

# Krankheitsspektrum des Lipödems an einer Lymphologischen Fachklinik – Erscheinungsformen, Mischbilder und Behandlungsmöglichkeiten

U. Hertz, Feldbergklinik Dr. Asdonk GmbH, St. Blasien



U. Hertz

## Zusammenfassung

Von 933 Patienten, welche von 5/1995 bis 3/1996 in der Feldbergklinik Dr. Asdonk in St. Blasien (Fachklinik für Lymphologie und Ödemkrankheiten) aufgenommen wurden, bestand bei 144 Patienten (15,4 %) ein Lipödem. Bei 140 Patienten waren die Beine betroffen, wovon 45 Patienten zusätzlich noch Lipödeme auch der Arme hatten. Bei vier Patienten bestanden alleinige Lipödeme der Arme. Bei 19 Patienten (2 %) bestand ein zusätzliches Phlebödem der Beine, so daß die Diagnose Phleb-Lipödem lautete, wobei das Phlebödem in 18 Fällen beide Beine betraf und in einem Fall nur einseitig auftrat. Bei zehn Patienten (1,1 %) bestand ein zusätzliches Lymphödem, so daß die Diagnose Lip-Lymphödem gestellt wurde. Die Kombination Lip-Lymph-Phlebödem konnte bei acht Patienten (0,9 %) diagnostiziert werden.

**Schlüsselwörter:** Lipödem, Lipohypertrophie, physikalische Ödemtherapie

**vasomed:** 9 (1997) 301 – 307

## Summary

15 % of the patients of a special clinic for lymphological diseases had a lipedema. In 97 % it was located in the legs and in 31 % also in the arms. In 66 % it was located only in the legs and in 3 % only in the arms. Combinations of lipedema of the leg with phlebedemas have been seen in 2 % and with a lymphedema in 1 %. The differential diagnosis to lipohypertrophy, adiposis and lymphedema is given. The therapy with liposuction and physical therapy of edema, combination of manual lymphatic drainage and compression, will be discussed.

**Key Words:** Lipedema, lipohypertrophy, manual lymphatic drainage.

**vasomed:** 9 (1997) 301 – 307

## Résumé

Parmi les 933 patients qui ont été hospitalisés dans la clinique du Feldberg à St. Blasien, (clinique spécialisée dans la lymphologie et les oedèmes) 144 (15,4 %) présentaient un lipoedème. Les membres inférieurs de 140 patients étaient touchés, dont 45 avaient en plus des lipoedèmes des bras. 4 patients avaient uniquement des lipoedèmes des bras. Chez 19 patients (2 %) on constatait un phléboedème supplémentaire des membres inférieurs, de sorte que le diagnostic de phlébo-lymphoedème était bilatéral chez 18 patients, unilatéral chez un lymphoedème, avec le diagnostic des lip-lymphoedème, avec le diagnostic de l'association lip-lymph-phleboedème a été posé chez 8 patients (0,9 %).

**Mots-clés:** procédés chirurgicaux, diagnostics erronés, facteur de risque

**vasomed:** 9 (1997) 301 – 307

Der Ausdruck »Lipödem« stammt von Allen und Hines und wurde von ihnen 1940 geprägt (1). Sie verstanden darunter eine verstärkte Wassereinlagerung in Fettgewebe. Von vielen Ärzten wird allerdings auch heute noch das Vorhandensein eines Lipödems bestritten, was deswegen nicht verwunderlich ist, da sogar oftmals lymphologisch erfahre-

ne Ärzte Lipödeme, Lipodystrophie, Adipositas und Lymphödeme verwechseln.

Zum Verständnis des Lipödems möchte ich zuerst die unterschiedlichen Formen der Fettgewebsvermehrung erläutern, wie aus Tab. 1 ersichtlich.

Es gibt unsymmetrisch und symmetrisch auftretende Fettgewebsvermehrungen (4, 8, 14).

