2018 der Fachzeitschrift für Gefäßerkrankungen „**vasomed**“ folgendermaßen zusammen:

1. Schlüsselsymptom der dekompensierten Herzinsuffizienz ist die Dyspnoe unter geringer Belastung oder Ruhe. Bei unsicherer Differentialdiagnose sollte zum Ausschluss einer kardialen Dekompensation BNP (bzw. NT-proBNP) bestimmt werden.
2. Die Herzinsuffizienz ist keine Gegenanzeige per se für die Kompressionstherapie.
3. Bei Herzinsuffizienz NYHA I und II ist Kompressionstherapie uneingeschränkt möglich.
4. In den Stadien III und IV ist bei strenger Indikationsstellung eine vorsichtige Kompressionstherapie unter engmaschiger Kontrolle uneingeschränkt möglich.

Begriffserklärung: „Dyspnoe“ bedeutet Atemnot, „per se“ steht für „an sich“ oder „automatisch“. Bei der Differentialdiagnose wird eine bestimmte Krankheit von Erkrankungen mit ähnlicher oder übereinstimmender Symptomatik abgegrenzt.

Abschließend lassen wir Dr. Sören Sörensen zusammenfassend zu Wort kommen:

In der Therapie der Herzinsuffizienz steht immer zuerst die Behandlung der kardialen strukturellen Grunderkrankung im Vordergrund. Dabei geht es darum, durch eine medikamentöse Therapie sowie Bewegungstherapie die Prognose für den Patienten zu verbessern.

Bei einer akuten dekompensierten Herzinsuffizienz stehen die Kontrolle und die Verbesserung der Symptome im Mittelpunkt.

Die akute dekompensierte Herzinsuffizienz stellt eine Kontraindikation zur KPE dar. Klinische Zeichen, die es dabei zu erkennen gilt, sind:

- Distanzraseln beim Atmen
 - stark hervortretende Venen am Hals
 - deutliche Zunahme der peripheren Ödeme
 - Anstieg des Pulses auf über 110 Schläge pro Minute
 - deutlich reduzierte Belastbarkeit und Atemnot schon bei geringerer Anstrengung
 - Atemfrequenz in Ruhe über 30 pro Minute
 - das Körpergewicht infolge der Wassereinlagerung zunimmt
- Bei Vorliegen dieser Zeichen dürfen weder Kompressionsstrümpfe getragen noch eine Manuelle Lymphdrainage (MLD) gemacht werden.

Begriffserklärung: „Distanzraseln beim Atmen“ bedeutet, dass man den Atem des Patienten nicht nur im Stethoskop sondern mit freiem Ohr – also auf Distanz – raseln hört. „Periphere Ödeme“ treten im Gegensatz zu den inneren Ödemen (Lungenödem, Hirnödem „Wassersucht“ etc.) „körperfern“ auf; aufgrund der Schwerkraft im Stehen und Sitzen an den Füßen und Unterschenkeln, bei bettlägerigen Patienten aber auch im Bereich des Beckens.

Wenn jedoch

- die körperliche Belastbarkeit sich über einen Zeitraum von drei bis vier Wochen nicht verschlechtert,
- der Puls unter 110 Schlägen pro Minute bleibt,
- Atemnot nur bei höherer Belastung auftritt,
- die Atemfrequenz beim Sprechen 30 pro Minute nicht überschreitet,
- der Arzt mit dem Stethoskop keinen 3. Herzton feststellen kann, kann die Herzinsuffizienz als kompensiert eingestuft werden. Dann können sowohl Kompressionsstrümpfe getragen als auch MLD gemacht werden. Zur Sicherheit soll der Patient sein Befinden gut beobachten, insbesondere, ob seine Beschwerden beim Tragen der Kompressions-Versorgung oder nach der MLD zunehmen. Trifft das zu, aber auch im Zweifelsfall soll er den Arzt zeitnah konsultieren. Zudem sollten die regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen etwas häufiger durchgeführt werden..



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



Zwei Appelle an MLD-Therapeuten:

Hilfe für Patienten mit Lymphödem im Hals-, Gesicht- und Kopfbereich

Chronische Lymphödeme stellen für die betroffenen Menschen eine große Belastung dar. Dies gilt insbesondere für Lymphödeme im Hals-, Gesicht- und Kopfbereich. Denn die mit der Schwellung verbundene Entstellung des Gesichts wird als psychisch und physisch extrem belastend empfunden. Aus Scham über ihr Aussehen meiden viele Betroffene den Umgang mit Menschen, sie vereinsamen und verfallen in Depression. Hinzu kommt, dass die Behandlung dieser Ödeme eine Herausforderung darstellt, der nur ganz wenige Ärzte, Masseure und Physiotherapeuten gewachsen sind. Somit bleibt vielen Betroffenen eine bedarfsgerechte Behandlung zur Entstauung und Rückbildung ihres Ödems verwehrt.

