

# Die Therapieform Manuelle Lymphdrainage

G. Bringezu, O. Schreiner

- 4.1 Geschichte –87**
- 4.2 Grundlagen der Grifftechnik –88**
  - 4.2.1 Die vier Grundgriffe –89
- 4.3 Charakteristika der Grund- und Sondergriffe –93**
  - 4.3.1 Druckstärke –93
  - 4.3.2 Kreisförmigkeit –93
  - 4.3.3 Frequenz der Griffe –94
- 4.4 Wirkungsweise der Manuellen Lymphdrainage –95**
  - 4.4.1 Entödematisierende Wirkung/Förderung der Gewebsdrainage –95
  - 4.4.2 Einwirkung auf das Nervensystem –96
  - 4.4.3 Einfluss auf Tonus und Kontraktilität verschiedener Muskelzelltypen –97
  - 4.4.4 Potenzielle Begünstigung der immunologischen Abwehr –98
- 4.5 Indikationen und Behandlungsempfehlungen –99**
  - 4.5.1 Manuelle Lymphdrainage bei Ödemen –99
  - 4.5.2 Manuelle Lymphdrainage bei schwellungsunabhängigen Indikationen –100
- 4.6 Kontraindikationen und Einschränkungen –101**
  - 4.6.1 Abstufungen der Kontraindikationen –101
  - 4.6.2 Kontraindikationen bzw. Therapieeinschränkungen –102
  - 4.6.3 Kontraindikationen bzw. Einschränkungen speziell des Becken-Bauch-Raumes –105
- 4.7 Reihenfolge der Grundgriffe und häufigste Sonder- bzw. Ergänzungsgriffe –106**
  - 4.7.1 Hals-/Schulterregion: Basisbehandlung –106
  - 4.7.2 Basisbehandlung mit anschließender Gesichtsbehandlung –109
  - 4.7.3 Nacken-/Hinterhauptbehandlung –115
  - 4.7.4 S onder-/Ergänzungsgriffe Kopf: Mundinnendrainage –118
  - 4.7.5 Grundg riffe Arm –119
  - 4.7.6 Grundg riffe Bein ventral –122
  - 4.7.7 Grundg riffe Bein dorsal –126

- 4.7.8 S     onder-/Ergänzungsgriff Bein dorsal: Poplitea-Dehnung bzw.  
          Poplitea-Tiefengriff    -129
- 4.7.9 Grundg     riffe Rücken    -130
- 4.7.10 Grundg    riffe Lenden- und Gesäßregion   -131
- 4.7.11 Grundg    riffe Brust    -132
- 4.7.12 S     onder-/Ergänzungsgriffe am Thorax   -134
- 4.7.13 Grundg    riffe Bauch    -136
- 4.7.14 S     onder-/Ergänzungsgriffe am Bauch   -137

## **4.8     Die speziellen Lymphödemgriffe   -140**

- 4.8.1     Charakteristika   -140
- 4.8.2     Die Lymphödemgriffe im Überblick   -140

## **4.9     Schlussbemerkungen/Das Problem des zeitlichen Aufwandes   -148**

**Definition**

Die Manuelle Lymphdrainage ist eine besondere Form der Massage. Das Besondere daran ist, dass sie auf die Anatomie und Physiologie des Lymphgefäßsystems sowie auf die Flüssigkeiten im Interstitium abgestimmt ist.

**4.1 Geschichte**

Bereits Ende des 19. Jahrhunderts (1892) empfahl der bekannte Chirurg Professor Alexander von Winiwarter, Gliedmaßenödeme durch Hochlagerung verbunden mit Kompression und leichter, zentripetalgerichteter Massage zu behandeln. Dabei sollte man von der Extremitätenwurzel ausgehend allmählich nach distal fortschreiten. Aus heutiger Sicht beinhaltet diese Empfehlung nahezu alle wichtigen Elemente der modernen Ödemtherapie. Die Erkenntnisse des großen Arztes wurden jedoch offenbar nicht weiter verfolgt.

Erst in den 20er- und 30er-Jahren dieses Jahrhunderts entwickelte das dänische Ehepaar Vodder (Abb. 4.1) aus der Grifftechnik der Massage eine Behandlungsform, die heute als Manuelle Lymphdrainage bekannt ist und mittlerweile den Hauptbestandteil bei der Entstauung von Schwellungen verschiedenster Ursachen darstellt.

Der Nichtmediziner Vodder hatte es lange Zeit schwer, »die Schulmedizin« für seine Methode zu interessieren. So erklärt es sich, dass – obwohl Vodder seine Erkenntnisse

bereits 1936 in Paris veröffentlichte – mehrere Jahrzehnte vergingen, bevor sich 1963 der damals in Essen niedergelassene Arzt Asdonk mit der Manuellen Lymphdrainage beschäftigte. Bis zu diesem Zeitpunkt fristete diese sanfte Massageform in der Kosmetik ein Schattendasein, obwohl Földi und andere bereits in den 50er-Jahren die besondere Rolle des Lymphgefäßsystems im menschlichen Organismus erkannt hatten.