## Unsymmetrische Fettgewebsvermehrung

Die unsymmetrische Fettgewebsvermehrungen sind die Lipome, welche einzeln oder gehäuft auftreten können, wobei es sich meist um rundliche weiche, gutartige Fettgewebstumoren handelt. Treten sie an mehre-

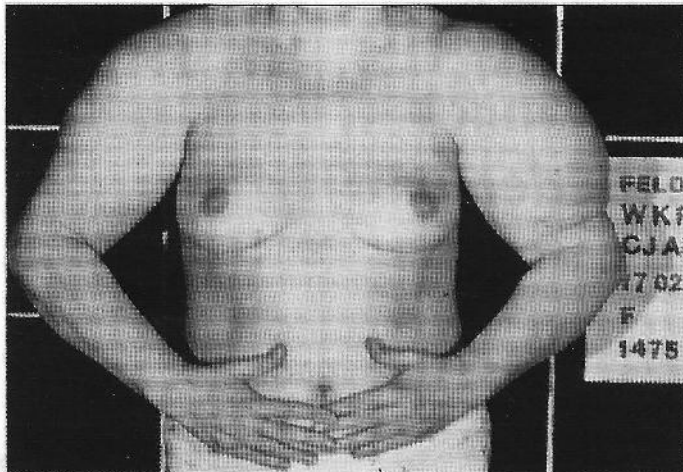


Abb. 1: Multiple Lipome beider Oberarme einer 39jährigen Patientin

ren Stellen auf, heißen sie multiple Lipome. Ausgedehnte Lipome oder konfluierende multiple Lipome werden eine Lipomatosis (Abb. 1) genannt. Eine Sonderform der Lipomatosis ist der Madelungsche Fetthals der Männer, welcher Schultern und Oberarme miterfassen kann (4, 8). Grundsätzlich bedürfen Lipome nur dann einer operativen Therapie, wenn sie aus psychologischen Gründen oder wegen mechanischer Behinderung entfernt werden müssen. Aus einem Lipom oder einer Lipomatosis entsteht niemals ein Lipödem.

### Symmetrische Fettgewebsvermehrung

Von den symmetrischen Fettgewebsvermehrungen ist die Adipositas die

häufigste, wobei es sich um eine generalisierte Fettgewebsvermehrung des Körpers besonders des Rumpfes, aber auch der Beine und Arme handelt. Die Adipositas ist entweder durch Veranlagung, durch Überernährung oder beides bedingt und kann nur durch eine konsequente Kostreduktion gebessert werden. Das Fettgewebe bei der Adipositas ist weich und zeigt keine objektive Beschwerdesymptomatik. Die Betroffenen leiden im wesentlichen psychisch unter der entstellenden Körperform oder durch die Komplikationen des Übergewichtes. Bei einem Teil der Adipösen bestehen an den Unterschenkeln Phlebödeme infolge sekundärer Varikosis.

Adipositas, Lipome und Lipomatosis befallen Männer und Frauen gleichermaßen.

### Lipohypertrophie

Eine Sonderform der Fettgewebsvermehrung ist die Lipohypertrophie (7), die praktisch nur Frauen betrifft und bei der es sich um eine anlagebedingte Fett-

gewebsvermehrung der Extremitäten handelt, welche beim Beinbefall auch das Gesäß mit einschließen kann. Charakteristisch ist dabei, daß die Verdickungen der Beine und Arme immer erheblich stärker ausgeprägt sind als die Fettgewebsvermehrungen am Rumpf, daß also eine deutliche Disproportion zwischen den Verdickungen der Beine und der Arme gegenüber dem Rumpf besteht.

Diese Lipohypertrophie betrifft nur ganz selten Männer und zwar in Fällen von schwerem Androgenmangel, wie z. B. nach beidseitiger Hodenentfernung.

Die Lipohypertrophie manifestiert sich frühestens in der Pubertät, meist aber erst um das 30.-40. Lebensjahr. Die reine Form der Lipohypertrophie ohne zusätzliche Adipositas des Rumpfes beobachten wir bei etwa 20 % unserer übergewichtigen Patienten.