In seltenen Fällen entstehen Lymphödeme im Hals-, Gesicht- und Kopfbereich aufgrund angeborener Defekte des Lymphsystems (dann meist in Verbindung mit einem Lymphödem am Arm oder Oberkörper), aber auch durch Lymphknoten-Entzündungen oder Lymphknoten-Tuberkulose. In den überwiegenden Fällen jedoch treten sie infolge einer Krebsoperation und / oder Bestrahlung im Kopfbereich (HNO-Tumore, Mund-, Gesichts- und Kiefer-Tumore) auf, bei denen auch Lymphknoten am Hals entfernt wurden (Neck dissection). Trotz modernster OP- und Bestrahlungstechniken bekommt fast jeder zweite dieser Patienten ein Kopf- oder Halslymphödem. Glücklicherweise bilden sich viele dieser Ödeme nach dem Ende der Therapie spontan zurück. Doch auch dann bleibt eine gewisse Restschwellung bestehen, die einer dauerhaften Behandlung bedarf.

Wegen des hohen Eiweißgehaltes der im Gewebe gestauten Flüssigkeit wird diese mit der Zeit in verhärtetes Bindegewebe (Fibrosen) umgebaut. Dann kann es als Spätschäden zu Spannungsgefühl, Globusgefühl (Engegefühl im Hals), Schluckstörungen und Bewegungseinschränkungen des Kopfes kommen. Um all dies zu verhindern, ist eine frühzeitige Lymphödem-Behandlung notwendig, die anschließend dauerhaft fortgesetzt werden muss. Die Manuelle Lymphdrainage (MLD) kann die Lebensqualität von Patienten mit Lymphödem

im Hals-, Gesicht- und Kopfbereich erheblich verbessern. Allerdings nur, wenn sie entsprechend der individuell vorliegenden Befunde durchgeführt wird: Welche Areale sind geschwollen? Wurden Lymphknoten ein- oder beidseitig entfernt? Wie sehen die Strahlenschäden aus? Wie ist die Narben-Situation? Und manches mehr.

Allein schon die zentrale Vorbehandlung, mit der ja jede MLD zu beginnen hat (was aber leider häufig nicht geschieht!), ist bei Lymphödem im Hals-, Gesicht- und Kopfbereich recht aufwändig. Und auch die Behandlung des Ödems selbst sowie die Mund-innen-Drainage stellen hohe Anforderungen an die Therapeuten. Dasselbe gilt auch für die Kompressions-Therapie, die im Bereich des Kopfes besonders heikel ist. All dieses Wissen haben die MLD-Therapeuten während ihrer Ausbildung zwar vermittelt bekommen, doch wenn sie nur selten solche Patienten zu behandeln haben, geht ihnen das Gelernte mit der Zeit verloren.

Somit erhalten viele Patienten mit Lymphödem im Hals-, Gesicht- und Kopfbereich keine bedarfsgerechte Behandlung ihres Leidens. Mit allen physischen, psychischen und sozialen Folgen! Um diese Menschen nicht ihrem tragischen Schicksal zu überlassen, arbeitet der „Verein zur Förderung der Lymphoedemtherapie e.V.“, kurz „Lymphverein“, an der Homepage www.kopf-hals-oedeme.de, die neu entstehen soll.

Dort soll eine Liste der MLD-Therapeuten veröffentlicht werden, die in der Behandlung von Lymphödem im Hals-, Gesicht- und Kopfbereich kompetent sind. Außerdem finden Betroffene zahlreiche Informationen



Bildquelle: www.juzo.de

Kompressionsversorgung für Kopf-Lymphödem

über ihre Erkrankung und deren Therapie, einschließlich Anleitungen zur Selbstbehandlung. Zudem will der Lymphverein Workshops anbieten, in denen MLD-Therapeuten ihr einstmals gelerntes einschlägiges Know-how zurückgewinnen können. Derzeit wird noch geprüft, ob diese Refresher-Workshops online angeboten werden können oder ob sie in verschiedenen Städten durchgeführt werden müssen.

Wir hoffen, liebe Leserinnen und Leser, Ihnen in der Herbst-Ausgabe von **LYMPHE & Gesundheit** mitteilen zu können, dass die neue Website www.kopf-hals-oedeme.de online ist. Natürlich wird jeder freien Zugang zu dieser Homepage haben, die darauf veröffentlichten Informationen werden kostenlos und ohne Registrierung verfügbar sein.

Zwei Appelle an MLD-Therapeuten:

- Falls Sie in der Behandlung von Lymphödem im Hals-, Gesicht- und Kopfbereich kompetent sind, senden Sie bitte per Mail Ihre Kontaktdaten an kraus@lymphverein.de (Adresse, Telefon, Homepage etc.), damit sie auf www.kopf-hals-oedeme.de veröffentlicht werden können.
- Falls Sie Interesse an einem Refresher-Workshop „MLD im Hals-, Gesicht- und Kopfbereich“ haben, teilen Sie dies bitte per Mail an kraus@lymphverein.de mit. Ihre Mitteilung ist natürlich völlig unverbindlich und verpflichtet Sie zu nichts. Sie soll lediglich dem Lymphverein eine erste Orientierung für seine Planung geben.

lastofa® forte

Die flachgestrickte
medizinische Kompression
mit MerinowolleNeu: Jetzt auch als
Hand- und Armversorgung
erhältlich.