Asdonk setzte sich in den Folgejahren u. a. gemeinsam mit Kuhnke erstmals wissenschaftlich mit dieser Methode auseinander. Vor allem durch die von ihm gegründete erste lymphologische Fachklinik mit all ihren Möglichkeiten gelang es, mittels umfangreicher Behandlungsdokumentationen zu beweisen, welchen Wert diese Methode im Rahmen einer Entstauung hat. Asdonk ist es deshalb vor allem zu verdanken, dass seit etwa 1973/74 (zunächst durch den VdAK=Verband deutscher Angestellten-Krankenkasse, wenig später durch die anderen Kostenträger) eine Anrechnungsposition für Manuelle Lymphdrainage besteht und diese seitdem als Heil- und Hilfsmittel anerkannt ist.

Mit der Abgabe und Anrechnungsmöglichkeit durch medizinisches Assistenzpersonal war jedoch verbunden, dass eine Zusatzqualifikation erworben und nachgewiesen werden musste. Im Jahr 1983 wurden erstmals Fachlehrer für Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder/Komplexe Physikalische Entstauungstherapie vor einer Kommission geprüft.

Mit der Neuordnung des Berufsgesetzes für Masseure und medizinische Bademeister sowie für Physiotherapeuten der Bundesrepublik Deutschland (MPhG vom 1.6.1994) übernahm 1995/96 der IKK-Bundesverband in Bergisch-Gladbach die Obliegenheiten aller weiterbildungspflichtigen Maßnahmen der Physikalischen Therapie, zu der auch die Manuelle Lymphdrainage gehört, federführend für alle Spitzenverbände der Kostenträger. Die Neuordnung legt die Therapieform »Manuelle Lymphdrainage« als Zusatzqualifikation und nicht als Bestandteil der Berufsausbildung fest. Es handelt sich um eine reine Fortbildungsmaßnahme, die erst nach Beendigung der Berufsausbildung (MasseurIn/med. BademeisterIn bzw. PhysiotherapeutIn) begonnen werden darf und mindestens 170 Unterrichtseinheiten umfasst.

Im Juli 1997 wurden in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden und der (im Dezember 1995 gegründeten) Arbeitsgemeinschaft Deutscher Lymphdrainageschulen bindende Ausbildungs- und Prüfungsinhalte nach den neuen gesetzlichen Maßgaben erstellt.



Abb. 4.1. Estrid Vodder (1898, †15.01.1996) und Dr. phil. Emil Vodder (1896, †17.02.1986)

## 4.2 Grundlagen der Grifftechnik

Das herausragendste Merkmal der Manuellen Lymphdrainage ist die Art der Reizsetzung auf die menschliche Körperoberfläche. Sie ist völlig anders als bei allen anderen Methoden, die im näheren und weiteren Sinne als »Massage« bezeichnet werden können.

### Hinweis

Die Manuelle Lymphdrainage ist eine kreisförmige Dehn- und Verschiebetechnik, die überwiegend auf den Haut- und Unterhautbereich einwirkt.

Die **Reizschwelle** ist dabei so **niedrig**,

- dass es zu keiner Reaktion der kleinen Blutgefäße kommt, also auch keine Gewebemehrdurchblutung erfolgt, und
- dass lediglich die Mechanorezeptoren der Haut, in keinem Falle aber die Nozizeptoren angesprochen werden, also niemals eine Schmerzreaktion durch die Gewebsverformung auftreten darf.

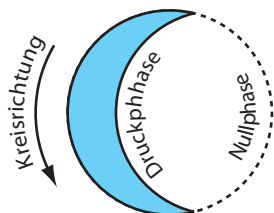
Trotzdem soll dabei das jeweilige **Haut-/Unterhautareal** so **großflächig** verschoben werden, wie es die Elastizität zulässt,

- um die dort verlaufenden Lymphgefäße durch möglichst umfassende Dehnreize in Quer- und Längsrichtung zu einer vermehrten Kontraktion anzuregen und
- um gleichzeitig möglichst viel interstitielle Flüssigkeit, meist in Richtung der nächstgelegenen Lymphknotengruppen, zu bewegen.

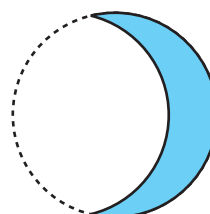
Daraus ergibt sich eine Gewebsverformung, die kreisförmigen Charakter hat (■ **Abb. 4.2a,b**).