Erwähnenswert ist, daß von einigen Autoren diese Lipohypertrophie als Lipodystrophie bezeichnet wird, was jedoch sprachlich falsch ist, da eine Dystrophie grundsätzlich ein Mangelsyndrom (14) in der Medizin darstellt. Der Ausdruck Lipodystrophie ist außerdem bereits für den Fettgewebsschwund bei Diabetikern mit Insulintherapie im Bereich der Injektionsstellen reserviert. Aus diesem Grunde habe ich den Ausdruck Lipohypertrophie geprägt, der unmißverständlich eine Vermehrung des Fettgewebes beinhaltet. Morphologisch handelt es sich zwar um eine Hyperplasie des Fettgewebes (also Vermehrung der Fettzellenanzahl), aber ich meine, daß der Ausdruck Lipohypertrophie günstiger ist, da er die Vergrößerung des Fettgewebes insgesamt beinhaltet und auch sprachlich besser das Gegenteil zur Lipodystrophie darstellt.

Die Lipohypertrophie tritt in verschiedenen Formvarianten auf (Abb. 2), wobei an den Beinen entweder nur die Oberschenkel betroffen sind oder die Fettgewebsvermehrung bis

Tab. 1: Einteilung der Fettgewebsvermehrung

• Lipom	= gutartige Fettgewebsgeschwulst	]— unsymmetrisches Auftreten
• Lipomatosis	= multiple Lipome	
• Adipositas	= weiche, generalisierte Fettgewebsvermehrung des ganzen Körpers, bevorzugt am Rumpf	]— symmetrisch
• Lipohypertrophie	= anlagebedingte Fettgewebsvermehrung der Extremitäten	
• Lipödem	= ödematisiertes Fettgewebe bei Lipohypertrophie	

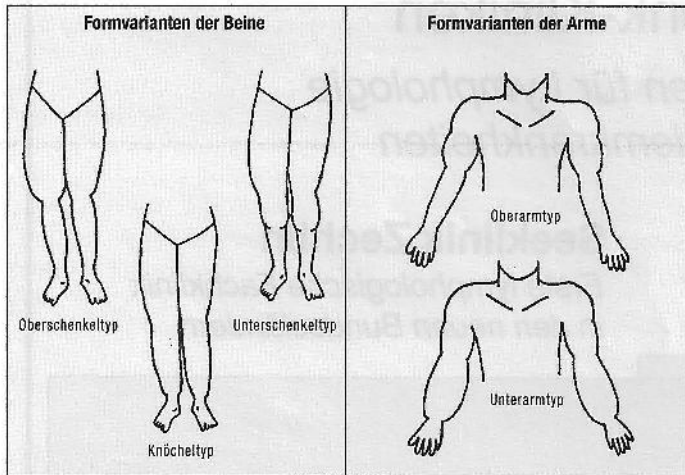


Abb. 2: Lipohypertrophie-Formvarianten der Beine und Arme

**Therapie-  
möglichkeiten**

Durch diätetische Maßnahmen ist nur eine Verbesserung der Fettgewebsverdickungen zu erwarten, wenn zusätzlich eine Adipositas besteht, was an der Dicke des Rumpffettgewebes erkennbar ist. Bei den Patienten, bei denen der Rumpf sehr

dystrophia paradoxa oder progressiva« (12) identisch.

Therapeutisch haben sich Fettgewebsreduktionsoperationen nach meiner Erfahrung nicht bewährt, zumal bei einem Teil der betroffenen Patienten durch Zerstörung von Lymphbahnen sekundäre Lymphödeme zusätzlich erzeugt wurden. Die einzige erfolgversprechende Therapie, um diese Extremitätenfettgewebsvermehrungen zu reduzieren, ist die Liposuktion. Wichtig ist auch die an einer Lipohypertrophie mit zusätzlicher Adipositas leidenden Patienten zu motivieren, eine Reduktionskost durchzuführen, denn durch die zusätzliche Adipositas werden auch die Umfangsmaße der Lipohypertrophieextremitäten zusätzlich verschlechtert.