Natürlich wohlfühlen.

Lastofa Forte mit Merinowolle bietet außergewöhnlichen Tragekomfort: Die Kompressionsstrümpfe sind angenehm weich und passen sich bei jeder Bewegung optimal an den Körper an. Dabei behält die Versorgung stets ihre Passform und sorgt für einen flächig wirkenden Arbeitsdruck.



Ein Lipödem namens Berta

Martina Eske hat ein Lipödem, das sie Berta nennt. Seit Berta bei Martina „eingezogen“ ist, müssen die beiden auf Gedeih und Verderben miteinander auskommen. Wer ein Lipödem hat, weiß, wie viele Probleme, Konflikte und Leid in so einer „Wohngemeinschaft“ herrschen können. Schier zermürbt von den vielen „ups and downs“ in ihrem Leben mit dem Lipödem, hat sich Martina entschlossen, sich aktiv und selbstbewusst mit Berta auseinanderzusetzen.

Also begann Martina am 29. April 2017 ein Buch zu schreiben, das sie 2018 unter dem Titel „Berta – Leben mit Lipödem“ veröffentlicht hat. Auf 186 Seiten setzt sich Martina mit Berta und ihrem gemeinsamen Leben auseinander: Mal heiter, mal tiefsinnig, gelegentlich auch verzweifelt, doch dann wieder recht kämpferisch. Das Buch ist ein lebendiges Psychogramm einer Patientin, die begriffen hat, dass sie mit ihrer Krankheit leben muss, sich von ihr aber nicht beherrschen lassen will. Frauen, die selbst an einem Lipödem leiden, können sich in dem Buch wiederfinden, über manches schmun-

zeln und auch viel Kraft daraus ziehen. Hier geben wir einige Einblicke in das Buch:

Mit meinen dreiunddreißig Jahren habe ich einen nicht ganz so überragenden Begleiter namens Berta... Berta ist jetzt nicht die Begleiterin, die man sich für's Leben wünscht. Die trifft man nicht im Supermarkt oder in der Kneipe nebenan und denkt sich: Heeyyy! Mit der will ich den Rest meines Lebens verbringen! ... NEIN! Berta kommt leise, irgendwann. Man merkt erst gar nicht, dass sie da ist. Erst wenn jemand auf sie hinweist oder man das Gefühl hat: Mit mir stimmt was nicht.

Das Gemeine an Berta ist, dass sie so unglaublich stur ist, wenn es darum geht, wieder zu verschwinden. Ach, was sage ich, stur ist gar kein Ausdruck! Wenn Berta erstmal da ist, dann bleibt sie. Für immer! Die zieht mit Sack und Pack ein und macht es sich so richtig schön in deinen Beinen und eventuell auch Armen gemütlich.

Für die, die Berta nicht kennen, hier eine kurze Beschreibung: Meine Begleitung

*Berta, ich habe sie übrigens so genannt, weil sie **Bedrückend**, **Erniedrigend**, **Ratlos**, **Traurig** und **Anders** ist, ist bekannt unter dem Namen Lipödem... Dies ist eine chronische Krankheit, die leider auch heute noch von vielen Ärzten verkannt ist und nicht diagnostiziert wird. Eher wird den Frauen gesagt, sie sollen weniger essen und mehr Sport treiben, was bei dieser Krankheit gar nicht oder nur bedingt hilft. Oft ist diese Krankheit mit Schmerzen und verstärkter Neigung zu blauen Flecken verbunden. Lipödem tritt übrigens nur bei Frauen auf. Ich möchte aber kein Buch über Symptome, Stadien, Schweregrade und Therapien schreiben, sondern meinen Weg zeigen und Mut machen, mit dieser Krankheit positiver umzugehen.*

Was ich gestern Abend neu entdeckt habe: Keksteig... Dieser Keksteig schmeckt wie der Weihnachtskeksteig von meiner Mutter. I love it ... Oh, ihr denkt jetzt: Die hat doch die Berta, die Fettverteilungsstörung. Wie kann man denn so etwas Süßes und Kalorienreiches essen? ... Ja, ich kann. Denn auch ich bin nur ein Mensch und sehe es

nicht ein, immer verzichten zu müssen. Ich achte sehr auf meine Ernährung und versuche mich viel zu bewegen, aber das ein oder andere Mal habe auch ich das Recht, über die Stränge zu schlagen... Ich bin schon recht eingeschränkt und muss sehr kontrolliert mit mir sein... Kein Mensch kann immer überall auf alles achten.