### Hinweis

Um die **Richtung** bestimmen zu können, die die zu bewegende interstitielle Flüssigkeit nehmen soll, ist zu beachten, dass innerhalb der Kreisbewegung eine **Druckphase** durch eine **Nullphase** abgelöst wird. Die eigentliche Transport- oder auch Arbeitsrichtung wird dabei durch den Zeitpunkt der (aktiven) Druckphase mit der darauf folgenden (passiven) Nullphase zusammen mit der Richtung der Kreisung bestimmt (■ **Abb. 4.2a, b**).



b



■ **Abb. 4.2a,b.** Auswirkung der kreisförmigen Grifftechnik auf die menschliche Haut. **a** Arbeits-/Transportrichtung nach kaudal, **b** Arbeits-/Transportrichtung nach kranial. Schema und Hautverformung bzw. Faltenbildung zeigen, wie aus dem Zusammenwirken von Druck- und Nullphase mit der Kreisrichtung eine Arbeits- bzw. Transportrichtung resultiert

### 4.2.1 Die vier Grundgriffe

Die Manuelle Lymphdrainage besteht aus vier Grundgriffen, die die genannten Kriterien den unterschiedlichen Körperformen anpassen. Die Benennung dieser Grundgriffe geht zumeist auf Vodder, aber auch auf Asdonk zurück. **Tabelle 4.1** stellt die gebräuchlichen Begriffsvarianten der verschiedenen Weiterbildungsinstitute einander gegenüber.

#### Stehender Kreis

Die gestreckten Finger einer oder auch beider Hände, manchmal sogar die Fläche der gesamten Hand, werden auf die Haut der jeweiligen Körperregion aufgelegt und gemäß den genannten Kriterien verschoben. Dabei wird eine Wiederholungsfrequenz im 5er-Rhythmus — »auf der Stelle stehend« — eingehalten.

##### Hinweis

Stehende Kreise werden überall dort angewandt, wo **Lymphknotenansammlungen** zu finden sind, um die Durchflussmenge durch diese physiologischen Flusshindernisse zu erhöhen. Außerdem werden Stehende Kreise immer dann eingesetzt, wenn eine schwierige Körperregion besonders intensiv behandelt werden soll.

Neben der klassischen Variante des Stehenden Kreises (**Abb. 4.3**) gibt es weitere Ausführungsarten:

- »4-neben-4 flach aufliegende Finger« (z. B. **Abb. 4.47a, b**),



**Abb. 4.3.** Stehende Kreise beidseitig auf den Lymphknoten der Halsregion

- »4-neben-4 aufgestellte Finger« (z. B. **Abb. 4.47c**),
- »Hand-über-Hand« (z. B. **Abb. 4.64**, **Abb. 4.80**),
- »Daumenkreise« parallel oder im Wechsel (z. B. **Abb. 4.28**, **Abb. 4.48**).

#### Pumpgriff

Der Pumpgriff ist im Gegensatz zum Stehenden Kreis ein dynamischer Griff. Die Ausführung spielt sich im Wesentlichen im Handgelenk ab. Der Bewegungsablauf während der Griffführung entspricht etwa dem Bewegungsausmaß zwischen Ulnarabduktion bei leichter Palmarflexion zur Radialabduktion bei gleichzeitigem Übergang in die Dorsalextension. Die Finger II bis V sind dabei außer in den Grundgelenken gestreckt, der Daumen steht in Oppositionsstellung.

##### Hinweis

Pumpgriffe werden meist an den **Extremitäten** von distal nach proximal ausgeführt (**Abb. 4.4**).

In der Ausgangsstellung aus der Ulnarabduktionsstellung des Handgelenkes heraus liegt lediglich der »Schwimhaut-Bereich« zwischen Daumen und Zeigefinger auf dem Körper auf. Die Ausgangsstellung stellt gleichzeitig die Nullphase des Griffablaufes dar. Beim Übergang von der Ausgangsstellung in die Handgelenkendstellung ergibt sich die stufenlose Druckzunahme: Die gestreckten Finger schwingen nach vorne und dehnen dabei die Haut/Unterhaut, indem sie sie halb kreisförmig verschieben. Das Druckmaximum ist mit dem Aufsetzen der gesamten Handfläche auf die zu behandelnde Körperregion er-



**Abb. 4.4.** Einhändiger Pumpgriff auf dem Knie

reicht. Der erneute Übergang in die Ausgangsstellung und damit in die Nullphase erlaubt gleichzeitig das Fortschreiten zum nächsten, proximal gelegenen Behandlungsabschnitt. Der Pumpgriff ist einhändig oder beidhändig im Wechsel ausführbar (z. B. [Abb. 4.36](#), [Abb. 4.66](#)).