Manuelle Lymphdrainagetherapie ist bei der reinen Lipohypertrophie nicht indiziert, da die Patienten objektiv keine Beschwerden haben und somit auch keine Verbesserung erreichbar sein kann. Die Lipohypertrophie wird allerdings häufig mit dem Lipödem verwechselt und entsprechend mit manu-

zur Mitte der Unterschenkel oder im ausgedehntesten und häufigsten Fall bis zu den Knöcheln reichen (Abb. 3). In allen Fällen kann das Gesäß zusätzlich mit verdickt sein (Abb. 4). Fast ausschließlich sind die Füße und Zehen verdickungs- oder ödemfrei. An den Armen finden wir entweder symmetrische Verdickungen der Oberarme (Abb. 5) oder aber der gesamten Arme, wobei diese Verdickungen im Bereich der Handgelenke enden, so daß die Hände und Finger wie die Füße ebenfalls fast immer verdickungs- und ödemfrei sind. Eine seltene Variante ist die »zentrale Lipohypertrophie«, wobei die Patienten lediglich verdickte Oberschenkel und Oberarme haben. An den Beinen tritt manchmal als Variante die »Reithosenadipositas« auf, bei der sich nur im Bereich der proximalen Oberschenkel die Fettgewebsvermehrung zeigt, welche fälschlich auch Cellulitis oder Zellulite genannt wird. Bei ausgeprägter Gesäßlipohypertrophie spricht man auch von einem »Hottentottensterz«.

Objektive Beschwerdesymptome bestehen bei der Lipohypertrophie nicht, jedoch leiden die Betroffenen verständlicherweise psychisch oft sehr unter den dicken Beinen oder Armen.

schlank ist und somit keinerlei echte Adipositas besteht, wird auch durch strengste Diät keine weitere Reduktion der Lipohypertrophie erreicht werden können. Diese würden eher den Hungertod sterben, als daß die Beine oder Arme erheblich dünner würden. Diese Formvariante ist mit der sog. »Lipo-

Abb. 3: Mäßige Lipohypertrophie vom Knöcheltyp einer 23jährigen Patientin

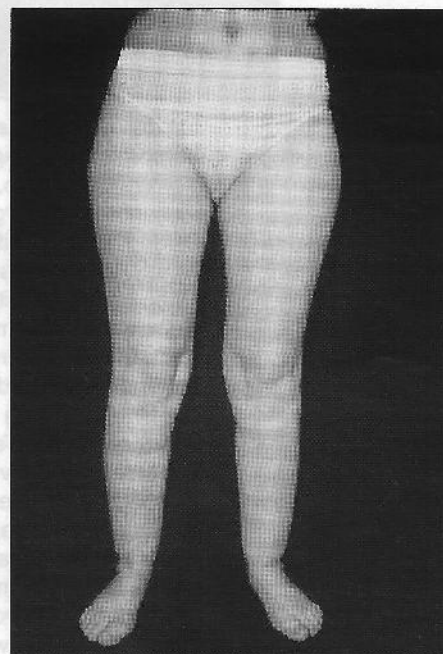
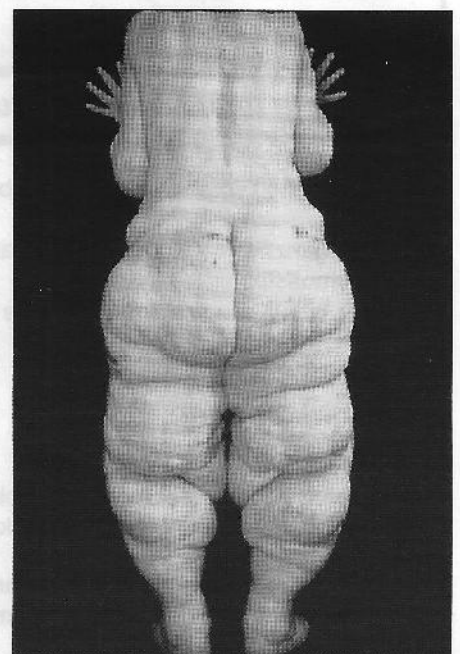


