

METHODE MORAND

Einleitung

Die neue Methode eignet sich für Patienten mit lymphangiologischen Erkrankungen, die bereits seit vielen Jahren erfolgreich mit der komplexen physikalischen Entstauungstherapie (MLD/KPE) behandelt werden und arbeitet in enger Anlehnung an diese altbewährte physikalische Zwei-Phasen Therapie. Die Entdeckung besteht darin, dass hier zwei schon lange bekannte Behandlungsverfahren, die aber bisher völlig unabhängig voneinander eingesetzt wurden, nun miteinander gekoppelt werden. Aus diesem Grund möchte ich einleitend zunächst kurz auf diese zwei Verfahren und auch auf die physikalische Zwei-Phasen Therapie eingehen. Ich möchte den Bezug zur Methode Morand herstellen und mich im einleitenden Teil selber vorstellen.

Ich, Martin Morand, habe mich nach einem Ausbildungslehrgang Manuelle Lymphdrainage / Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (MLD/KPE) bereits im Juni 1985 auf die Behandlung von Patienten mit lymphangiologischen Erkrankungen spezialisiert. Unter anderem war ich über vier Jahre in einer Fachklinik für Lymphologie, der Földi-Klinik, in Hinterzarten tätig. Im Anschluss an meine Klinik­tätigkeit erfolgte eine Ausbildung zum Fachlehrer für MLD/KPE mit einer folgenden über drei Jahre dauernden Lehrtätigkeit. Seit 1995 leite ich ein Lymphzentrum in Berlin, in welchem mein Team und ich Patienten mit lymphatischen Erkrankungen, alternativ zu einer stationären Fachklinikbehandlung, Therapien gegen ihre meist mit Schwellungen einhergehende Erkrankung anbieten. Hierbei kommt vorzugsweise die in zwei Phasen verlaufende Komplexe Physikalische Entstauungstherapie zum Einsatz.

Die Komplexe Physikalische Zwei-Phasen Entstauungstherapie (KPE)

Die KPE wird von den Experten der Lymphologie bis heute als der Goldstandard zur Behandlung von Lymphödemen angesehen. Diese von den Ärzten Johannes Asdonk, Etelka und Michael Földi, sowie Eberhard Kuhnke entwickelte Methode ist bei professioneller handwerklicher Ausführung sowie guter Mitarbeit der Patienten in nahezu jedem Fall erfolgreich.

Neben der von Emil Vodder entwickelten Manuellen Lymphdrainage (MLD) ist in der Regel die mit Abstand wichtigste Maßnahme der KPE die Kompressionstherapie. In der Phase 1 der KPE wird diese vorwiegend über Druckverbände mittels Kurzzugbinden ausgeführt, bevorzugt mit etlichen inzwischen für diesen Zweck geeigneten Arten von Schaumstoffen. Aktive Bewegung in den Verbänden im Zusammenspiel mit Polstermaterialien bewirkt unter anderen, dass gewebelockernde Massageeffekte erzielt werden. Zusätzlich bewirkt das Drücken der Muskeln von innen gegen das feste Wiederlager der Binden einen erhöhten Abstrom in den dazwischen verlaufenden Lymphgefäßen und Venen. Vor dem Legen eines Kompressionsverbandes erfolgt eine Hautpflege vor allem zum Schutz vor Entfettung.

Zunächst werden Patienten mit einem Ödemleiden täglich über einen gewissen vom Schweregrad abhängigen Zeitraum behandelt. Ist der maximale Grad einer Entstauung erreicht, werden von spezialisierten Bandagisten lymphologische Kompressionsversorgungen angepasst. Die KPE-Behandlung wird so lange täglich fortgesetzt, bis die neue Kompressionsware für den Patienten verfügbar ist. In fast jedem Fall gelingt es, über diese Maßnahme den erlangten Therapieerfolg zu konservieren. Ist die Phase 1 der KPE mit einer erfolgreichen Bestrumpfung abgeschlossen, beginnt die KPE-Phase 2. Sie dient der Konservierung und Optimierung des Behandlungsergebnisses. Auch in dieser Phase ist die Kompressionstherapie neben der MLD die wichtigste Maßnahme. Insbesondere Patienten mit Lymphödemen im fortgeschrittenen Stadium benötigen eine weitere regelmäßige Behandlung. Ferner möchte ich in dieser Abhandlung darauf hinweisen, dass vor allem eine verhärtete, verdickte und mit hartnäckigen Ödemen durchsetzte Haut, in der Fachsprache auch als eine lymphostatische Fibrose bezeichnet, regelmäßig und auf Dauer weiterbehandelt werden sollte. Hält man einen solchen Zustand ödemfrei, locker und unter Druck, kann man in vielen Fällen einen wenn auch sehr langsamen aber stetigen Rückgang einer lymphostatischen Fibrose beobachten. Damit geht auch in der Regel eine Verringerung der lästigen Schwellneigung einher.

Zwei Vorläufer vor Entdeckung der Methode Morand

1. Unebene Oberflächen nach Schneider und Fritze

Etwa im Jahre 1988 wurde ich Zeuge einer genialen Erfindung. Bernd Schneider, ein Berufskollege aus der Földiklinik, räumte damals seinen Therapieraum auf und zerschnitt für ihn scheinbar unbrauchbar gewordene Schaumstoffreste und kam dabei auf die Idee, kleine Würfel in größeren Mengen in Baumwollschlauchverbände zu verpacken und diese Kissen in Kompressionsverbände so zu integrieren, dass die Würfel direkt auf den Mantel der ödematösen Haut wirken konnten. Die ersten Testergebnisse waren beeindruckend, und recht bald wurde von Bernd Schneider für Patienten, die Ödeme an den Extremitäten aufwiesen, ein Schneider-Pack in Muffform entwickelt. Hierdurch gelang eine gleichmäßige und geschlossene Rundumversorgung an Armen und Beinen mit Schaumstoffwürfeln.

Die Wirkungen auf die überdurchschnittliche Flüssigkeitsverdrängung und die starke Erweichung von fibrotischen Gewebsveränderungen faszinierten Ärzte, Therapeuten und Patienten.

Darüber hinaus wurde von den allermeisten Patienten ein sehr angenehmes Gefühl beim Tragen der Bandage im Vergleich zu anderen Polstermaterialien angegeben. Ich selbst habe damals unter meinem Geburtsnamen Fritze, inspiriert von der Schneiderschen Idee, eine Einlage entwickelt, bei der aus Komprexplatten in Handarbeit pyramidenartige Kegel gefertigt werden. Diese werden, je nach späterem Anwendungsgebiet, auf geformten Schaumstoffzuschnitten fixiert. Die zwangsläufig entstehenden Gräben können in eine gewünschte Abflussrichtung ausgerichtet werden.

Eine solche Einlage erzielt unter Kompressionsverbänden ähnlich gute, aber keine besseren Effekte als die, eben beschriebenen Teile von Schneider; auch der Zeitaufwand zum Bau einer solchen Einlage ist größer, und es entstehen deutlich höhere Materialkosten.

Ein Vorteil besteht allerdings darin, dass solche Einlagen ein geringeres Gesamtvolumen des Kompressionsverbandes zur Folge haben und sich im Gegensatz zu den Schneider-Packs nicht verformen.