## Schöpfgrieff

### Hinweis

Der Schöpfgrieff, wie der Pumpgriff ein dynamischer Griff, kommt ausschließlich an den **distalen Abschnitten der Extremitäten** (Unterarm, Unterschenkel) zur Anwendung.

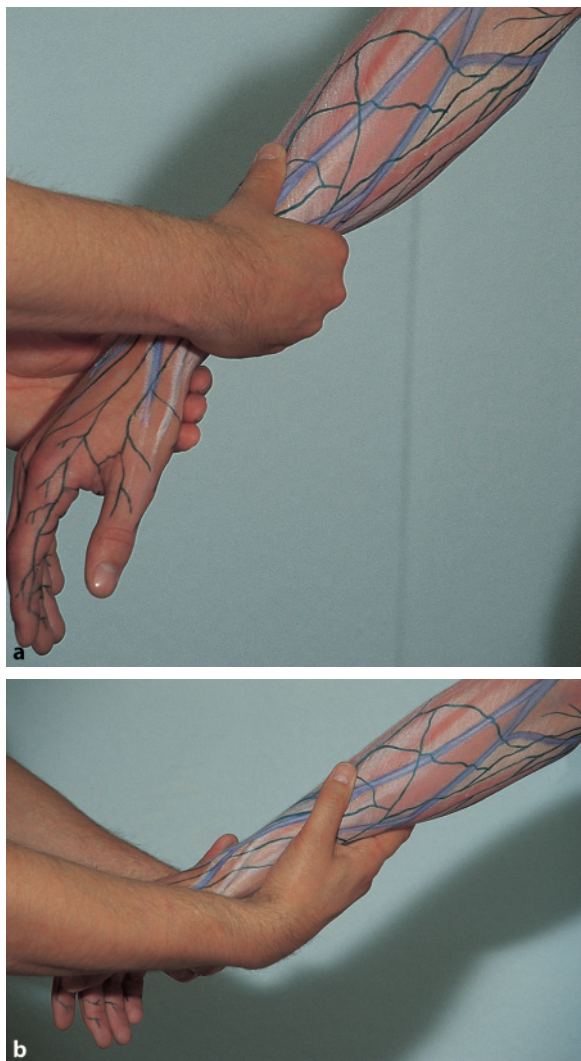
Der wesentliche Unterschied zum Pumpgriff besteht darin, dass der Druckablauf zu einer diagonal zur Extremitätenachse gerichteten Hautverformung führt, während dies beim Pumpgriff ausschließlich in Längsrichtung geschieht.

Die Ausgangsstellung entspricht zunächst der beim Pumpgriff. Auch hier liegt lediglich der »Schwimmhaut-Bereich« zwischen Daumen und Zeigefinger auf dem Körper auf, wobei sich das Handgelenk zunächst in Ulnarabduktion befindet. Die langen Finger befinden sich mit Ausnahme der Grundgelenke in Streckstellung, während der Daumen in Oppositionsstellung steht.

Im Gegensatz zum Pumpgriff erfolgt während des Übergangs aus der Nullphase in die Druckphase auch eine gleichzeitige Supination im Unterarm des Behandelers, sodass die hauptsächlich Haut-/Unterhautverformung auf der von ihm abgewandten Extremitätenseite erfolgt ([Abb. 4.5a,b](#)).

Dabei entsteht aufgrund der Veränderung der Stellung der Unterarmknochen zueinander ein rotierender Bewegungsablauf im Handgelenk. Die Druckphase erzeugt durch die Rotationsbewegung im Handgelenk ein spirales bzw. korkenzieherartiges Verschieben der Haut von distal nach proximal.

Der Schöpfgrieff kann einhändig am Unterarm oder beidhändig am Unterschenkel ausgeführt werden ([Abb. 4.53](#)).



**Abb. 4.5a,b.** Einhändiger Schöpfgrieff, beispielhaft am Unterarm. **a** Ausgangsstellung, **b** Endstellung des diagonalen Bewegungsablaufes. Durch die Trans-Paint-Darstellung der Venen und Lymphgefäße ist die verformende Wirkung des Grieffs erkennbar

## Drehgriff

### Hinweis

Der Drehgriff, wie Pump- und Schöpfgrieff ein dynamischer Griff, eignet sich besonders zur Anwendung an großen Körperflächen, also vorwiegend für den **Körperstamm** oder wenn Extremitäten durch Ödem-bildung erheblich an Volumen zugenommen haben.