Abb. 4: Gigantische Lipohypertrophie der Beine und des Gesäßes bei einer 64jährigen Patientin



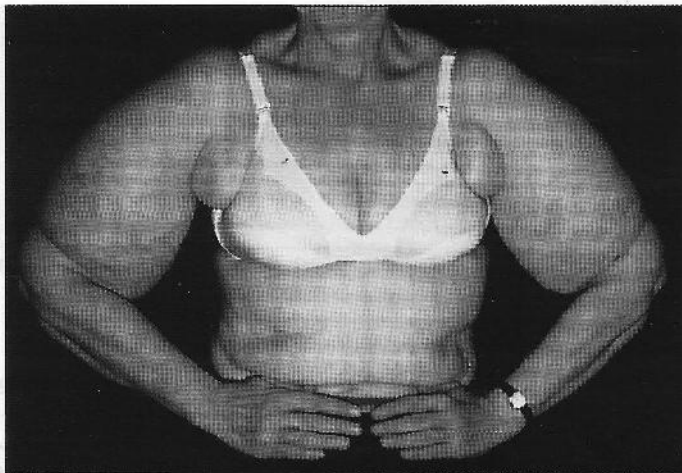


Abb. 5: Gigantische Lipohypertrophie der Oberarme bei einer 44jährigen Patientin

eller Lymphdrainage behandelt. Dieses muß zu Enttäuschungen bei Arzt, Patient sowie Physiotherapeut führen, da außer einer geringen Umfangsabnahme keine Verbesserung erzielbar ist. Außerdem führt es zu unnötigen Kosten für die Krankenkassen, was nicht zu akzeptieren ist. Umstritten ist auch die Anwendung von Kompressionsbestrumpungen in Form von Strumpfhosen, da es keine Beweise dafür gibt, daß durch diese Kompressionsbestrumpung tatsächlich ein Schwund der Fettmassen erzielt werden kann. Dennoch wird man als Arzt manchmal eine solche Kompressionsbestrumpung verschreiben müssen, da diese für die Patienten die einzige Hoffnung ist, ihr oft entstellendes Äußeres zu verbessern.

### Lipödem

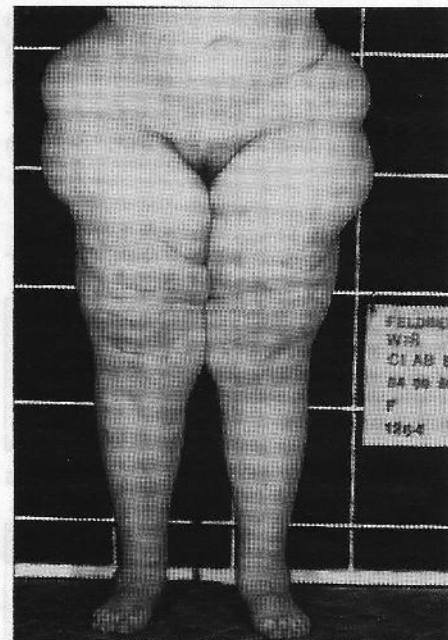
Aus der Lipohypertrophie entwickelt sich bei einem Teil der Betroffenen irgendwann das echte Lipödem, welches durch eine geringe lymphostatische Ödematisierung des hyperplastischen Fettgewebes erklärbar ist (1, 5, 7, 9). Diese mechanische Komprimierung der kleinen subkutanen Lymphgefäße durch die Fettgewebmassen führt zu korkenzieherartigen Deformationen der Lymphgefäße, sichtbar in der Lym-

phographie (2, 3, 6). Sobald diese Ödematisierung auftritt, bekommt der betroffene Patient die typischen Krankheits-symptome des Lipödems, nämlich Schwere- und Spannungsgefühl der betroffenen Extremitäten sowie objektiv eine Prallheit des Gewebes mit starker Druck- und Berührungsempfindlichkeit (Abb. 6).