Diese damals von meinen Klinikkollegen als „Fritzeplatte“ bezeichnete Einlage hat sich in der Anwendung über dem Mons pubis Bereich (Schamhügel), einer Region, die sehr oft hartnäckige Ödeme in Kombination mit lymphostatischen Fibrosen aufweist, bewährt. Diese Einlage kann in Kompressionsstrumpfhosen von Patienten mit Genitallymphödemem getragen werden.

Mir ist bei beiden eben beschriebenen Einlagen bis heute kein Fall bekannt, bei dem es zu einer Traumatisierung infolge solcher Anwendung gekommen wäre, solange man, was die Festigkeit der verwendeten Schaumstoffe angeht, bestimmte Normen einhält.

Trotz der vielen Vorzüge kamen diese in ihrer Wirkung bis heute nicht erreichten Methoden schon bald aus der Mode. Sie kommen in der ursprünglichen Form seit Jahren so gut wie überhaupt nicht mehr zum Einsatz. Aus meiner Sicht erklärt sich das folgendermaßen:

Die Herstellung solcher Abpolsterungseinlagen muss in aufwendiger Handarbeit erfolgen, und die Materialkosten sind in den meisten Fällen von einem Behandlungszentrum selbst zu tragen. Insbesondere die von Schneider entwickelten Einlagen in einen Kompressionsverband zu integrieren, erfordert eine längere Wickelerfahrung des ausführenden Therapeuten, zudem ist der notwendige Zeitaufwand für das Wickeln selber, auch für Therapeuten mit viel Routine recht hoch. Ein weiteres Problem besteht darin, dass das vergrößerte Volumen des Verbandes manchen Patienten Schwierigkeiten bereitet.

Verschiedene Hersteller haben in den vergangenen Jahren Produkte auf den Markt gebracht, die sich vermutlich an den ursprünglichen Ideen von Schneider und Fritze orientieren, die aber nach meiner persönlichen Einschätzung keine vergleichbare Wirkung erzielen. Um wirklich einen maximalen Wirkungsgrad zu erzielen, müssen solche unebenen Oberflächen auch alle Kriterien erfüllen, wie sie von den Erfindern definiert wurden. Ich bin immer noch der festen Überzeugung, dass diese Zielsetzungen auch im industriellen Maßstab zu erreichen sind.

2. Intermittierende pneumatische Kompressionstherapie (IPK)

Bei der intermittierenden pneumatischen Kompression füllt ein steuerbarer Kompressor Manschetten, die meist über 12 einzelne überlappende Kammern

verfügen, von fuß- oder hand- nach zentralwärts nacheinander mit Luft. Der individuell einstellbare Druck schwächt sich von Kammer zu Kammer kontinuierlich ab. Ist auch die letzte Zelle mit Luft gefüllt, entlüftet sich die Manschette fast vollständig, und der Vorgang beginnt nach einem zuvor eingestellten Zeitintervall wieder von vorn.

Diese Methode ist unter Fachleuten umstritten und wird vor allem im Einsatz bei Lymphödempatienten kritisch betrachtet. Die Kritik reicht bis hin zur völligen Ablehnung der Methode, speziell bei dieser Ödemform und anderen eiweißreichen. Die Kritiker befürchten dabei unter anderem, dass bei Patienten mit einem zentral gestörten Lymphabfluss das Ödem von den Extremitäten her in den Rumpfbereich verschoben wird, wo ebenfalls häufig eine Lymphabflussstörung vorliegt, so dass es dann auch zu Ödemen im Bereich der Extremitätenwurzel kommen könnte. Tatsächlich sind Fälle bekannt, bei denen es unter IPK-Anwendungen zu Ödemen im Genital- und im Bereich der oberen und unteren Rumpfquadranten kam. Befürchtet wird darüber hinaus, dass vorwiegend Wasser, aber nicht in ausreichendem Maß Eiweiß verschoben und somit der Prozess einer Fibrosierung gefördert wird. Weiterhin ist noch festzustellen, dass die IPK in der bis heute bekannten Art nicht nennenswert in der Lage ist, die beim fortgeschrittenen Lymphödem typischen fibrotischen Veränderungen zu erweichen und die besonders hartnäckigen Ödeme in einem ausreichenden Maße zu beseitigen. Hierzu erschienen bisher nur die MLD mit speziellen Grifftechniken in der Lage zu sein. Darüber hinaus ist es einzig unter zu Hilfenahme der MLD möglich, jeden nur erdenklichen Körperbereich zu erreichen. Dies gelingt mit den bisher bekannten apparativen Verfahren noch nicht.

Die Methode Morand, eine kurze geschichtliche Darstellung

Mir kam irgendwann im Jahr 2008 die Idee: Man müsste die oben erwähnten Abpolsterungseinlagen nach Schneider und Fritze mit der intermittierenden pneumatischen Kompressionstherapie in Verbindung bringen, um diese dann über ödematösen bzw. fibrotischen Hautveränderungen anzuwenden. Dazu werden zunächst über die zu behandelnden Körperbereiche, im entblößten Zustand, unebene Oberflächen aufgebracht, bevor dann eine handelsübliche Manschette das ganze Konstrukt umschließt. Im Anschluss wird nach Einstellung des gewünschten Drucks und der Zeit am Gerät eine IPK-Behandlung in üblicher Weise durchgeführt.

Diese Form der Anwendung wird im weiteren Text als IPK-Plus bezeichnet. Es ist bemerkenswert, dass ich bis zu diesem Zeitpunkt die IPK niemals in meiner therapeutischen Arbeit eingesetzt habe und ich deshalb mit dieser, von mir eher argwöhnisch betrachteten Methode bis dahin auch noch keinerlei praktische Erfahrungen sammeln konnte.

Nachdem ich, vielleicht auch etwas halbherzig, drei Unternehmen vergeblich in dieser Sache kontaktiert hatte, geschah einige Jahre nichts, bis ich im Jahr 2015 doch noch einen vierten Anlauf unternahm und von einem namhaften deutschen Hersteller ein IPK-Gerät mit verschiedenen dazugehörigen Manschetten zur Verfügung gestellt bekam.

Ein Geschäftsführer dieser Firma, die schon sehr lange IPK-Geräte vertreibt, berichtete mir bei Anlieferung, dass die Mitarbeiter in der Vergangenheit Versuche mit den oben erwähnten industriellen Produkten unter IPK-Anwendungen unternommen hätten, aber im Zusammenwirken keine nennenswerte Wirkungssteigerung feststellen konnten.

Ich war von dieser Information nicht gerade ermutigt, habe aber, da das Gerät bereits angeliefert war, die Kombination aus IPK-Anwendung und unebenen Oberflächen in ihrer **originalen** Version auf ihre Wirkung geprüft.

Ein erster Behandlungsversuch, Posttraumatisches Ödem

Mein erster Patient, damals 17 Jahre alt, aus dem näheren familiären Umfeld. Bei ihm hatte sich nach einem Umknicktrauma ein massives Ödem um den linken Knöchelbereich herum entwickelt. Als ich aus einem Kurzurlaub zu dem bereits Verletzten zurückkehrte, hatte ich das neue Gerät mit allen möglichen Unterpolsierungsmöglichkeiten schon an mir selber ausgetestet.