Dann habe ich den Fehler gemacht und meine Beine mit den anderen verglichen. Nur geguckt, ganz unauffällig. Und dann war es vorbei. ICH BIN DOPPELT SO FETT WIE DIE ANDEREN. Ich passe ja kaum auf den Stuhl. Der Abend war gelaufen. Ich musste beim Essen krampfhaft versuchen, meine Tränen zu unterdrücken. Warum muss ich so fett sein? Warum muss ich diese durchweg beschissenen Beine haben? Ich habe mich zusammengerissen, ruhig mitgegessen und noch eine halbe Stunde gewartet, um mich danach auf den Heim-

weg zu machen. Im Auto konnte ich dann nicht mehr. Es brach aus mir raus... Ein winziger Gedanke war, einfach auf das Gaspedal zu drücken und die Augen zu schließen. Aber diese Überlegung verdrängte ich sofort und bin weitergefahren. Ich habe einmal laut geschrien und musste mich irgendwie beruhigen...

Mein Antrag auf eine Reha ist knapp sechs Wochen her und vor drei Tagen kam der Bescheid von der Rentenversicherung: Abgelehnt. Na toll... Die Begründung ist der Knaller. Meine Erwerbsfähigkeit sei durch das Lipödem nicht gefährdet, beziehungsweise könne durch die Kur nicht verbessert werden. Demnach sei, nach deren Feststellung, eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherung nicht erforderlich. Eine Fortsetzung der ambulanten fachärztlichen Behandlung sei ausreichend.

Und es gibt nicht nur schöne und glatte Haut bei Menschen, nein, es gibt auch die Berta und ich muss lernen, zu ihr zu stehen. Ich darf mich nicht immer wieder verstecken! Denn Berta ist kein Grund, sich zu schämen. Es ist eine Krankheit, die ich mir nicht ausgesucht habe. So, es ist raus... ICH BIN KRANK! Und genau aus diesem Grund mache ich das hier. Um anderen zu zeigen, dass es kein Geschenk ist, dass man aber damit leben muss. Dass man einfach nur akzeptiert sein, keine heimlichen Blicke bekommen möchte.

„Berta – Leben mit Lipödem“ erscheint im Selbstverlag von Martina Eske, hat 186 Seiten und kostet 9,99 Euro zuzügl. Versandkosten. Es kann in jeder Buchhandlung unter der ISBN 9783746732725 bestellt werden (dabei fallen keine Versandkosten an), bei Amazon, epubli oder direkt bei der Autorin: Eske.Martina@gmx.de (das geht auch etwas schneller als über den Verlag)

Informationen

Frauen reagieren auf Anzeichen eines Herzinfarkts oft zu zögerlich

Wenn Frauen den Eindruck haben, dass ihr Partner einen Herzinfarkt erleidet, rufen sie schnell den Notarzt. Treten aber bei ihnen selbst Herzprobleme auf, dauert es meist viel länger, bis sie einen Notruf starten. Und dann kann es manchmal zu spät sein! Das ist das Ergebnis von zwei Studien, die beim letzten Kongress der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie vorgestellt wurden.

Wenn bei jüngeren Frauen plötzlich Herzbeschwerden auftreten, zögern viele, einen Krankenwagen zu rufen, weil sie wegen ihrer Verpflichtungen im Haushalt und ihrer Familie gegenüber den Gedanken an eine ernste Krankheit von sich wegschieben. Dass ältere Frauen bei einem Herzinfarkt oft zu spät Hilfe erhalten, hängt zum einen damit zusammen, dass viele von ihnen alleine leben und im Notfall niemanden haben, der Hilfe holt. Laut der Deutschen

Herzstiftung vergehen bei über 65-jährigen Frauen im Durchschnitt bis zu viereinhalb Stunden, bis sie in der Notaufnahme sind, bei über 65-jährigen Männern dagegen etwa eine Stunde weniger.

Die beiden Studien analysierten Werte von 7.582 Patienten mit einem ST-Hebungsinfarkt (STEMI). Das ist eine besonders schwere Form von Herzinfarkt, bei dem eine Hauptarterie, die den Herzmuskel mit Blut versorgt, blockiert ist. Je schneller bei einem STEMI der Blutfluss wiederhergestellt wird, desto mehr Herzmuskulatur kann gerettet und damit das Sterberisiko gesenkt werden. Die Ergebnisse der beiden Studien wurden rechtzeitig zum Weltfrauentag am 8. März vorgestellt, der die Gleichstellung der Geschlechter weltweit fördern will.

Die aktuellen Leitlinien sehen vor, dass nach einem STEMI innerhalb von 90 Mi-

nuten eine perkutane Koronar-Intervention erfolgen soll, um die verschlossenen Blutgefäße des Herzmuskels wieder zu öffnen. Dass insbesondere bei jüngeren Frauen im Falle eines Herzinfarkts seltener im empfohlenen Zeitraum eine Behandlung erfolgt als bei Männern mit denselben Beschwerden, führen Kardiologen auch auf eine mangelnde Aufklärung über Herzerkrankungen bei Frauen zurück. Anders als bei Männern machen sich Herzinfarkte bei Frauen häufiger mit unspezifischen Symptomen bemerkbar, etwa mit starker Kurzatmigkeit, Übelkeit, Erbrechen oder auch mit Beschwerden im Oberbauch. Wenn derartige Zeichen mit einer zuvor nicht gekannten Heftigkeit auftreten, kann das auf einen Herzinfarkt hindeuten.