Ein typischer Verlauf ist, daß eine betroffene Patientin beispielsweise seit 20 Jahren eine Lipohypertrophie der Beine hat, welche nach 10jährigem Bestehen der Verdickungen erst zu den typischen Lipödembeschwerden führt. Für das Lipödem der Beine ist besonders charakteristisch eine Druckempfindlichkeit im Bereich der Knieinnenseiten, im Bereich der Fettgewebssäcke unterhalb der Knie und direkt oberhalb der Knöchel. An den Armen ist meist eine Druckempfindlichkeit der Oberarmhängelalten und der Fettgewebverdickungen direkt oberhalb der Handgelenke festzustellen. Erst in dem Moment, wenn diese typischen Lipödembeschwerden auftreten und damit das Lipödem manifest ist, ist auch die physikalische Ödemtherapie nach Asdonk (von anderen später auch komplexe physikalische Entstauung = (KPE) genannt) indiziert, welche aus den Komponenten manuelle Lymphdrainagetherapie und Kompressionsbehandlung besteht. Daß bei einem Lipödem tatsächlich eine Ödematisierung besteht, kann auch daraus ersehen werden, daß durch eine solche physikalische Ödemtherapie unter stationären Bedingungen je Bein etwa 1200 ml Ödemwasser herausdrainiert werden können, wogegen bei einer vom Volumen vergleichbaren Lipohypertrophie

ohne Beschwerdesymptomatik allenfalls eine Volumenabnahme von circa 500 ml zu erzielen ist. Dabei muß natürlich berücksichtigt werden, daß die Volumenreduktion der Beine mit der Gewichtsabnahme identisch sein muß, da durch eine höhere Gewichtsabnahme eine Pseudoödemabnahme vorgetäuscht würde. Typisch ist auch nach einer physikalischen Behandlung eines solchen Lipödems, daß das vorher pralle Fettgewebe weicher wird. Durch eine drei bis vierwöchige stationäre lymphologische Behandlung ist fast jeder Lipödempatient beschwerdefrei zu bekommen. Während der stationären Behandlung wird dabei nach dem »Asdonk-Standard« behandelt, welcher aus zweimal täglich manueller Lymphdrainage als Ganzbehandlung (45'-60') mit ganztägiger Kompressionsbandagierung der Beine besteht. Für die nachstationäre Kompressionstherapie sind Kompressionsstrumpfhosen in Kl. II, bei jüngeren Patienten auch in Kl. III erforderlich.

Abb. 6: Lipödem bei elephantiastischer Lipohypertrophie der Oberschenkel und des Gesäßes bei einer 69jährigen Patientin



Patientengut: 933 Ödempatienten Zeitraum 5/95–3/96		
Anzahl	Diagnose	Prozent
144	Lipödem	15,4 %
19	Phleb-Lipödem	2 %
10	Lip-Lymphödem	1,1 %
8	Lip-Lymph-Phlebödem	0,9 %

Tab. 2: Verteilungsmuster der unterschiedlichen Lipödemenformen im Patientengut einer Lymphologischen Fachklinik

Da das Lipödem immer nur aus einer Lipohypertrophie hervorgeht, sind die disproportionalen Formvarianten des Lipödems identisch mit denen der Lipohypertrophie (Abb. 2).

Zur Volumenreduktion kann auch beim Lipödem wie bei der Lipohypertrophie die Liposuktion eingesetzt werden. Es ist jedoch dabei zu bedenken, daß die ödembedingten Beschwerden durch dieses Vorgehen manchmal nicht verschwinden und die Patienten trotz Liposuktion behandlungsbedürftig durch manuelle Lymphdrainage und für eine Kompressionsbestrahlung bleiben.