Ein befreundeter Arzt, der den Patient drei Tage zuvor, kurz nach seinem Unfall, untersucht hatte, stimmte einem Behandlungsversuch zu. Die IPK-Plus wurde bei ihm über einen Zeitraum von etwa 60 Minuten beschwerdefrei durchgeführt. Der Druck wurde von meinem Patient selber in kleinen Schritten innerhalb von 10 Minuten, von zunächst sehr leichten 20- bis auf zuletzt 80 mmHG Druck, erhöht. Die Anwendung konnte für ihn über den gesamten Zeitraum völlig beschwerdefrei durchgeführt werden.

Allein diese Maßnahme führte zu einer erheblichen Reduktion des posttraumatischen Ödems. Auf Grund meiner Erfahrung war mir sofort klar, dass man ein solch deutliches sicht- und tastbares Behandlungsergebnis über eine vergleichbare 60-minütige Applikation mit MLD nicht hätte erreichen können. Darüber hinaus wäre es wohl in diesem Stadium kaum möglich gewesen, eine MLD-Behandlung direkt im Bereich des Schadens selber durchzuführen. Mein Patient hat sich in den nächsten Tagen nach weiteren IPK- Plus- Behandlungen geseht und führte diese schon recht bald völlig selbständig durch, wobei ich nur noch Kompressionsverbände nach den Anwendungen legen musste und die Genesung in wenigen Tagen zügig voran ging.

Mit der IPK-Plus Anwendung wurde übrigens auch die Region unterhalb des Knöchels (retromalleolär) erreicht, dies wäre mit einer herkömmlichen einfachen Manschette vermutlich nicht möglich gewesen. Irgendwelche nachteiligen Folgen der Anwendungen waren nicht erkennbar, dennoch habe ich danach keine Tests bei Patienten unternommen, denen ein Ödem infolge eines noch nicht länger zurückliegenden Traumas zugrunde lag, das Risiko erschien mir zu hoch. Ich dachte aber, dass es sich lohnen könnte, über Testbehandlungen und Einsatzmöglichkeiten bei dieser sehr großen Patientengruppe nachzudenken. Ich entschied, dass die Indikation für eine solche Behandlung von ärztlichen Fachleuten geklärt werden müsste. Ich kann mir vorstellen, dass die IPK-Plus Behandlung bei Patienten mit posttraumatischen bzw. postoperativen Ödemen mit sehr viel kleineren und eventuell weicheren Würfeln, Kügelchen oder Flocken aus Schaumstoff angewendet werden könnte.

Weitere Therapieversuche

In meinem Lymphzentrum sahen wir im Zeitraum von über einem Jahr sehr viele Patienten aus dem lymphologischen Spektrum. Bekannt ist, dass den jeweils zu behandelnden Ödemen (Schwellungen) ganz unterschiedliche Ursachen zuzuschreiben sind. Wir haben bei sehr vielen dieser Patienten immer wieder beobachten können, dass nach einer 60 minütigen IPK- Plus- Behandlung ein deutlich sicht- und tastbarer Rückgang der Ödeme erreicht wurde. Ein solcher Effekt kann über eine vergleichbare MLD- Behandlung nicht erzielt werden.

Bevor ich auf verschiedene Beobachtungen bei einigen Krankheitsbildern im einzelnen eingehe, sind mir noch folgende Bemerkungen wichtig. Da diese Methode

noch nicht mit den Krankenversicherungen abgerechnet werden kann und auch noch nicht ausreichend erforscht ist, wurden diese Behandlungen für die nun folgenden beschriebene Fälle nach Ausstellen einer privatärztlichen Verordnung kostenfrei durchgeführt. Die Patienten wurden umfassend über die sonst übliche MLD/KPE-Behandlung informiert und wurden dahingehend aufgeklärt, dass die IPK-Plus Behandlung ein noch nicht zugelassenes und noch zu erforschendes Behandlungsverfahren darstellt. Sie konnten frei wählen, auf welche Art sie sich von mir behandeln lassen wollten.

Lymphödem im Genitalbereich

Patient, 60 Jahre, mit deutlich ausgeprägtem Lymphödem an Skrotum (Hodensack) und Penis, mit erheblicher Schwellung der Vorhaut, so dass es dem Betroffenen über ein halbes Jahr lang nicht mehr gelang, diese über seine Glans Penis (Eichel) zu ziehen. Den Patienten haben wir folgendermaßen behandelt: Von uns ganz speziell mit reichlich Schaumstoffwürfel gefertigte Kissen zur Einlage im Genitalbereich innerhalb einer IPK-Hosenmanschette, zwei Schneiderpacks in Muffform wurden zum Schutz im Unterschenkel- und Fußbereich platziert, um eine möglichst hohe Druckstärke einstellen zu können. Nach bereits 60 Minuten Behandlungszeit war eine sehr deutliche Ödemreduktion im gesamten Stauungsgebiet erkennbar, und es war dem Patienten sofort nach Beendigung der Behandlung möglich, die Vorhaut wieder über seine Glans Penis zu ziehen.

Durch diesen erfolgreichen Versuch bestätigt, konnten wir anschließend bei zwei Frauen, die ebenfalls ein sekundäres Lymphödem im Genitalbereich aufwiesen, eine ebenso rasche Entstauung im Bereich der Labien (Schamlippen) und der Mons-Pubis Region (Schamhügel) feststellen. Besonders bemerkenswert ist für mich bei diesen klaren Verläufen die enorme Geschwindigkeit der Entstauung. Nach meiner langjährigen Erfahrung wäre ein ähnliches Ergebnis mit der herkömmlichen MLD/KPE erst nach einigen Sitzungen in täglicher Folge erzielt worden.

Wenn ein Genitallymphödem mit dieser Therapie erfolgreich beseitigt werden kann, müsste das im Umkehrschluss bedeuten, dass man den Genitalbereich auch präventiv über diesen Weg schützen kann.

Lymphödembehandlung beider Beine

Patient männlich, 80 Jahre, in gutem Allgemeinzustand, sekundäre Lymphödeme bei metastasierendem Prostata-Karzinom, massive leicht dellbare Schwellungen beider Beine, Füße und Zehen, links stärker als rechts. Der Patient kam mit einem hohen Leidensdruck in unsere Praxis und bat um eine schnelle Aufnahme der Behandlung, die wir ihm aufgrund unseres hohen Patientenaufkommens nicht in Aussicht stellen konnten. Mit seinem Einverständnis und nach Rücksprache mit dem Arzt machten wir folgenden Vorschlag: Versorgung der gesamten unteren Körperhälfte mit Kissen und Schläuchen, die reichlich mit Schaumstoffwürfeln gefüllt waren, sowie eine darüber gezogene Hosenmanschette. Die Druckeinstellung wurde von dem Patienten von 60 auf 80 mmHG gesteigert, Anwendungszeit 60 Minuten. Auch hier konnten wir das gleiche Ergebnis einer deutlich abschwellenden Wirkung beobachten. Mit einem lymphologischen Kompressionsverband verließ er die Praxis und wurde nun fortwährend eineinhalb Wochen täglich auf die immer gleiche Art weiter behandelt. Den therapiefreien Sonntag verbrachte er bandagiert und vertrug die Maßnahmen sehr gut, insbesondere auch die Kompressionsbandagierung. Wie bei einer KPE-Behandlung ist diese Maßnahme unverzichtbar. Nach eineinhalb Wochen waren die Ödeme weitestgehend abgearbeitet, auch die am rechten Bein inzwischen deutlich sicht- und tastbaren lymphostatisch-fibrotischen Veränderungen erschienen weich und gut entstaut. Wir ließen darauf hin eine flachgestrickte Kompressionsstrumpfhose ausmessen, die nach einer Woche passend zur Verfügung stand, so dass das gute Behandlungsergebnis gehalten werden konnte. In der Phase 2 der KPE kam unser Patient nur noch 1- 2x pro Woche zur Behandlung. Wir haben ihn sowohl mit manuell erbrachter Lymphdrainage als auch apparativ behandelt und ihn dann entscheiden lassen, wie es weiter geht. Er bevorzugt bis heute die apparative Therapie. Mit Hilfe der onkologischen Behandlung gelingt es, die bei ihm nicht mehr heilbare Krebserkrankung in Schach zu halten. Der Zustand des Patienten hat sich inzwischen deutlich verbessert, so dass er inzwischen kaum noch auf seine Kompressionsstrumpfhose zurückgreifen muss. Er trägt inzwischen meistens beidseits eine Versorgung, die nur bis zu den Knien reicht (Flachstrick). Auch konnte inzwischen die Kompressionsstrumpfversorgung der Zehen abgesetzt werden.

