

Die manuelle Lymphdrainage (MLD) ist eine sehr sanfte, spezielle Grifftechnik. Sie soll die Transportleistung der Lymphgefäße anregen, Gewebsflüssigkeit in noch funktionsfähige Abflussgebiete verschieben und Spannungs- sowie Schmerzgefühle lindern. Sie ist kein klassisches Massageverfahren und kein „Detox“-Angebot – sondern ein medizinisches Heilmittel, in der Regel im Rahmen der komplexen physikalischen Entstauungstherapie (KPE).

Wie wirkt die Technik – und was bewirkt sie nicht?

Mit sehr leichtem Druck werden Haut und Unterhaut rhythmisch verschoben (stehende Kreise, Pump- und Schöpfgriffe). Dadurch öffnen sich initiale Lymphgefäße, die Lymphangiomotorik (eigene Pumpfunktion der Lymphgefäße) wird angeregt und vorhandene Umgehungswege (Kollateralen) können genutzt werden. Zusätzlich wirkt die Technik oft vegetativ beruhigend (parasympathisch) und kann über Mechanorezeptoren die Schmerzwahrnehmung modulieren.

Die MLD ersetzt weder Kompression noch Bewegung. Sie entfernt kein Fettgewebe, „entgiftet“ nicht Leber oder Nieren und stärkt das Immunsystem nicht im Sinne einer Wellness-Kur. Sinnvoll ist sie dort, wo ein gestörter Lymphabfluss, ein Ödem oder ein schmerzhaftes Spannungsgefühl die Beschwerden erklärt.

Die KPE: warum die MLD fast immer Teil eines Gesamtkonzepts ist

Die komplexe physikalische Entstauungstherapie besteht aus mehreren Säulen, die erst zusammen nachhaltig wirken: manuelle Lymphdrainage, Kompression (Verband oder maßgefertigte Strümpfe), Bewegung in Kompression, Hautpflege und Schulung zum Selbstmanagement. In der Entstauungsphase (Phase I) wird intensiv, oft täglich behandelt. In der Erhaltungsphase (Phase II) wird das Ergebnis mit geringerer Frequenz und dauerhafter Kompression gesichert. Die Kompression gilt in den meisten Studien als der wirksamste einzelne Baustein für die Volumenkontrolle.

Indikationen – wann kann die MLD sinnvoll sein?

Die Verordnung erfolgt ärztlich und individuell. Typische Einsatzfelder:

Nach Tumoroperationen und Bestrahlung

- Sekundäres Lymphödem nach Entfernung von Lymphknoten oder nach Radiatio (Brust, Prostata, gynäkologische Tumoren, Kopf-Hals, Melanom u. a.)
- Früh postoperativ zur Unterstützung von Beweglichkeit, Narbenregion und Spannungsgefühl – immer nach Freigabe des Operateurs
- Nicht bei unbehandeltem aktivem Tumor ohne interdisziplinäre Abstimmung

Vor und nach größeren Eingriffen

- Individuell vor geplanten Operationen, wenn bereits Schwellungsneigung oder eine lymphatische Vorbelastung besteht
- Nach Gelenk-, Unfall- oder plastischen Eingriffen, wenn ein Ödem Mobilisation oder Wundheilung behindert
- Routine vor Knie-TEP ist durch aktuelle Studien nicht belegt; der Einsatz wird fallweise entschieden

Palliativmedizin

- Linderung von Spannungsgefühl, Schmerz und Atemnot durch stammnahe Schwellungen
- Ziel ist Lebensqualität, nicht Heilung des Grundleidens. Die Griffe werden an Kraft und Belastbarkeit angepasst

Weitere klassische Einsatzgebiete

- Primäres und sekundäres Lymphödem
- Lipödem und Lipolymphödem (eigener Informationsfolder)
- Phlebolymphödem / chronisch-venöse Insuffizienz mit lymphatischer Komponente