Differentialdiagnostisch muß das Lipödem mit geringer Ausprägung vom symmetrischen Lymphödem der Beine und vom idiopathischen und orthostatischen Ödem beim Adipösen abgegrenzt werden (11, 17). Beim idiopathischen Ödem ist charakteristisch eine morgendliche Schwellungssymptomatik auch im Bereich

Tab. 4: Häufigkeit von Kombinationsödemen der Beine mit dem Lipödem

Lipödeme – Kombination (nur an Beinen) n = 140	
Phleb-Lipödem	19 = 14 %
Lip-Lymphödem	10 = 7 %
Lip-Lymph-Phlebödem	8 = 6 %

Tab. 5: Auftreten des Phleb-Lipödems an den Beinen

Phleb-Lipödeme der Beine n = 19	
Phlebödem beidseitig	18 = 95 %
Phlebödem einseitig	1 = 5 %

der Hände und des Gesichtes und beim orthostatischen Ödem ist ein nur belastungsabhängiges Spannungsgefühl der Unterschenkel auffallend. Das echte Lipödem dagegen ist dauernd mehr oder weniger schmerzhaft, wobei naturgemäß entsprechend der Schwerkraft die Beine am Abend die stärkste Beschwerdesymptomatik zeigen (10, 13, 15, 16).

### Verteilungsmuster unterschiedlicher Lipödemenformen

Das im Rahmen dieser Studie untersuchte Patientengut umfaßte einen Zeitraum von elf Monaten, wobei 74 % der Patienten primäre und sekundäre Lymphödeme aufwiesen. Lipödeme traten mit einer Häufigkeit von circa 15 % auf, wobei die genauen Zahlen aus Tab. 2 ersichtlich ist. Die Kombinationen von Lipödem mit Phlebödem oder Lymphödem oder Dreierkombination traten insgesamt überraschend selten auf.

Eine Aufschlüsselung der Lipödeme nach ihrer Lokalisation ergibt sich aus Tab. 3, wobei zu erkennen ist, daß bei 97 % alle Lipödeme die Beine mitbetroffen waren. In 66 % waren die Beine alleine betroffen und in 31 % die Beine und Arme betroffen. Die Arme alleine waren äußerst selten, nämlich nur in 3 % der Fälle befallen.

Betrachtet man die Ödemkombinationen mit den Lipödemen, so darf man nur die Beinlipödeme in Betracht ziehen, da diese Kombination nur an den Beinen auftreten. Von den jetzt verbleibenden 140 Patienten hatten 14 % ein Phleb-Lipödem, 7 % ein Lip-Lymphödem und 6 % ein Lip-Lymph-Phlebödem, wie aus Tab. 4 ersichtlich ist. Als diagnostische Kriterien für das zusätzliche Phlebödem mußten zumindest eine Varikosis, eine Zyanose, Hämosiderinablagerungen und eine pathologische LRR bestehen. Ein Lip-Lymphödem wurde

Lipödem – Patienten n = 144		
Lokalisation	Anzahl	Prozent
Beine	140	97 %
Beine allein	95	66 %
Beine und Arme	45	31 %
Arme allein	4	3 %
Arm	49	34 %

Tab. 3: Häufigkeit des Lipödems an Armen und Beinen

nur dann diagnostiziert, wenn eine Lymphszintigraphie in den Vorfußbrücken einen eindeutig pathologischen Befund mit verzögerter Ankunftszeit und vermindertes Uptake in den inguinalen Lymphknoten ergab.

Die Aufschlüsselung der Phleb-Lipödeme ergab, daß bei diesen die Phlebödeme in 95 % beidseitig auftraten und nur in 5 % einseitig, wie aus der Tab. 5 zu ersehen ist.

### Schlußfolgerungen

Für die Therapie der verschiedenen Lipödemenkombinationen hat die Diagnose in der Regel keine Bedeutung. Auch die zusätzlichen Phleb- und Lymphödemkomponenten bedürfen der physikalischen Ödemtherapie, also der Behandlung mit manueller Lymphdrainage und Kompression. Lediglich beim Phleb-Lipödem kommt evtl. eine operative Therapie von Krampfaderleiden in Frage.