Lymphödembehandlung, Armlymphödem

Patientin 73 Jahre, in gutem Allgemeinzustand, massives Armlymphödem links, eine chirurgische und strahlentherapeutische Brustkrebsbehandlung liegt bereits einige Jahre zurück. Die Patientin gab an, ihre wieder aufgeflamnte Krebserkrankung ausschließlich mit Alternativmethoden behandeln lassen zu wollen und vertraut dabei auf in Südamerika ansässige Heiler. Ihren sehr stark geschwollen Arm sollten wir in knapp zwei Wochen behandeln, da sie für einen längeren Zeitraum nach Südamerika zurückkehren wollte, der Abflugtermin stand bereits fest.

Jeder erfahrene Fachmann weiß, dass man bei einem stark ausgeprägten Lymphödem normalerweise keine Phase 1 der KPE in nur zwei Wochen durchführen kann, daher versuchten wir unter diesen Umständen folgendes:

Therapiestart an einem Freitag; von da an Samstag, Montag, dann weiter täglich bis zum kommenden Freitag 60 Minuten IPK- Plus, zeitgleich wurden die im Rumpfbereich bekannten Abflusswege mit MLD behandelt. Nach Entfernung der zur IPK dazugehörigen Manschette erfolgten hin und wieder 5- bis 10- minütige MLD- Behandlungen an Fingern, Hand und Arm. Ein mit Schaumstoff unterpolsterter Kompressionsverband wurde immer bis zur nachfolgenden Therapiesitzung getragen und erst unmittelbar zu Therapiebeginn entfernt. Der Arm war nach einer Woche soweit ödemfrei, dass eine in meine Praxis bestellte Bandagistin die Maße für einen Kompressionsstrumpf abnehmen konnte. Über eine Eilbestellung gelang es, die Patientin nur drei Tage später mit einem passenden flachgestrickten Kompressionsstrumpf (KKL. 2) zu versorgen, mit dem sie dann am nächsten Tag auf die Reise ging. Inzwischen hat sich unsere Patientin noch einmal bei uns in einem guten Zustand, das Ödem betreffend, vorgestellt. Ihren Kompressionsstrumpf trägt sie konsequent.

Lymphödembehandlung, lymphostatische Fibrose

Patient 29 Jahre, Student, primäres Beinlymphödem seit dem zwölften Lebensjahr, rezidivierende Erysipelinfektionen von früher Jugend an. Inzwischen ist der Unterschenkel massiv geschwollen, der Fußrücken bombiert ödematös und die Zehen sind ebenfalls betroffen. Der Patient stammt aus Australien. In seiner Heimat, wurde das dicke Bein mit einem Kompressionsstrumpf ohne Zehenversor-

gung bestrumpft und er erhielt 1-2x wöchentlich eine MLD-Behandlung. Von den Möglichkeiten einer MLD/KPE, Zwei Phasen- Therapie, hörte er von mir zum ersten Mal, eine bedauerliche, aber auch in Deutschland typische Vorgeschichte.

Da unser Patient davon berichtete, dass er in fünf Wochen für einen längeren Zeitraum mit dem Rucksack durch Asien ziehen wollte und wir auf die Schnelle keinen Therapieplatz für ihn hatten, gingen wir folgendermaßen vor:

Täglich 60 Minuten IPK-Plus mit anschließender Kompressionsbandagierung über Schaumstoff und eigens von uns für ihn gefertigten Einlagen aus Kompregummi. Ein Abwickeln der Verbände vom Vortag erfolgte weitestgehend in meiner Praxis unmittelbar vor der nächsten Behandlungssitzung. Nach nur wenigen Therapiesitzungen war ein Großteil der Schwellung bereits verschwunden, das verdickte Gewebe war zunehmend nicht mehr dellbar und eine deutlich indurierte lymphostatische Fibrose trat in Erscheinung. Über diesen Zustand haben wir dann eine wie oben beschriebene „Fritzeplatte“ gelegt und darüber einen Rundum-Schneiderpack gestülpt und auf diese Art die IPK-Behandlung weiter fortgesetzt. Unter dem Kompressionsverband befanden sich nun Schaumstoffe in unebener Form, um auch auf diesem Weg Fibrose auflockernde und die Fibrose entstauende Effekte zu erzielen. Drei Wochen später hatten wir ein ausgezeichnetes Behandlungsergebnis erzielt und konnten den Patienten mit einer neuen Kompressionstrumpfversorgung aus der Phase 1 der KPE entlassen. Insbesondere die zuvor deutlich indurierten Hautveränderungen erschienen zu Therapieende gut gelockert und entstaut. Das so erreichte Behandlungsergebnis lässt sich gut konservieren.

IPK-Plus bei chronisch venöser Insuffizienz und Ulcus cruris venosum

Patient, männlich, 62 Jahre, befindet sich seit Oktober 2011 in unserer Betreuung. Diagnose: Chronisch venöse Insuffizienz, Stadium 3, ausgeprägte Schwellung linker Fuß und Unterschenkel, einhergehend mit extrem indurierter fibrotischer Hautveränderung. Bei letzter Vorstellung, Mitte März 2017, zusätzlich fünf behandlungsbedürftige offene Hautstellen, die Haut ist trocken und schuppig. Massive Bewegungseinschränkungen aller Funktionen des Sprunggelenks, der Fuß verharrt fest in einer Spitzfußstellung.

Diabetes Typ 2 seit 1998, zeitweilig leidet der Patient unter schweren Depressionen, in diesen Phasen ist die Mitarbeit des Patienten bezogen auf die KPE eher mäßig. Die Behandlung eines solchen Patienten mit herkömmlicher MLD/KPE-Behandlung in Kombination der Wundbehandlung ist sehr zeitaufwendig. Es ist unter ambulanten Bedingungen unerlässlich, dass alle notwendigen Behandlungsschritte von einem Lymphdrainagetherapeuten bewältigt werden: Entfernen der Verbände einschließlich Wundauflagen (10 Min.), Waschen und Beseitigung der Hautschuppen und Reinigung der Wunden (30 Min.), Neuversorgung der offenen Hautstellen mit Wundauflagen und anschließendes Legen eines Kompressionsverbandes (20 Min.). Um nun noch eine MLD-Behandlung durchzuführen mit dem Ziel, vorrangig die großflächig bestehenden, sehr stark verhärteten Hautveränderungen zu lockern, dürfte mindestens noch einmal 45 Minuten in Anspruch nehmen. Eine solche Therapie ist in den meisten Fällen sehr erfolgreich, aber der Zeitaufwand ist entschieden zu hoch!