Nutzen – was Betroffene häufig erleben

- Rückgang von Schwellung, Schwere- und Spannungsgefühl, sofern ein lymphostatisches Ödem vorliegt
- Schmerzlinderung und bessere Beweglichkeit, wenn das Ödem Gelenke, Narben oder die Hautspannung beeinträchtigt
- Unterstützung der Rehabilitation nach Operationen, wenn Schwellungen das Üben und die Wundheilung hemmen
- In der Palliativversorgung: spürbare Erleichterung bei stammnahen Ödemen, Schmerz und Atemnot
- Entspannung und oft bessere Schlafqualität durch die ruhige, rhythmische Behandlung
- Im Gesamtkonzept der KPE: Beitrag zur Hautintegrität und zur Verringerung der Entzündungsneigung (z. B. Erysipelrisiko)

Effektivität – was die Studien- und Leitlinienlage hergibt

Die MLD ist seit Jahrzehnten Bestandteil der KPE. Der Zusatznutzen über Kompression und Bewegung hinaus ist je nach Diagnose unterschiedlich gut belegt. Das ist kein Argument gegen die Therapie – aber ein Argument für ehrliche Ziele.

- Lymphödem nach Brustkrebs: Systematische Übersichten sind widersprüchlich. Manche Studien finden Vorteile bei Volumen, Schmerz oder Lebensqualität – besonders bei leichter Ausprägung oder früher Anwendung. Andere finden keinen sicheren Zusatznutzen gegenüber Kompression und Bewegung allein.
- Prävention nach Axilladisektion: Hinweise auf weniger Lymphödeme vor allem bei frühem Beginn in den ersten postoperativen Wochen. Spätere, längere Programme ohne frühen Start zeigten keinen klaren Effekt. Leitlinien bewerten die Primärprävention daher zurückhaltend.
- Vor/nach Gelenkersatz (z. B. Knie-TEP): Aktuelle randomisierte Studien und Metaanalysen finden keinen überzeugenden Effekt auf Schwellung, Schmerz oder Beweglichkeit in der frühen Phase.
- Palliativ: Beobachtungsdaten zeigen häufig klinisch relevante Linderung von Schmerz und Atemnot durch stammnahe Entstauung.
- Onkologische Sicherheit: Vorliegende Auswertungen ergeben kein signifikant erhöhtes Rezidiv- oder Metastasierungsrisiko durch fachgerechte MLD nach abgeschlossener Primärtherapie. Bei aktivem Tumor, Lymphangiosis carcinomatosa oder unklarer Situation entscheidet das Behandlungsteam.
- Lipödem: Die S2k-Leitlinie 2024 sieht die MLD nicht als Mittel zur Fettreduktion, sondern – ergänzend zur Kompression – zur Schmerzmodulation (siehe Folder Lipödem).

Wann darf nicht behandelt werden?

Absolute Kontraindikationen (Auswahl): dekomensierte Herzinsuffizienz, akute tiefe Beinvenenthrombose, akute bakterielle Infekte (z. B. Erysipel), unbehandelte fieberhafte Entzündungen. Relative bzw. individuelle Abklärung: Niereninsuffizienz, Hypotonie, Schilddrüsenüberfunktion bei Halsbehandlung, Schwangerschaft, frische Operationswunden, aktiver Tumor. Die Therapie erfolgt ausschließlich durch speziell weitergebildete Fachkräfte.

Verordnung und Kosten

In Deutschland ist die MLD ein verordnungsfähiges Heilmittel. Bei Lymphabflussstörungen kann sie vom Arzt auf Rezept verordnet werden; die gesetzliche Krankenkasse übernimmt die Kosten abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung. Anzahl und Frequenz richten sich nach Diagnose, Stadium und Heilmittelkatalog. Bei langfristigem Bedarf (z. B. höhergradiges Lymphödem) sind erweiterte Verordnungen möglich. Beim Lipödem hängt die Verordnungsfähigkeit von der ärztlichen Begründung ab – insbesondere wenn Schmerzen trotz Kompression fortbestehen oder ein Lipolymphödem vorliegt.

Realistische Ziele

Weniger Spannung, bessere Beweglichkeit, erträglichere Schmerzen – nicht „schlanke Beine über Nacht“ und nicht Entgiftung.

Was Sie mitbringen

Arztbrief, OP- oder Tumorbericht, aktuelle Kompressionsversorgung und – falls vorhanden – Umfangmaße oder Fotos.

Nächster Schritt

Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt. Eine zertifizierte Praxis stimmt den Plan mit Ihnen und dem Behandlungsteam ab.