Es ist für mich eine oft beobachtete Tatsache, daß die Diagnose eines Lipödems viel zu häufig gestellt wird, da es in der Regel nicht von der Lipohypertrophie differenziert wird. Diese Differenzierung ist aber wichtig, da allein das Lipödem auf eine physikalische Ödemtherapie (manuelle Lymphdrainage und Kompressionsbehandlung) anspricht, wogegen die von vornherein beschwerdefreie Lipohypertrophie keiner physikalischen Therapie bedarf. Bei zusätzlicher Adipositas ist eine kalorienreduzierte Kost notwendig. Das Ansprechen eines Lipödems auf die physikalische

Ödemtherapie ist ausgezeichnet und führt bei den meisten Patienten unter stationärer lymphologischer Behandlung zu einer völligen Beschwerdefreiheit. Aber das Erreichen einer Beschwerdefreiheit kann nicht bedeuten, daß die physikalische Ödemtherapie dann beendet wird, da es sonst sofort zu einem Nachlaufen des Ödems und zum erneuten Auftreten der Beschwerden kommen würde. Es ist daher auch ambulant regelmäßig eine Kompressionsbestrumpfung tagsüber erforderlich und entsprechend der Beschwerdesymptomatik auch manuelle Lymphdrainage-therapie bei Bedarf.

### Literatur

1. Allen EV, Hines EA jr: Lipedema of the legs: A syndrom characterized by fat legs an orthostatic edema. Proc. Staff Meet Mayo Clinic 1940; 15: 184-187
2. Bilancini S, Lucci M, Tucci S, Eleuteri P: Functional lymphatic alterations in patients suffering from lipedema. Angiology 1995; 46: 333-339
3. Brunner U: Vaskuläre Erkrankungen bei Lipödem der Beine. Schweiz med Wschr 1982; 112: 1130-1137.
4. Dercum FX: A subcutaneous connective tissue dystrophy of the arm and neck, associated with symptoms resembling myxedema. Univ Med Gaz Philadelphia 1888; 1: 140-150
5. Greer GK: Lipedema of the legs. Cutis 1974; 14: 98-100
6. Harwood CA, Bull RH, Evans J, Mortimer PS: Lymphatic and venous function in lipoedema. BJ of Dermatol 1996; 134: 1-6
7. Herpertz U: Das Lipödem. Lymphologie 1995; 19: 1-7
8. Madelung O: Über den Fetthals (diffuses Lipom des Halses). Arch klin Chir Berlin 1888; 37:106-130.
9. Rudkin GH, Miller TH: Lipedema: A clinical entity distinct from lymphedema. Plast Reconstr Surg 1994; 94 (6): 841-847
10. Schmitz R: Lipödem – das dicke Bein der gesunden Frau. Phlebol u Protokol 1980; 9: 81-85
11. Schmitz R: Das Lipödem in differentialdiagnostischer und therapeutischer Sicht. Z Hautr 1987; 62: 146-157.
12. Simons A: Eine seltene Trophoneurose (»Lipodystrophia progressiva«). Z Neurol Berlin 1911; 5: 29-38
13. Stenger D, Bahmer FH: Das Lipödem. Eine wenig geläufige Form der symmetrischen Bein-schwellung. Akt Dermatol 1985; 11: 51-54
14. Seip M: Generalized lipodystrophy. Ergebn Inn Med Kinderheilk 1971; 31: 59-95
15. Wiener V, Leemann S: Das Lipödem. Hautarzt 1991; 42: 484-486
16. Wold LE, Hines EA, Allen EV: Lipoedema of the legs. Ann Intern Med 1949; 34: 1243-1250
17. Zaun H: Diffuse symmetrische lipomatöse Beinschwellungen. Phlebol u Protokol 1987; 16: 11-12

Korrespondenzadresse:  
Dr. med. Ulrich Herpertz  
Feldbergklinik Dr. Asdonk GmbH  
Todtmooser Str. 48  
79837 St. Blasien