Mit dem Einverständnis des Patienten und nach ärztlicher Verordnung auf Privat-rezept gingen wir wie folgt vor: Ein „Schneidermuff“ dick gefüllt mit nur wenigen Millimeter großen Würfelchen, aus einem Schaumstoff von sehr hoher Raumdichte, mit sehr guten Fibrose lockernden Eigenschaften über Unterschenkel und Fuß, am Oberschenkel ein herkömmlicher Muff. Um in den Wundflächen selber mechanische Reize zu verhindern, wurden diese Bereiche gedeckelt. IPK-Plus Behandlung auf diese Weise 60 Minuten, Druck 60-70 mmHG. Anschließend krankengymnastische Mobilisation des Sprunggelenks, Hautpflege, Wundversorgung und Legen eines Kompressionsverbandes. Zunächst erhielt unser Patient über drei Wochen 5 Anwendungen wöchentlich und war nach wenigen Tagen ödemfrei, die Haut erschien deutlich gelockert und in ihrem Ernährungszustand deutlich verbessert. Es verwundert daher nicht, dass sich in den Ulzerationen auch allmählich deutliche Heilungstendenzen abzeichneten. Nach der dritten Woche reduzierten wir die Anzahl der Behandlungen auf drei pro Woche, hielten den Patienten aber mittels Kompressionsbandagen dauerhaft täglich unter Druck. Nach sieben Wochen erhielt unser Patient ein eigenes Gerät zur Heimbehandlung. Die Ulzerationen sind nun zum Teil abgeheilt bzw. schon soweit in ihrer Größe verringert, dass unser Patient einen flachgestrickten Kompressionsstrumpf über den Wundversorgungen tragen kann. IPK-Plus- Behandlungen führt er täglich bei sich zu Hause durch. Die Beweglichkeit des Sprunggelenks im Hinblick auf alle Funktionen konnte stark verbessert werden. Für mich besteht heute, neun

Wochen nach Aufnahme der Behandlung, kaum ein Zweifel, dass die vollständige Abheilung der noch offenen Hautbezirke in absehbarer Zeit erreicht werden wird. Weiterhin besteht die Chance, diesmal ein erreichtes gutes Behandlungsergebnis besser konservieren zu können.

Palliative Lymphödembehandlung

Bei einer Krebserkrankung kommt es nicht selten vor, dass über raumfordernde Prozesse Gefäße abgedrückt werden. Im Bereich der Venen führt dies unter Umständen zu einer deutlichen Erhöhung der lymphpflichtigen Wasserlast. Lymphgefäße, die kompensatorisch verstärkt arbeiten müssen, sind in ihrer Leistungsfähigkeit aber meist selbst stark eingeschränkt. Infolge einer Krebstherapie können die Lymphgefäße vorgeschädigt sein oder/und die bösartigen Prozesse drücken nicht nur die Venen sondern auch zusätzlich die parallel verlaufenden Lymphgefäße ab.

Patienten mit einem malignen Lymphödem sind in Lymphzentren eine recht häufig anzutreffende Gruppe. Hier geht es nicht unbedingt darum, eine sehr gründliche und damit für Patienten auch belastende KPE durchzuführen, sondern mit sehr viel Rücksicht auf die Betroffenen zu versuchen, ein allzu schlimmes Ausufern des Ödems zu verhindern. Dabei darf der Patient in dieser Lebenssituation so wenig wie möglich belastet werden. Eine MLD-Behandlung ist für diese Menschen in der Regel sehr viel angenehmer als das Tragen einer Kompressionsbandage. Auch fällt es vielen Patienten auf Grund ihrer Krankheit schwer, häufige Termine wahrzunehmen.

Patient 70 Jahre, metastasierendes Prostatakarzinom und malignes Bein-Lymphödem rechts, leicht dellbar. Der Patient hatte sich Jahre zuvor in meiner Praxis einer erfolgreichen MLD/KPE - Therapie unterzogen und trug seitdem konsequent Kompressionsstrümpfe. Aufgrund starker Schmerzen musste er seine an und für sich nötige Kompressionstherapie unterbrechen, und somit kam es zu einer deutlichen Zunahme des Ödems. Die Schmerzen konnten inzwischen erfolgreich mittels ärztlich verordneter Medikamente behandelt werden. Das „dicke Bein“ war für ihn sehr belastend, und er bat uns um Hilfe. Eine ihm schon bekannte Kompressionsbandagierung hätte er nur sehr ungern in Anspruch genommen, so versuchten wir folgendes:

IPK-Plus zunächst 90 Minuten, über das nach der Anwendung deutlich abgeschwollene Bein wurde anschließend ein älterer noch vorhandener Kompressionsstrumpf gezogen. Wegen einer vorhandenen Schwellung wiederholten wir die von dem Patienten als wohltuend empfundene IPK-Plus- Therapie an drei aufeinander folgenden Tagen und setzten dann zunehmend einen neueren und damit fester sitzenden Kompressionsstrumpf aus seiner Sammlung ein und sahen das Bein dann in einem insbesondere für den Patienten recht guten Zustand. Unser Patient hat über Wochen nach seinen Wünschen immer mal wieder Termine vereinbart und zog die apparative Behandlung vor. Eine ihm bestens bekannte MLD-Behandlung stand ihm jederzeit zur Verfügung.

Therapie bei Lipödem

Auch wenn in der Erstuntersuchung von Patientinnen mit einem Lipödem ein „Dellentest“ keinen Hinweis auf eine krankhafte Flüssigkeitsvermehrung liefert, so ist es doch teilweise erstaunlich, wie deutlich sich unter einer KPE-Behandlung die Beinumfangfänge reduzieren lassen. Aus diesem Grund wird als Basisbehandlung von den Fachleuten eine Phase 1 der KPE empfohlen, bei der sich die Beinumfangfänge aber in vielen Fällen unterschiedlich reduzieren lassen. Hier nun in Kürze die zwei wichtigsten Therapieziele:

Ziel 1. Eine Entödematisierung ist die unbedingte Voraussetzung für später gut sitzende Kompressionsstrümpfe, die, konsequent getragen, in den meisten Fällen als alleinige Therapiemaßnahme völlig ausreichen. Nur in wenigen Fällen ist eine regelmäßige oder in Blöcken verabreichte MLD-Behandlung noch indiziert, da es sich bei der Schwellneigung um eine dynamische Insuffizienz des Lymphgefäßsystems handelt. Diese Störung kann über alleinige Kompressionstherapie mittels Kompressionsstrümpfen sehr gut behandelt werden.

Ziel 2. Behandlung der häufig mit dem Lipödem einhergehenden Schmerzhaftigkeit.