Eine weitere Besonderheit betrifft bei Frauen die Symptome im Brustbereich. Statt starker Schmerzen wie bei Männern üblich, ist es hier deutlich häufiger ein Druck- oder Engegefühl, das aber mindestens genauso ernst genommen werden muss. Denn jeder Herzinfarkt – unabhängig von der Art der Beschwerden – kann jederzeit und ohne weitere Vorankündigung einen plötzlichen Herzstillstand verursachen. **Beim geringsten Hinweis auf einen Herzinfarkt ist daher umgehend die 112 zu wählen!**

Ein Jahres-Abonnement (4 Ausgaben frei Haus) von LYMPHE & Gesundheit kostet nur 12 Euro. siehe Seite 15

...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.

Beckenboden- und Blasentraining helfen besser als Medikamente

Sechs bis acht Millionen Menschen in Deutschland leiden an Harninkontinenz, auch Blasenschwäche genannt. Die Betroffenen haben Schwierigkeiten, Urin in der Harnblase sicher zu speichern und Ort und Zeitpunkt der Entleerung willentlich zu bestimmen. Harninkontinenz kann in allen Altersgruppen auftreten, kommt aber öfters bei Frauen und mit zunehmendem Alter gehäuft vor. Die häufigsten Formen der Harninkontinenz sind die Belastungsinkontinenz und die Dranginkontinenz.

Bei einer Belastungsinkontinenz ist der Schließmuskel-Mechanismus der Harnröhre geschädigt. Bei Frauen ist die Ursache häufig eine Schwächung des Beckenbodens, bei Männern eine Prostata-OP. Zum ungewollten Urinverlust kommt es vor allem beim Husten, Lachen, Niesen, Heben, Bücken, im Sport und bei körperlichen Anstrengungen.

Verantwortlich für die Dranginkontinenz, auch „überaktive Blase“ genannt, ist eine Instabilität des Blasenmuskels. Als Ursachen dafür kommen Harnwegsinfekte, übertrie-

bene Körperhygiene, oder Medikamente (Diuretika) in Betracht, bei Frauen auch ein Östrogen-Mangel. Auch neurologische Erkrankungen (nach Schlaganfällen, Parkinson etc.), eine vergrößerte Prostata oder Blasen-tumore sind mögliche Ursachen. Die Dranginkontinenz kann aber auch ohne erkennbare Ursache auftreten.

Es gibt auch Mischformen aus beiden Erkrankungen, die Mischinkontinenz, auch gemischte Harninkontinenz genannt. Diese Erkrankungen können medikamentös, durch Verhaltenstherapien wie Beckenboden- und Blasentraining oder chirurgisch behandelt werden. Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel, Fachärztin für Urologie und spezielle urologische Chirurgie und Direktorin des Kontinenz-zentrums Südwest am Schwarzwald-Baar Klinikum in Villingen-Schwenningen, hat in einer in den „Annals of Internal Medicine“ veröffentlichten Netzwerk-Metaanalyse 84 klinische Studien zur Wirksamkeit von 14 nicht-chirurgischen Behandlungskategorien der Belastungs-, Drang- und gemischten Harninkontinenz bei nicht schwangeren

Frauen ausgewertet. Ergebnis: Bei Belastungs- und Dranginkontinenz ist eine Verhaltenstherapie fast immer wirksamer als eine medikamentöse Monotherapie. Und das sowohl als alleinige Maßnahme oder in Kombination mit anderen Maßnahmen.

Frau Prof. Schultz-Lampel: „Allein, dass Ärzte über diese Arbeit von den vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten erfahren, ist ein Plus.“ Sie schränkt jedoch ein, dass die Studie kaum bei der Auswahl einer geeigneten Behandlungsmethode bei der einzelnen Patientin helfen kann, dafür fehlten etwa spezifischere Subgruppen-Analysen. Doch es scheint ziemlich egal zu sein, mit welcher nicht-chirurgischen Methode eine schwache Blase behandelt wird, Hauptsache, dass therapiert wird.

So lassen sich die Ergebnisse der Studie folgendermaßen zusammenfassen:

1. Die meisten Therapiemaßnahmen sind besser als eine Scheinbehandlung (Placebo) oder keine Behandlung. Davon ausgenommen sind Hormon-Behandlungen und die Unterspritzung der Schleimhaut der Harnröhre mit einem Füllstoff (Bulking Agent).
2. Sowohl für die Drang- als auch Belastungsinkontinenz ist eine Verhaltenstherapie im Allgemeinen wirksamer als

andere Erstlinien- und Zweitlinien-Monotherapien. Und das unabhängig davon, ob sie allein angewandt oder mit anderen Maßnahmen kombiniert werden.

3. Medikamentöse Zweitlinien-Monotherapien sind nicht nur weniger wirksam als Verhaltenstherapien, sie haben auch störende Nebenwirkungen wie trockener Mund, Übelkeit und Müdigkeit.