## 4.2 Grundlagen der Grifftechnik

Der Drehgriff setzt sich aus verschiedenen Bewegungsabläufen zusammen (■ **Abb. 4.6a–c**), wobei auch hier das Handgelenk die dominante Rolle spielt. Aus der Ausgangsstellung mit flach aufliegender Hand erfolgt zunächst ein Heben des Handtellers, was einer Palmarflexion



■ **Abb. 4.6a–c.** Phasen des Drehgriffs. **a** Ausgangsstellung (Nullphase), **b** gesenkter Handteller in Radialabduktionsstellung (Druckphase), **c** Endstellung (eigentliche Drehphase)

entspricht, wobei allerdings die Fingerspitzen Kontakt zur Haut halten. Diese Palmarflexion, verbunden mit einem Gleiten der Finger proximalwärts, stellt die **Nullphase** des Griffablaufes dar. Der Daumen spielt dabei die Rolle des Haltepunktes. Das Senken der Hand als Einleitung der **Druckphase** erfolgt zur ulnaren Seite hin, also im Sinne einer Radialabduktion (wobei die Mittelfingerspitze als Drehpunkt dient). Diese Senkbewegung mit gleichzeitiger Drucksteigerung erfolgt so lange, bis die Hand – jetzt allerdings in radialer Flexionsstellung – wieder flach auf der Körperdecke aufliegt. Durch das Ausrichten der Hand in die Ausgangsstellung zurück (entsprechend der Mittelstellung des Handgelenkes) und durch die gleichzeitige Adduktion des Daumens entsteht eine großflächige kreisförmige Verschiebung des Gewebes in die Richtung, in die die Fingerspitzen zeigen.

Das Vermindern des Aufdrückes und das gleichzeitige Wiederanheben des Handtellers leiten die Nullphase ein und erlauben ein druckloses Fortschreiten zum nächsten Behandlungsabschnitt. Die Arbeitsrichtung beim Drehgriff ist identisch mit der Zeigerichtung der Finger.

Der Drehgriff ist einhändig oder beidhändig parallel bzw. im Wechsel durchführbar (z. B. ■ **Abb. 4.74**).

### Griffvarianten/-kombinationen

Um eine möglichst flächendeckende Behandlung zu gewährleisten, müssen diese vier Grundgriffe in verschiedener Weise variiert bzw. miteinander kombiniert werden.

#### Beispiel

Sehr gängig ist die Anwendung von Pumpgriff und Stehendem Kreis im Wechsel. Bei dieser Kombination führt die distal gelegene Hand den Pumpgriff aus, während die andere Hand proximal davon den Stehenden Kreis im Wechsel anschließt (■ **Abb. 4.7**). Die Bezeichnung für diese Kombination lautet ganz allgemein »Kombinationsgriff« oder auch »Quergriff« bzw. »Pumpen weiterschieben« (■ **Tab. 4.1**).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Grifftechnik der Manuellen Lymphdrainage aus mehr oder weniger exakt runden, klein- oder großflächigen, oberflächlichen oder auch teilweise tiefgehenden Kreisbewegungen besteht. Von der Grifftechnik der sog. »Klassischen Massage«, aus der diese Griffe letztlich entstanden sind, unterscheidet sie sich wesentlich und ist nicht nur mit einer schulischen Ausbildung exakt erlernbar.



■ **Abb. 4.7.** Kombinationsgriff an der Flanke

Darüber, wie es sich mit den »unterschiedlichen Methoden der Lymphdrainage« verhält, gibt der Exkurs Auskunft.

#### Exkurs

##### Gibt es unterschiedliche Methoden der Lymphdrainage?

Die Entwicklung der Manuellen Lymphdrainage brachte es mit sich, dass die ursprünglich vom Ehepaar Vodder entwickelten Griffe z. B. von Asdonk und seinen Mitarbeitern unter klinischen Bedingungen kritisch auf ihre Wirksamkeit hin untersucht wurden. Dies führte immer wieder zu »Modifizierungen« und »Korrekturen«, die nicht immer die Zustimmung von Vodder fanden. So ergab es sich, dass sich Vodder und Asdonk, die bis dahin zusammenarbeiteten,

Anfang der 70er-Jahre im Streit trennten. Während Vodder seine »Original-Handgriffe« verteidigte, entwickelte Asdonk sie unter klinischen Bedingungen und unter Einbeziehung neuerer Erkenntnisse aus Physiologie und Pathologie weiter. Damit war die »Mär« über unterschiedliche Lymphdrainage-Methoden geboren. Als die beiden Herausgeber dieses Buchs Anfang der 80er-Jahre zunächst die 4-wöchige Ausbildung nach der »Original-Methode nach Dr. Vodder« und anschließend die gleiche Ausbildung an den Kliniken von Asdonk absolvierten, stellten sie fest, dass – von Nuancen abgesehen – beide Methoden prinzipiell gleich waren. Lediglich die Nomenklatur und die Interpretation der Einsatzmöglichkeit bei verschiedenen Ödemformen unterschieden sich teilweise voneinander. Als wenig später Földi ein eigenes Lehrinstitut für Manuelle Lymphdrainage gründete und sich im Ostseeheilbad Damp im äußersten Norden Deutschlands das Lehrinstitut anschloss, an dem die beiden Herausgeber tätig sind, schien sich die Methode noch weiter aufzuspalten und damit zu »verwässern«.