Bleibt diese unbehandelt, wird eine für später vorgesehene Kompressionstherapie mittels Kompressionsstrümpfen für die Patientinnen zur Qual und ist kaum durchführbar. Aus meiner Erfahrung ist es in diesem Zusammenhang aber egal, ob nach einer MLD-Behandlung Kompressionsstrümpfe oder ein Kompressionsverband getragen werden, um dieses Therapieziel zu erreichen. Nur wenn zu-

sätzlich mit dem Lipödem eine Schmerzhaftigkeit einhergeht, ist eine MLD- Behandlung überhaupt angezeigt.

So wird eine Phase 1 der KPE in meiner Praxis ausgeführt:

Auf Grund der anfänglichen typischen Druckempfindlichkeit ist eine Kompressionsbandagierung in den ersten Behandlungstagen oft nur bis zu den Knien möglich und wird häufig nur über wenige Stunden vertragen. Daher dauert es einige Tage, bis endlich auch ein Kompressionsverband bis zur Leiste gelegt werden kann, da bei solch einem Vorhaben der Druck im Unterschenkelbereich dann viel höher ausfallen muss, damit ein konsequenter Druckabfall im gesamten Verlauf der Bandage erkennbar ist. Ein gutes Ergebnis bei der Entstauung ist im Bereich der Oberschenkel sehr schnell erreicht, so dass man recht bald Kompressionsstrümpfe ausmessen lassen kann. Bis diese zur Verfügung stehen, vergeht wiederum etwa eine Woche, in der üblicherweise täglich weiter behandelt werden muss. Aus diesem Grund dauert eine solche Phase 1 der KPE etwa drei Wochen und das bedeutet in meiner Praxis, dass am Ende in der Regel 18 Behandlungssitzungen zusammen kommen. Dabei ist das Endergebnis der Umfangreduktion in den meisten Fällen eher mäßig.

Wir sehen in unserer Praxis zahlreiche Patientinnen mit diesem Krankheitsbild und haben viele, jeweils einmalige Testbehandlungen mit der IPK-Plus- Methode bei diesen Patientinnen beschwerdefrei durchgeführt. Dabei haben wir gesehen, dass gerade bei dieser Patientengruppe nach einer nur einstündigen Behandlungszeit eine ganz beachtliche Umfangreduzierung stattgefunden hat. Dennoch haben wir dieses noch nicht zugelassene Verfahren bis jetzt nicht zur Anwendung gebracht. Viele Umfangmessungen haben aber interessanterweise folgendes aufgezeigt: Patientinnen, die vor Antritt einer Phase 1 der KPE einmalig eine nur 60 minütige IPK-Plus-Behandlung erhielten, wiesen eine Umfangsverminderung auf, die der Wirkung einer dreiwöchigen herkömmlich durchgeführten MLD/ KPE entsprach. Wir haben einmal bei einer Patientin, Mitte 40, einen Behandlungsversuch unternommen. Sie befand sich in ihrer neuen Arbeitsstelle am Beginn Ihrer Probezeit und wollte dort unter keinen Umständen drei Wochen fehlen, und so versuchten wir Folgendes:

Eine Anwendung IPK-Plus über einen Zeitraum von 90 Minuten, danach sofortige Abnahme von Maßen zur Herstellung von flachgestrickten Kompressionsstrümpfen. Die eigens in meine Praxis angereiste Bandagistin wurde dabei gebeten, un-

ter stärkerem Zug des Maßbandes abzumessen. Nachdem die neuen Strümpfe nach einer Woche fertiggestellt waren, wiederholten wir die IPK-Behandlung auf die gleiche Weise und versorgten die Patientin sogleich anschließend mit der neuen Kompressionsstrumpfhose. Aufgrund der zusätzlich typischen Druckempfindlichkeit haben wir der Patientin geraten, diese zwar jeden Morgen anzulegen, aber nur so lange zu tragen, wie es ihr gut zumutbar erschien. Außerdem haben wir nochmals einige der von ihr inzwischen sehr geschätzten IPK-Plus-Behandlungen nach Feierabend durchgeführt. Es wäre natürlich auch möglich gewesen, aufgrund der Schmerzen und der Druckempfindlichkeit einige MLD- Behandlungen durchzuführen. Nach einigen Tagen konnte die Patientin die neue Kompressionsware tagsüber durchweg bis zum Abend tragen. Die Kompressionsstrümpfe (inzwischen besitzt sie zwei) sitzen einwandfrei, woraus ich schließe, dass die vorherige Entstauung vollkommen ausreichend war. Den Wunsch, sich zu einem späteren Zeitpunkt einer herkömmlichen MLD/KPE Phase 1-Behandlung zu unterziehen, hatte die Patientin nicht. Die Beine fühlen sich für sie wieder gut an, deshalb verzichtet sie zurzeit auch auf weitere MLD- bzw. IPK-Plus- Behandlungen.

Behandlung nach Liposuktion

Viele gerade junge Patientinnen mit einem Lipödem sind mit den Ergebnissen der konservativen Therapie nicht zufrieden und entschließen sich daher zu einem chirurgischen Eingriff (Liposuktion). Unsere Aufgabe als Lymphtherapeuten ist die Nachbehandlung der häufig stark ausfallenden traumatischen Ödeme, Blutergüsse und der anfänglich starken Schmerzen bei den Patientinnen.

MLD und eine strenge Kompressionstherapie sind die beiden Hauptsäulen in der Behandlung. Aufgrund der anfänglich stark vorhandenen Druckempfindlichkeit verbieten sich kräftige, flüssigkeitsverschiebende MLD-Techniken. Die in den ersten Behandlungstagen deutlich sichtbaren Behandlungserfolge der Ödemreduktion sind vermutlich eher auf das Wirken der Kompressionsverbände zurückzuführen. Ziel ist es, den Patientinnen bald wieder zu ermöglichen, ihre Kompressionsstrümpfe zu tragen. Aufgrund der hohen Druckempfindlichkeit ist dies normalerweise erst nach einigen Behandlungstagen möglich. Die Patientinnen sind dann in der Regel sehr erleichtert, keine Kompressionsverbände mehr tragen zu müssen. Behandlungsziel ist ein schmerz- und ödemfreier Zustand, die Haut sollte sich am Ende wieder gelockert darstellen.

Eine Patientin, die selbst Ärztin ist, entschied sich nach Rücksprache mit mir, ihren Zustand nach Liposuktion ausschließlich über IPK-Plus nachbehandeln zu lassen. In Absprache mit der Chirurgin gingen wir folgendermaßen vor:

Behandlungsbeginn zwei Tage postoperativ, wir versorgten die üppig geschwellenen Beine mit 1cm starken, glatten, von Hand zugeschnittenen Schaumstoffteilen, durchgehend von hinten und vorn, umgeben von einer mit 12 Kammern ausgestatteten Hosenmanschette, Druckeinstellung zunächst niedrige 30 mmHG. Der Druck wurde dann in den ersten 10 Minuten von der Patientin selbst in kleinen Schritten erhöht, 50 mmHG wurden schmerzfrei vertragen und unter dieser Druckstärke sollte sie selbst bestimmen, wie lange sie sich behandeln lassen wollte. Nach einer Anwendungszeit von ca. 90 Minuten konnten wir eine sehr deutlich abschwellende Wirkung feststellen. Unsere Patientin war sehr zufrieden und anschließend in der Lage, eine flachgestrickte Kompressionsstrumpfhose der Kompressionsklasse 2 anzuziehen.