Begriffserklärung: Als Erstlinien-Therapie bezeichnet man in der Medizin die erste Behandlungsoption, die sich nach wissenschaftlicher Erkenntnis am besten zur Behandlung der diagnostizierten Erkrankung eignet. Erweist sie sich als erfolglos, greift man zur Zweitlinien-Therapie. Falls diese nicht greift oder ihre Wirkung nachlässt, kann eine Drittlinien-Therapie (in der Regel aggressivere Methode) eingeleitet werden. Als Monotherapie bezeichnet man die Behandlung einer Erkrankung mit einem einzigen Therapieprinzip. Dem gegenüber bezeichnet man die gleichzeitige Behandlung einer Erkrankung mit mehreren Therapieprinzipien als Kombinationstherapie. In der Behandlung von Belastungs- und Dranginkontinenz haben sich als Drittlinien-Therapien Botulinumtoxin-Injektionen, Neuromodulation und intravesikale Druckentlastung (IVPR) wirksamer als andere Ansätze erwiesen.

Künstliche Süßstoffe ziemlich wirkungslos

Viele Menschen, die mit ihrem Körpergewicht kämpfen, greifen statt zu Zucker zu künstlichen Süßstoffen. Solche sind auch in vielen „Diät“-Produkten wie Getränke und Fertiggerichte enthalten. Doch welche Wirkung haben diese Süßstoffe auf den menschlichen Körper tatsächlich? Zu dieser Frage hat jetzt die Cochrane-Collaboration, ein weltweites Netz von Wissenschaftlern und Ärzten für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in einer Metaanalyse die Ergebnisse aus 56 Studien zusammengefasst. Untersucht wurden die Auswirkungen von künstlichen Süßstoffen auf Körpergewicht, Blutzucker, Zähne, das Risiko für Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Nierenerkrankungen sowie die Psyche und das Verhalten. In keinem dieser Punkte konnte ein von Prof. Joerg Meerpohl von der Universität Freiburg geleitetes Team einen Vorteil der Süßstoffe gegenüber Zucker feststellen.

Zur Gewichtsabnahme eignen sich Süßstoffe kaum: Übergewichtige oder fettleibige Erwachsene in den Studiengruppen mit Süßstoff nahmen nur 1,99 kg mehr ab als die in den Studiengruppen mit Zucker. Eine günstige Auswirkung auf den Blutzucker dürfte mit Süßstoffen allein kaum zu erzielen sein. Denn dafür bedarf es einer Gewichtsreduktion von fünf Prozent oder zehn Prozent. In den Studien wurde der Nüchtern-Blutzucker um weniger als 3 mg/dl gesenkt, was nicht der Rede wert ist. Auch bei Kindern war kein Einfluss auf das Körpergewicht nachweisbar. Bei ihnen

kam es paradoxerweise zu einem leichten Anstieg des Blutzuckers!

Laut Prof. Meerpohl erbrachte die Metaanalyse keine sicheren Belege dafür, dass Süßstoffe bei Erwachsenen und Kindern eine Adipositas verhindern oder die Gewichtsreduktion erleichtern. Es fanden sich aber auch keine Hinweise auf ein erhöhtes Risiko auf Blasenkrebs, wie in einer Studie in den 1970er-Jahren bei Ratten beobachtet wurde. Doch die Metaanalyse kann nach Ansicht von Prof. Meerpohl eine schädliche Wirkung aber auch nicht ausschließen.

Hilfsmittel-Versorgung von Krankenkasse abgelehnt?

www.pushconsult.de
info@pushconsult.de

„PuSh“ = „Patienten und Sanitätshäuser“
 Über 20 Jahre einschlägige Erfahrung



So viel verdienen die Kassenbosse

In einer Zeit, in der die Beitragseinnahmen der Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) stetig wachsen und die Krankenkassen milliardenschwerer Überschüsse anhäufen, verwundert es nicht, dass auch die Gehälter der Spitzenfunktionäre steigen. Einkommens-Spitzenreiter ist wie in den Vorjahren der Vorstandschef der größten Kasse, Dr. Jens Baas. Der Chef der Techniker Krankenkasse verdiente 2018 bescheidene 333.717 Euro, rund 9700 Euro mehr als im Jahr zuvor. Hier ist eine Liste der Jahresgehälter der Vorstandsvorsitzenden der zehn größten Krankenkassen und der Kassenverbände:

	Gehalt 2018	Gehalt 2017
Techniker Krankenkasse	333.700 Euro	323.997 Euro
Barmer	297.500 Euro	288.847 Euro
DAK-Gesundheit	284.500 Euro	270.000 Euro
AOK Bayern*	266.600 Euro	272.000 Euro
AOK Baden-Württemberg	260.000 Euro	260.000 Euro
IKK classic	257.600 Euro	249.000 Euro
AOK plus	241.100 Euro	234.400 Euro
AOK Rheinland / Hamburg	235.300 Euro	223.400 Euro
AOK Nordwest	232.900 Euro	226.300 Euro
AOK Niedersachsen	245.400 Euro	235.300 Euro
GKV-Spitzenverband	258.000 Euro	252.000 Euro
vdek	214.000 Euro	208.000 Euro
AOK-Bundesverband	252.000 Euro	244.250 Euro