Bereits 1988 ging das Referat Manuelle Lymphdrainage/Komplexe Physikalische Entstauungstherapie des bundesdeutschen Berufsverbandes »Verband für Physikalische Therapie (VPT)« dieser Frage in einer Arbeitsgruppe nach und kam zum Ergebnis, dass »bis auf geringfügige Unterschiede bei der Beschreibung des jeweiligen Griffes die gezeigten Grifftechniken einander völlig entsprechen« (Gültig 1988). Zum gleichen Ergebnis kam auch die anlässlich des

■ **Tab. 4.1.** Übersicht über die Nomenklatur der Grundgriffe der Manuellen Lymphdrainage

Lehrinstitut Ostseebad Damp	Asdonk-Schulen	Földi-Schulen	Dr.-Vodder-Schule Walchsee/Tirol
Stehender Kreis	Stehender Kreis	Stehender Kreis	Stehender Kreis
Pumpgriff	Gegensinnige Daumen-Handkreise	PumpgriffP	umpgriff
Schöpfggriff	Gegensinnige Daumen-Handkreise	SchöpfggriffS	chöpfggriff
Drehgriff	Gleichsinnige Daumen-Handkreise	DrehgriffDr	ehgriff
<b>Griffkombination Pumpgriff/Stehender Kreis</b>			
Quergriff bzw. Kombinationsgriff	Quergriff	Pumpen weiterschieben	Pumpen weiterschieben



### 4.3 Charakteristika der Grund- und Sondergriffe

18. Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie im September 1994 in den Räumlichkeiten des Klinikums der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt/Main durchgeführte Konsensuskonferenz. Leiter war der damalige Präsident der Gesellschaft und gleichzeitig Kongress-Präsident PD Dr. H. Rogge, ärztlicher Leiter des Bereiches Lymphologie des Lehrinstituts Damp.

Die **Tab. 4.1** soll zeigen, dass die manchmal herrschende Unsicherheit, ob man die Manuelle Lymphdrainage denn auch »an der richtigen Schule« gelernt und ob man nicht wichtige Griffe versäumt habe, unbegründet ist.

Es ist natürlich an der Tagesordnung, dass in größeren Teams Therapeuten zusammenarbeiten, die sich an unterschiedlichen Lehrstätten dieser Weiterbildung unterzogen haben. Wir hoffen, mit dieser »Offenlegung« dazu beizutragen, dass unterschiedliche Griffebezeichnungen und in geringen Teilen auch unterschiedliche Ausführungen kein Qualitätskriterium für eine bessere oder schlechtere Therapie sind, sondern lediglich die konsequente Beachtung der notwendigen Behandlungscharakteristika über den Erfolg entscheidet.

### 4.3 Charakteristika der Grund- und Sondergriffe

Im Laufe der Entwicklung der Manuellen Lymphdrainage und durch die Erfahrungen, die in der üblicherweise 4-wöchigen Weiterbildungszeit gesammelt wurden, hat es sich ergeben, dass die verschiedenen Griffmöglichkeiten der Übersichtlichkeit wegen in

- Grundgriffe,
  - Sondergriffe bzw. Ergänzungsgriffe und
  - spezielle Lymphödemgriffe
- gegliedert werden.

Während Grundgriffe und Sondergriffe nahezu den gleichen Kriterien der Ausführung unterliegen, stellen die speziellen Lymphödemgriffe eine besondere Variante dar (► Kap. 4.1.8).

Zur Charakterisierung der Besonderheiten der Griffe der Manuellen Lymphdrainage ist es nötig, die in ► Kap. 4.1.2 genannten Kriterien näher zu betrachten. Dabei handelt es sich um folgende besondere Merkmale:

- Druckstärke,
- Kreisförmigkeit,
- Frequenz der Griffe:
  - Dauer des einzelnen Griffs,
  - Wiederholungsfrequenz und
- Behandlungs- bzw. Griffaufbaufolgen.

#### 4.3.1 Druckstärke

Die Druckstärke bleibt deutlich unter der Grenze, ab der eine lokale Stoffwechselsteigerung her vorgerufen würde. Als subjektive Merkmale für diese Grenze sind Schmerz und Hautrötung zu nennen.