Am zweiten Behandlungstag, also drei Tage postoperativ, verwendeten wir bereits bis zur Leiste einen „Schnippelsack“ in Muffform, den wir aber nicht mit Würfeln sondern mit einem mit sehr viel feineren und weichen Schaumstofflocken gefüllten Material bestückt hatten. Der Anwendungsdruck wurde auch diesmal von der Patientin selbst gesteigert, bis sie im Vergleich zum Vortag 10 mmHG mehr, also 60 mmHG als angenehm empfand. Der nachfolgende Sonntag war dann therapiefrei, was die Patientin im Nachhinein sehr bedauerte.

Weitere Behandlungen erfolgten täglich, Montag bis einschließlich Samstag über einen Zeitraum von insgesamt zwei Wochen. Im Verlauf der zweiten Woche wurde dazu übergegangen, das Unterpolsterungsmaterial noch einmal zu wechseln. Wir verwendeten nun sehr fein gewürfelten Schaumstoff (in Muffform), die Leistenregion war ebenfalls mit Schnippelsäcken bedeckt, um somit auch Reize auf die Region der Leistenlymphknoten ausüben zu können. Insgesamt hatten wir am Ende, im Vergleich zu unseren herkömmlichen Therapien, ein überdurchschnittlich gutes Behandlungsergebnis, im Hinblick auf nicht mehr vorhandene Ödeme, kaum noch sichtbare Hämatome, und Verhärtungen der Haut waren ebenfalls kaum noch feststellbar. Auffällig waren auch die Fortschritte nach wenigen Behandlungstagen im Hinblick auf die Verbesserung der Mobilität und reduzierter Schmerzhaftigkeit.

Da eine Kompressionstherapie einige Zeit nach einer Liposuktion angewendet werden sollte und die vorhandenen Kompressionsstrümpfe nur heiß und täglich gewaschen genügend Druck gewährleisten, wurde eine neue Versorgung unmittelbar nach einer IPK-Plus-Behandlung ausgemessen und in Auftrag gegeben.

Die Patientin, die, wie schon erwähnt, selber als Ärztin Erfahrung mit vergleichbaren Fällen hatte, ist mit dem Behandlungsergebnis sehr zufrieden.

Aus den bisherigen Erfahrungen in meinem Lymphzentrum lässt sich für die Patientengruppe mit Lipödem möglicherweise ein neues Behandlungsmodell ableiten, das für Patienten und für die Kostenträger eine ganze Reihe Vorteile bringen würde.

Zustand nach Erysipel

Patientin, 53 Jahre, in gutem Allgemeinzustand, ausgeprägte Schwellung am linken Arm, Zustand nach chirurgischer und strahlentherapeutischer Brustkrebsbehandlung. Unsere Patientin hatte sich 8 Monate vor einer erneuten Vorstellung in unserer Praxis mit sehr gutem Erfolg einer Phase 1 der KPE unterzogen, und ihr Behandlungsergebnis ließ sich in der Phase 2 über all die Monate gut konservieren.

Aktuell hatte sich das Lymphödem nach einem Erysipel deutlich verschlechtert. Sie befand sich inzwischen unter einer Antibiotika-Behandlung, und ihre Ärztin bat uns um eine rasche Wiederaufnahme einer entstauenden Behandlung, auch mittels IPK-Plus.

Therapie:

Ausführliche Beratung während einer MLD- Behandlung, anschließend 3 x 60 Minuten IPK-Plus mit kleineren Pausen zwischen den IPK-Anwendungen.

Das Behandlungsergebnis:

Der Arm erschien sehr gut entstaut und wies nach diesen drei Stunden Anwendungsdauer deutlich weniger Entzündungszeichen auf. Eine Messung ergab, dass die Umfangwerte annähernd denen glichen, die am Ende der oben erwähnten Phase 1 der KPE ermittelt wurden. Für diesen Tag entließen wir die Patientin mit der Empfehlung, ihren Kompressionsstrumpf zu tragen. An den nächsten 5 auf-

einander folgenden Tagen wurde die Patientin täglich 1 X 60 Minuten mit IPK-Plus behandelt in Kombination mit MLD-Behandlungen im Bereich des Rumpfes, jeweils über ca.20 Minuten. Die Kompressionstherapie erfolgte über das Tragen ihrer Kompressionsstrümpfe.

Nach einer Woche fühlte sich die Patientin wieder in der Lage, ihrer Berufstätigkeit nachzugehen.

KPE während einer Erysipel-Infektion

Gestützt durch Erfahrungen vieler lymphologischer Fachkliniken gibt es seit wenigen Jahren eine veränderte Vorgehensweise bei der Behandlung von Patienten mit Erysipel-Infektionen, ausgehend von folgender Überlegung:

Die Wirkung eines verabreichten Antibiotikums während einer ablaufenden Erysipelinfektion wird im Stauungsgebiet durch eine endödematisierende Behandlung erheblich gesteigert.

In der Praxis bedeutet dies, dass, sobald die Wirkung der Behandlung mit Antibiotika (Fiebersenkung und Reduktion des Krankheitsgefühls) einsetzt, rasch mit einer entstauenden Therapie begonnen werden sollte, **vorausgesetzt, dass die behandelnden Ärzte dies für vertretbar halten!**

Viele Erysipel-Patienten werden akut stationär behandelt, wobei die Anzahl der Patienten pro Jahr, alleine in Deutschland, erheblich ist. Nach meiner Einschätzung wird kaum ein betroffener Patient in einem herkömmlichen Krankenhaus in den Genuss einer sehr personalintensiven und zeitaufwendigen MLD/KPE-Therapie kommen.

Eine Behandlung nach der Methode Morand mit einer vorwiegend hochgelagerten betroffenen Extremität dürfte gerade unter stationären Bedingungen überzeugende Resultate bringen?! In MLD/KPE ausgebildetes Fachpersonal sollte in solch ein Behandlungsmodell mit einbezogen werden!

Ebenso ist es unter ambulanten Bedingungen für einen Akutpatienten schwierig, auf die Schnelle einen Therapieplatz zu bekommen. Hier könnte der zusätzliche Einsatz der Methode Morand den hohen Zeitaufwand der MLD-Behandlung erheblich reduzieren. Darüber hinaus ist ein geübter Therapeut in der Lage, in kur-

zer Zeit eine Kompressionsbandage zu legen. Auf dieser Basis müsste es möglich sein, akut betroffenen Patienten auch kurzfristig einen Behandlungsplatz anbieten zu können.

Ich gehe davon aus, dass sich durch solch eine Vorgehensweise das Risiko einer für Patienten folgeschweren, irreversiblen Fibrotisierung verringern lässt?

Ein Behandlungsmodell in leichten Fällen

Vermutlich kann in sehr vielen Fällen von allen möglichen lymphatischen Erkrankungen, bei denen eine KPE-Behandlung indiziert ist und die eher eine Schwellung von nur leichtem Schweregrad aufweisen, eine Abmessung zur Fertigung von Kompressionsstrümpfen bereits nach nur einer IPK-Plus-Anwendung vorgenommen werden. Eine Strumpfanpassung wiederum könnte nach einer zweiten Behandlung erfolgen.