* Bei der AOK Bayern gab es 2018 einen Wechsel an der Vorstandsspitze.
Quelle: Bundesanzeiger



Als Trinkampulle
besonders geeignet bei
Schluckbeschwerden

Unsere kostenlose Broschüre zum Thema »Selen und Lymphödem« erhalten Sie unter: information@biosyn.de (Stichwort: Lymphe & Gesundheit)

biosyn Arzneimittel GmbH · Schorndorfer Straße 32, 70734 Fellbach
Tel.: +49(0)711 57532-00 · 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 Malignations- 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

Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 18. April 2019

Erprobungsstudie soll offene Frage des Nutzens der Liposuktion bei Lipödem beantworten: G-BA beauftragt wissenschaftliche Institution mit Studienbegleitung

Berlin, 18. April 2019 – Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das gesetzlich vorgesehene, europaweite Ausschreibungsverfahren zur Erprobung der Liposuktion bei Lipödem abgeschlossen. Das Zentrum für Klinische Studien (ZKS) der Universität zu Köln wurde gemeinsam mit der Hautklinik des Klinikums Darmstadt beauftragt, die geplante Studie wissenschaftlich zu begleiten und die Ergebnisse auszuwerten. Mit der Erprobungsstudie soll die Frage beantwortet werden, welchen Nutzen die Liposuktion bei Lipödem im Vergleich zu einer alleinigen nichtoperativen Behandlung hat. Zudem sollen weitere Erkenntnisse zu den Risiken und möglichen Komplikationen der Methode gewonnen werden. Der G-BA geht davon aus, dass die ersten Patientinnen voraussichtlich zu Beginn des nächsten Jahres in die Studie aufgenommen werden können.

Das ZKS Köln/Klinikum Darmstadt wird nun im ersten Schritt das Studienprotokoll erstellen und die für den Start der Studie notwendigen behördlichen Genehmigungen sowie ein positives Votum der Ethikkommission(en) einholen.

In Vorbereitung auf die Studie ist das ZKS Köln/Klinikum Darmstadt zudem beauftragt, diejenigen Studienzentren auszuwählen, die die vom G-BA in der Erprobungsrichtlinie festgelegten Anforderungen

erfüllen. Dabei muss es sich um nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser beziehungsweise um an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte handeln. Die Studienzentren nehmen dann die geeigneten Patientinnen in die Studie auf und führen die Behandlung und Nachbeobachtung durch.

Für Patientinnen, die an der Studie teilnehmen möchten, wird bei der Auswahlentscheidung eine ermessensfehlerfreie Berücksichtigung sichergestellt – dies entspricht den höchstrichterlichen Anforderungen des Bundessozialgerichts. Vorgesehen ist eine zentrale Anmeldestelle, an die sich Teilnahmeinteressierte innerhalb eines bestimmten Zeitfensters wenden können. Die Krankenkassen werden ihre Versicherten informieren, sobald die zentrale Anmeldestelle ihre Arbeit aufgenommen hat und die Möglichkeit einer Anmeldung besteht. Eine Anmeldung an der Studie über das ZKS Köln/Klinikum Darmstadt oder die Studienzentren wird nicht möglich sein.

Die Patientinnen werden von Seiten der zentralen Anmeldestelle einem der Studienzentren zugeteilt. Das jeweilige Studienzentrum kontaktiert die Patientin zur Vereinbarung eines Vorstellung- und Untersuchungstermins. Über die definitive Studienteilnahme einer Patientin entscheiden die verantwortlichen Ärzte an den Studienzentren.

Die im Rahmen der Studie erbrachten und verordneten Krankenbehandlungsleistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Für noch nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasste Leistungen ist die Vergütung innerhalb von drei Monaten auf Landesebene zu vereinbaren.

Nach Abschluss der Studie wertet das ZKS Köln/Klinikum Darmstadt die erhobenen Daten aus und legt dem G-BA einen Abschlussbericht zu den Studienergebnissen vor. Der G-BA prüft im anschließenden Bewertungsverfahren, ob die neuen Studienergebnisse den Nutzen der Behandlungsmethode ausreichend belegen. Über ein schriftliches und mündliches Stellungnahmeverfahren zur vorgesehenen Richtlinienänderung werden weitere wissenschaftliche Erkenntnisse eingeholt.

Hintergrund: Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems

Beim Lipödem handelt es sich um eine massive Fettverteilungsstörung an den Extremitäten. Zusätzlich bestehen vermehrte Wassereinsparungen in den betroffenen Körperregionen. Das Lipödem tritt nahezu ausschließlich bei Frauen auf. Weil es erst seit dem Jahr 2017 eine stadienspezifische Codierung für die Erkrankung gibt, liegen zur Erkrankungshäufigkeit derzeit noch keine gesicherten Daten vor.

Da die Ursache des Lipödems bisher unbekannt ist, zielt die in der Regel lebenslang anzuwendende konservative Therapie wie Lymphdrainage, Kompression und Bewegungstherapie auf eine Linderung der Beschwerden ab. Die bestehende Fettvermehrung kann hiermit jedoch nicht beeinflusst werden. Die Liposuktion ist ein chirurgischer Eingriff, bei dem das krankheitsbedingt vermehrte Fettgewebe entfernt wird. In der Regel müssen die Betroffenen für eine Behandlung mehrmals operiert werden.