Die Manuelle Lymphdrainage ist eine Gewebsmanipulation, die vom Prinzip her lediglich auf Abstromförderung ausgerichtet ist, ohne dass eine gleichzeitige reaktive Hyperämie her vorgerufen wird. Dies schließt jedoch nicht aus, dass sie bei bestimmten Beschwerdesituationen, wie z. B. bei der Behandlung von Verletzungsrückständen, mit physikalischen Maßnahmen kombiniert wird, die ihrerseits eine lokale Gewebsmehrdurchblutung zum Ziel haben. Dies hat dann den Sinn, auf diesem Wege zunächst für eine Flüssigkeitserhöhung des betroffenen Gewebsareals zu sorgen. Damit wird eine bessere Lösung von Rückständen erreicht. Die »Rückstände« lassen sich dann mit der Manuellen Lymphdrainage »ausschwemmen« (s. Bd. 2, ► Kap. 49–49).

Neben der geringen Druckstärke spielt natürlich auch die niedrige Griffefrequenz eine Rolle bei der Vermeidung von stoffwechselsteigernden Reizen, da durch langsames Arbeiten keine abrupten Dehnreize entstehen.

#### 4.3.2 Kreisförmigkeit

Die Kreisförmigkeit der Griffe (**Abb. 4.2a,b**) hat das Ziel, das zu behandelnde Gewebeareal in einer fließenden Bewegung sowohl quer als auch längs zur Faser- und Gefäßrichtung zu dehnen. Werden die geringe Druckstärke und der Grundsatz beachtet, dass die maximale Druckstärke »einschleichend« und die anschließende Nullphase »ausschleichend« erreicht wird, üben kreisförmige Griffe offensichtlich den adäquaten Reiz auf funktionsfähige Lymphgefäße aus. Dadurch, dass die kreisförmige Gewebsverformung je weils durch eine Nullphase unterbrochen wird, lässt sich die Flüssigkeit im Gewebe in die gewünschte Richtung verschieben. Diese Transport- oder Arbeits-

richtung von interstitieller Flüssigkeit wird unter Abwägung therapeutischer Gesichtspunkte festgelegt. In gesunden Körpergebieten, die für den Behandlungsaufbau gebraucht werden, richtet sich die Transportrichtung nach der Lage der nächstgelegenen Lymphknotenansammlung. Im Falle von Lymphödemen, vor allem nach ärztlich notwendiger Exstirpation von Lymphknoten, kann sich diese Transportrichtung nach anderen Kriterien richten.

### 4.3.3 Frequenz der Griffe

Die Dauer des einzelnen Griffs liegt etwa bei 1–2 Sekunden. Darauf folgt eine etwa ebenso lange Pause. Damit ergibt sich im Vergleich zu vielen anderen Massagearten die typisch niedrige Griffefrequenz. Bei extremen Schwellungen kann sie sich sogar noch wesentlich weiter verringern.

Erklären lässt sich die niedrige Frequenz mit der relativen Trägheit der Lymphgefäße selbst – 8–10 Angionkontraktionen pro Minute in Ruhe (Földi u. Kubik 1993) – sowie mit der Beschaffenheit des Gewebes und der Trägheit der interstitiellen Flüssigkeit. Ein weiterer Grund ist die dadurch erreichte Vermeidung stoffwechselsteigernder Scherkräfte.

Die Wiederholungsfrequenz richtet sich danach, ob direkt auf Lymphknotengruppen gearbeitet wird oder im Verlauf von Lymphkollektoren.

Auf Lymphknotengruppen wird mittels der Technik »Stehender Kreis« etwa im 5er-Rhythmus gearbeitet, da hier aufgrund der »Architektur« des Lymphknotens und der physiologischen Abläufe im Inneren des Lymphknotens nur bei mehrmaliger Wiederholung eine erhöhte Durchflussrate zu erwarten ist.

Alle anderen Griffe werden ebenfalls etwa 2- bis 3-mal in ihrem Ablauf wiederholt, da biologische Strukturen meist nur unzureichend oder überhaupt nicht auf einen einmaligen Reiz antworten. Die Wiederholungshäufigkeit kann im Falle einer Griffausführung im Ödemgebiet noch wesentlich höher liegen.

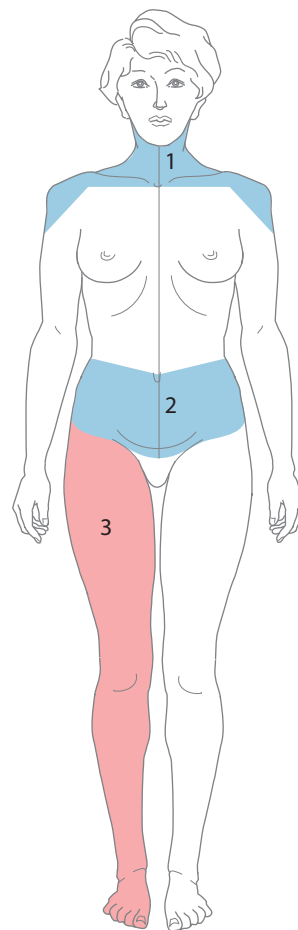
#### Hinweis

Eine Entstauungstherapie mit Manueller Lymphdrainage ist zwangsläufig zeitaufwändig. Daher müssen meist mehr als 30 Minuten pro Sitzung eingeplant werden.