Herkömmlich wird häufig in solchen Fällen bereits nach nur einer MLD-Behandlung mit anschließender Kompressionsbandagierung gleich am nächsten Tag Kompressionsware ausgemessen. Diese Prozedur wird nach der Fertigung wiederholt und hat ein gleich gutes Ergebnis zur Folge.

Eine solche übliche Form der Therapie ist für die Patienten sehr viel belastender und mit einem deutlich höheren Zeitaufwand verbunden als das hier diskutierte Behandlungsmodell. Zudem ist eine solch vorgeschlagene Vorgehensweise auch kostengünstiger, da allein schon die Kosten für das recht teure Bandagematerial entfallen.

Besonders wichtig erscheint mir, dass die IPK-Plus-Methode auch bei Patienten sehr hilfreich sein kann, deren ehemals schweres Ödemleiden durch eine intensive konservative Entstauungstherapie bereits erfolgreich behandelt wurde. An dem Tag, an dem die Abnahme der Maße zur Herstellung von Kompressionsstrümpfen geplant ist, sollten bei diesen Patienten die Bereiche, die vorher ödematziert waren, so gut wie möglich entstaut sein, damit die maßgefertigte Kompressionsware später auch optimal sitzt. Eine einmalige IPK-Plus Behandlung unmittelbar vor der Abnahme der Umfangmaße könnte hier helfen, eine optimale Entstauung zu erreichen.

Kontraindikationen

Es gelten sicher die auch für die MLD/KPE bekannten Gegenanzeigen. Außerdem muss eine solche Anwendung für die Patienten absolut beschwerdefrei durchgeführt werden. Klaustrophobie (Platzangst) macht ab bestimmten Schweregraden eine Anwendung unter Umständen nicht möglich.

Die Frage, ob noch Weiteres in dieser Richtung zu bedenken ist, möchte ich an dieser Stelle gerne den ärztlichen Fachleuten überlassen.

Schlussbemerkungen

Die Wirkung und Möglichkeiten der Behandlungsmethode werden aus den oben beschriebenen Anwendungsbeobachtungen deutlich. Seit Oktober 2016 konnten sich bereits eine ganze Reihe von lymphologisch versierten Fachleuten, Ärzte, Fachlehrer für MLD/KPE und Medizintechniker, bei praktischen Demonstrationen an Patienten einen Eindruck von der Wirksamkeit der Methode verschaffen. Die durchweg sehr positiven Rückmeldungen geben mir Anlass anzuregen, das Verfahren auf den wissenschaftlichen Prüfstand zu schicken. Weiterhin möchte ich vorschlagen, dass in einem Gremium bestehend aus lymphologisch versierten Fachleuten verschiedener Fachrichtungen- gemeinsam überlegt wird, wie die Methode in die komplexe Physikalische-Zwei-Phasen-Therapie integriert werden kann. Darüber hinaus muss für zukünftige Anwender ein Schulungsprogramm entwickelt werden! Es spricht vieles dafür, die Methode in die Hand von ausgebildeten Lymphdrainagetherapeuten zu geben, da in vielen Fällen die manuell erbrachten Leistungen wie Kompressionsbandagierung, manuell erbrachte MLD etc. erforderlich bleiben, und natürlich müssen die Patienten weiterhin persönlich beraten und motiviert werden. Nicht zu vergessen sind die vielen anderen organisatorischen Leistungen und die Dokumentationen der Therapieverläufe.

Zukunftsaussichten

Aus meiner persönlichen Sicht stelle ich mir vor, dass dieses Verfahren zukünftig die Möglichkeit bietet, den bisherigen Stellenwert der MLD/KPE-Therapie erheblich zu erhöhen und die Verbreitung der Methode, insbesondere über die deutschsprachigen Länder hinaus, zu fördern.

Ein Appell an die Hersteller

Die oben beschriebenen Anwendungsbeobachtungen zeigen, dass man mit den auf dem Markt erhältlichen Produkten bereits erstaunliche Erfolge erzielen kann. Es ist nach dem heutigen Stand der Technik sicher nicht schwer, zukünftig viel leistungsfähigere Geräte und Manschetten zu entwickeln, mit denen man noch sehr viel mehr erreichen könnte! Was die verwendeten unebenen Oberflächen angeht, so mussten diese in sehr zeitaufwendiger Handarbeit selber hergestellt werden. Es wäre aber wünschenswert, dass solche Komponenten als industriell gefertigte Produkte zur Verfügung stehen könnten.

Bei unseren im kleinen Maßstab vorgenommenen Untersuchungen konnten wir inzwischen gewisse Vorstellungen entwickeln, welche Schaumstoffe in verschiedenen Formen, Größen, Festigkeitsgraden und sonstigen Materialeigenschaften bei den unterschiedlichen Aufgabenstellungen eingesetzt werden können. Das ist ja schon etwas, aber zu diesem Thema wäre es wiederum wünschenswert, nähere Untersuchungen anzustellen!

Zu diesen Fragestellungen habe ich mir inzwischen sehr viele Gedanken gemacht und stehe beratend gern zur Verfügung.

Danksagung

Ausdrücklich möchte ich mich bei meiner Frau Gabriele Wähler bedanken, die mich immer sehr stark unterstützt hat. Nur durch ihre Hilfe wurde es mir überhaupt erst möglich, mich für etwa zwei Jahre der Entwicklung dieser neuen Methode zu widmen. Darüber hinaus beweist sie bis heute sehr viel Geschick, Ausdauer und Kreativität beim Bau und der Weiterentwicklung von inzwischen sehr vielen verbrauchten „Schnippelsäcken“ und „Fritzeplatten“.

Meinem Praxisteam möchte ich ein besonderes Lob für das ausdauernd große Interesse und die in vielerlei Hinsicht geduldige Unterstützung aussprechen.

Weiterhin bedanke ich mich sehr herzlich bei den Ärztinnen:

Dr.med. Anya Miller, Marita Bikadorov, Dr.med. Ulrike Kirsch, Anna Kruse, Dr. med. Barbara Erber, und den Ärzten: Erik Küppers und Dr.med. Damian Zydra so wie bei meinen hoch geschätzten Kollegen Eva Streicher und Oliver Gültig.

Mein Dank an diese gilt ihrer wertvollen Hilfe durch umfangreiche medizinische Beratung. Sie haben teilweise weite Wege zu meiner Praxis in Kauf genommen, um sich vor Ort ein eigenes Bild von den Wirkungen meiner Methode am Patienten zu machen. Ihr Lob und Zuspruch waren Energielieferant und von hohem Wert für die zu leistende Entwicklungsarbeit.

Bei der umfangreichen Abhandlung dieser Methode wäre es mir alleine nicht möglich gewesen, die Texte so zu verfassen; dafür haben die nun Genannten viel Zeit investiert.

Vielen herzlichen Dank auch an Herrn Prof. Dr. Jochen Erber, Herrn Prof. Kurt Reiginbogin, meine liebe Mutter Margrit Fritze und meine Patentante Elke Herbst.

Schließlich danke ich der Aachener Firma Bösl-Medizintechnik sowie Herrn Uwe Klingenstein, Geschäftsführer der Medizintechnik Klingenstein GmbH in Roskow, für die Bereitstellung der Technik und die kompetente umfangreiche Beratung.