Das Verfahren zur Bewertung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Liposuktion bei Lipödem geht auf einen Beratungsantrag der Patientenvertretung im G-BA

zurück. Im Juli 2017 hat der G-BA wegen der problematischen Studienlage den Beschluss gefasst, die Bewertung auszusetzen und eine Studie zur Verbesserung der Erkenntnislage auf den Weg zu bringen. Die Eckpunkte der Studie hat der G-BA in der entsprechenden Erprobungs-Richtlinie festgelegt.

Entsprechend den vom G-BA beschlossenen Studieneckpunkten können Patientinnen an der Studie teilnehmen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bei denen ein Lipödem der Beine im Stadium I, II oder III diagnostiziert wurde und eine konservative Behandlung die Beschwerden nicht ausreichend lindert. Ausschlussgründe sind eine allgemeine Adipositas, andere ödemverursachende Erkrankungen, Fettverteilungsstörungen anderer Genese sowie die Ablehnung der Patientin, konservativ behandelt zu werden. Die weiteren Ein- und Ausschlusskriterien wie Vor- oder Begleiterkrankungen werden von der beauftragten unabhängigen wissenschaftlichen Institution, dem ZKS Köln/Klinikum Darmstadt, festgelegt.

Das Instrument der Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Potenzial, deren Nutzen noch nicht belegt ist, hat der Gesetzgeber im Jahr 2012 eingeführt. Weisen wissenschaftliche Erkenntnisse darauf hin, dass eine Methode das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative hat, kann der G-BA eine Erprobungsstudie initiieren und sie finanziell fördern. Rechtsgrundlage hierfür ist § 137e SGB V.

Die Erprobungsstudie wird unbenommen von der am 21. Februar 2019 beschlossenen Wiederaufnahme der Beratungen zur Liposuktion beim Lipödem Stadium III durchgeführt. Im Zuge der Wiederaufnahme ist der Unterausschuss Methodenbewertung des G-BA beauftragt worden, Beschlussentwürfe zur Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung und der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung – verbunden mit besonderen Qualitätsanforderungen, Nachbeobachtungs- und Dokumentationspflichten – vorzubereiten. Geplant ist, dass das Plenum am 19. September 2019 die Beschlüsse zur Liposuktion beim Lipödem Stadium III trifft.

Lymphologische Termine:

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

ILF 2019 International Lymphoedema Conference
2019ilfconference.org

24. - 26. Juni 2019 in 53498 Bad Breisig

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>

29. Juni 2019 in Celle

GALLily-Basisworkshop; Telefon: 01522 / 9526880
E-Mail: kontakt@lily-turtles.club; www.lily-turtles.club

30. Juni 2019 in Alcalá de Henares (Spanien)

Master of Phlebology and Lymphology
<http://www.masterdeflebologiaylinfologia.com/>

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

XII Congreso Internacional Vlebologia y linfologia 2019
<https://www.flebologiamexico.org/>

5. - 7. Juli 2019 in Celle

Erfahrungsaustausch der Selbsthilfegruppen u. Moderationstraining
Tel. 09132 745886 ; E-Mail: erfahrungsaustausch@lymphselbsthilfe.de

7. August 2019 in Monheim am Rhein

LymphCare Kochevent! Die basische Ernährung
Telefon: 02173 / 936606; E-Mail: info@sh-buchbender.de

7. September 2019 in Lübeck

13. Deutscher Lipödemtag (Hanse-Klinik Lübeck)
<https://www.hanse-klinik.de/de/news/ankuendigung-13-deutscher-lipoedemtag>

11. - 14. September 2019 in Leipzig

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

14. September 2019 in Gummersbach

2. Oberbergischer Lymphntag
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)

21. September 2019 in Leipzig

GALLily Basis-Workshop; www.lymph-leos.de

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

19. Oktober 2019 in Hamburg Eilbek

2. Lymphntag; www.lymphonie.de

24. - 25. Oktober 2019 in Bamberg

Ofa Symposium

31. Oktober - 3. November 2019 in Bad Berleburg

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

6. November 2019 in Monheim am Rhein

LymphCare Event! Sport für Ödempatienten m. Bauchtanz-Workshop
Telefon: 02173 / 936606; E-Mail: info@sh-buchbender.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

23. November 2019 in Gummersbach oder Lindlar

GALLily Basis-Workshop
Telefon: 02263 / 951990; E-Mail: lilyoberberg@gmx.de
https://lip-lymph-oberberg-selbsthilfe.jimdo.com

7. Dezember 2019 in Hamburg

11. Hamburger Gefäßtag

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 Lymph-
therapeuten und Ärzten, Kompressionsversorger, Apo-
theken 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.**



Dip Dye Collection

Weitere Informationen zu
Juzo Kompressionsstrümpfen:



www.juzo.de



Lebensfreude in Bewegung