### Aufbau der Behandlung bzw. der Grifffolgen

Der Behandlungsaufbau beinhaltet nahezu immer mehrere Körpergebiete, die in einem Lymphgefäßanatomischen Bezug zueinander stehen (■ Abb. 4.8).

Prinzipiell ist dies so zu verstehen, dass zunächst die Körpergebiete (im Schema die blauen Körperregionen) behandelt werden, die intakt sind und zentral liegen, wie z. B. die Umgebung der Lymphgefäßmündungen in das venöse System unter der oberen Schlüsselbeingrube. Erst dann wird die eigentliche Ödemregion (im Schema die rote Körperregion) behandelt. Wie viele Körpergebiete und vor allem welche in welcher Reihenfolge zu behandeln sind, ist vom Ausmaß der Ödematisierung und der anatomischen Lage der zu behandelnden Region abhängig.



■ Abb. 4.8. Reihenfolge der Behandlungsgebiete bei einer Bein- und Oberschenkel-Ödematisierung

**Hinweis**

Der Griffablauf beginnt immer mit der Behandlung der proximal gelegenen Lymphknotengruppen.

Dies bedeutet, dass z. B. an den Extremitäten immer zunächst proximal an der Extremitätenwurzel begonnen wird, bevor in einem Abstand dazu von distal auf diese Lymphknotengruppe hingearbeitet wird.

Am Bein (Abb. 4.9) werden also zunächst die Lymphknoten der Leistenregion mit stehenden Kreisen behandelt, bevor über den Oberschenkel hinweg auf diese Lymphknoten zugearbeitet wird. Analog dazu wird vor der Griffausführung am Unterschenkel am Knie behandelt und so weiter.

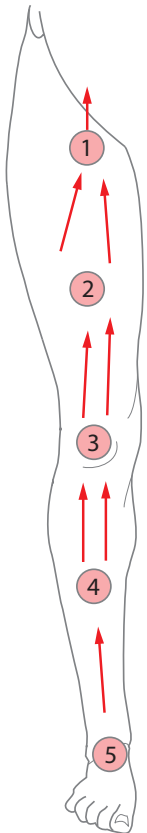


Abb. 4.9. Entstauungsabschnitte am Bein

## 4.4 Wirkungsweise der Manuellen Lymphdrainage

Die Entwicklung der Therapieform »Manuelle Lymphdrainage« in den 60er- und 70er-Jahren brachte es mit sich, dass sich – vor allem durch Asdonk initiiert – Anatomen und Physiologen mit der Fragestellung beschäftigten, wie die klinisch zu beobachtenden **Wirkungen** dieser sanften Massagetechnik, d. h.

- die entödematisierende Wirkung,
- die Wirkung auf das Nervensystem im Sinne eines schmerzmindernden und »vagotonisierenden« Effektes,
- die Wirkung auf glatte und quer gestreifte Muskulatur und
- die Wirkung auf das Immunsystem zu erklären seien.

Einige Fragen konnten weitgehend befriedigend geklärt werden; der Einfluss auf das **Immunsystem** allerdings harrt bis zum heutigen Tage einer schlüssigen und fundierten Beweisführung.

### 4.4.1 Entödematisierende Wirkung/ Förderung der Gewebsdrainage

Unbestritten ist die positive Wirkung der Lymphdrainage auf die Lymphangiomotorik und auf den Transport der Gewebsflüssigkeiten. Mislin konnte bereits 1961 nachweisen, dass Lymphgefäße in Gewebepräparaten auf Verformungsreize hin mit Angionkontraktionen antworten. Hutzschenreuter zeigte 1986 erstmals durch »In-vivo-Versuche«, dass die physiologische Lymphangiomotorik durch Massagehandgriffe beeinflussbar ist. Er kommt zum Schluss, dass die »Vodderschen Handgriffe« offenbar den adäquaten Dehnreiz zur nachhaltigen Steigerung der Lymphgefäßtätigkeit darstellen – auch über den Zeitraum der direkten manuellen Einwirkung hinaus!

Damit wurden die klinischen Beobachtungen von Asdonk belegt, dass die Wirkung der Lymphdrainagegriffe zu einer Automatie der Gefäßmotorik führt und, wie er im ärztlichen Unterricht an seinem Lehrinstitut immer mitteilte, »noch Stunden über die Lymphdrainagebehandlung hinaus« anhält.

Man geht heute davon aus, dass die Gewebsdrainage durch die Griffe der Manuellen Lymphdrainage auf folgenden Faktoren beruht: