Der Missbrauch des Lipödems

U. Herpertz

Feldbergklinik Dr. Asdonk, Fachklinik für Lymphologie und Ödemkrankheiten, St. Blasien (Chefarzt Dr. med. U. Herpertz)

Zusammenfassung

Das Lipödem wird häufig mit der Lipohypertrophie oder der Adipositas verwechselt. Die Unterscheidung dieser unterschiedlichen Fettgewebsvermehrungen ist erforderlich, um sinnlose Therapien und damit unnötige Kosten für die Krankenkassen zu verhindern.

Schlüsselwörter: Lipödem, Lipohypertrophie, Adipositas

Summary

The lipedema will be often mixed up with lipohypertrophy and obesity. The differentiation of these entities based on increase of fatty tissue is important in order to prevent unnecessary treatment and additional costs for the health insurance.

Key words: lipedema, lipohypertrophy, obesity

Einleitung

Im Konsensuspapier der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie von 2000, der »Lymphologischen Terminologie« (1) wird bei den Fettgewebsvermehrungen zwischen Adipositas, Lipohypertrophie und Lipödem unterschieden.

Bei der **Adipositas** handelt es sich um eine generalisierte Fettgewebsvermehrung, somit des gesamten Körpers, mit bevorzugter Fettablagerung am Rumpf. Dabei können auch die Extremitäten verdickt sein, wobei deren Verdickungen aber niemals die normalen Proportionen zwischen Rumpf und Extremität überschreiten. Das Fettgewebe bei Adipositas verursacht keine Beschwerden. Die Adipositas betrifft sowohl Männer als auch Frauen. Die bekanntlich einzige und auch schwierigste Therapie ist die Gewichtsabnahme mittels Reduktionskost und sportlicher Betätigung.

Bei der **Lipohypertrophie** handelt es sich um eine Fettverteilungsstörung zu Lasten der Extremitäten, so dass ein Missverhältnis zwischen den überdicken Extremitäten und dem deutlich schlankeren Rumpf besteht. Dieses Missverhältnis bleibt auch bestehen, wenn zusätzlich eine Adipositas vorliegt. Eine Größenzunahme und Vermehrung der Fettzellen an den Extremitäten sind die Ursache dieser genetisch bedingten Extremitätenlipohypertrophie. Sie tritt fast ausschließlich bei Frauen auf und ist immer symmetrisch angelegt. Bei Männern wird sie nur sehr selten, und zwar bei Androgenmangel beobachtet. Diese Extremitätenverdickungen betreffen überwiegend die Beine, in einem Drittel der Fälle zusätzlich auch die Arme. Nur in ganz seltenen Fällen kommt es zur alleinigen Lipohypertrophie der Arme ohne Beinbeteiligung. Die Fettgewebsvermehrungen enden fast ausschließlich im Bereich der Knöchel bzw. Handgelenke, sodass Füße und Zehen sowie Hände und Finger in der Regel verdickungs- und ödemfrei sind. Die Lipohypertrophie ist als eine beschwerdefreie Fettgewebsvermehrung an den Extremitäten definiert (2). Dies bedeutet, dass die Patienten durch ihre Fettgewebsvermehrung keine Beschwerden verspüren, sondern allenfalls psychisch unter der entstellenden Körperform leiden.

Beim **Lipödem**, das ebenfalls nur bei Frauen auftritt, bestehen die gleichen Fettgewebsvermehrungen wie bei der Lipohypertrophie. Im Gegensatz zur Lipohypertrophie treten jedoch beim Lipödem Beschwerden an den betroffenen Extremitäten im Bereich der Fettgewebsvermehrungen auf, und zwar als Spannungsgefühl, erhöhte Prallheit sowie Druck- und Berührungsempfindlichkeit des Gewebes. Aus diesem Grunde wird das Lipödem auch aus Lipohypertrophia dolorosa bezeichnet (3). Die Ursache dieser Beschwerden liegt in einer geringen Ödematisierung des Fettgewebes infolge einerseits erhöhter Kapillarpermeabilität und andererseits leichter Lympho-Phlebostase durch eine mechanische Kompression der Venolen und Präkollektoren durch die Fettmassen.

Therapeutische Konsequenzen

Die Differenzierung zwischen Lipohypertrophie und Lipödem ist deswegen erforderlich, da ihre Therapie unterschiedlich ist. Die Lipohypertrophie benötigt keine Therapie, da sie nicht zu Beschwerden führt. Das Lipödem dagegen benötigt die physikalische Entstauungstherapie, bestehend aus Manueller Lymphdrainage und Kompressionsbehandlung, da es die vorgenannten Beschwerden verursacht und durch diese Therapie die Beschwerden reduziert oder beseitigt werden können. Eine wesentliche Volumenabnahme ist jedoch nicht zu erwarten.

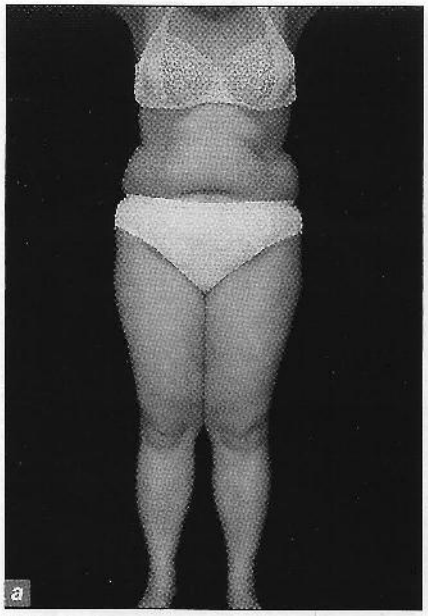
Würde eine Lipohypertrophie mit physikalischer Ödemtherapie behandelt, hätte dies keinen therapeutischen Nutzen, da von vornherein keine Beschwerden bestanden und eine wesentliche Volumenabnahme nicht zu erwarten ist. Eine mögliche Umfangsabnahme von 1–3 cm ist optisch nicht erkennbar und steht in keinem akzeptablen Kosten-Nutzen-Verhältnis. Es würden sinnlos Gelder der Krankenkassen verschwendet. Leider ist es so, dass die Behandlung der Lipohypertrophie mit Manueller Lymphdrainage und Kompression von Patienten gewünscht wird, da diese sich davon eine Gewichtsabnahme ver-

sprechen und auch die Behandlung von Ärzten gefördert wird, da einzelne auch die beschwerdefreie Lipohypertrophie als Lipödem bezeichnen (4) und damit als behandlungsbedürftig erklären. Auch in dem Büchlein »Lipödem und Cellulitis« (5) ist seinem Autor ebenfalls diese Unterscheidung nicht bekannt und er zitiert die lymphologische Terminologie der DGL falsch, da er von einem »Lipödem mit und ohne Beschwerden« spricht, so dass davon auszugehen ist, dass er den Text entweder nicht richtig gelesen hat oder ihn aber nicht verstanden hat.

Erwähnenswert ist außerdem, dass bei 80 % der Fälle von Lipohypertrophie und Lipödem eine zusätzliche Adipositas besteht. In diesen Fällen ist mit Nachdruck auf eine Gewichtsabnahme zu drängen, denn schon dadurch können die Verdickungen der Extremitäten und die Beschwerden beim Lipödem gebessert und somit die Anzahl der physikalischen Therapien beim Lipödem reduziert werden. Stationär in lymphologischen Rehakliniken sollten Lipödeme mit zusätzlicher Adipositas nur dann behandelt werden dürfen, wenn die Patienten vorher durch eine deutliche Gewichtsabnahme ihre Bereitschaft zur Mitarbeit bei dieser Therapie bewiesen haben und auch nach der Gewichtsabnahme weiterhin Lipödembeschwerden bestehen. Nimmt ein Lipödempatient mit Adipositas nach einer Rehamaßnahme nicht weiter ab, ist ihm eine erneute stationäre lymphologische Behandlung zu verwehren.

Liposuktion

Zur Frage der Liposuktion beim Lipödem und Lipohypertrophie ist zu bemerken, dass sie in beiden Fällen ohne wesentliches Risiko durchgeführt werden kann. Da es sich aber bis auf wenige Ausnahmen um eine kosmetische Operation handelt, sind die Kosten eines solchen Eingriffs von den Patienten selbst zu bezahlen und nicht durch die Krankenkassen, sodass sich die Frage der Verordnung zu Lasten der Versichertengemeinschaft nicht stellt.



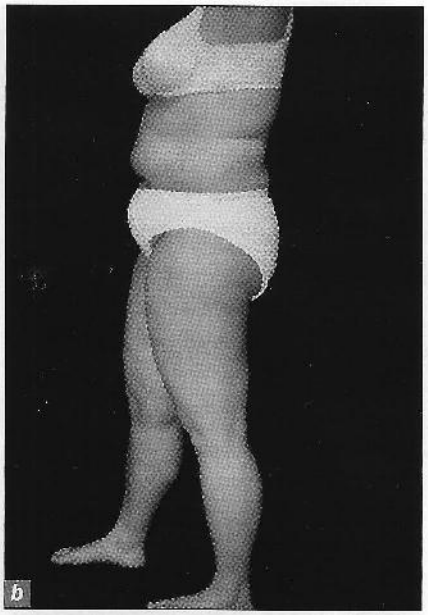


Abb. 1a, b
Mäßige Adipositas

Fallbeispiele

Ich möchte drei typische Fälle darstellen, die zu lymphologischen Rehamaßnahmen mit der Diagnose Lipödem eingewiesen wurden, was eindeutig nicht notwendig gewesen wäre. Die Kostenträger (Krankenkassen und Rentenversicherungsträger) hätten bei korrekter Beurteilung durch die einweisenden Ärzte und die Ärzte des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) viel Geld einsparen können.

Beispiel 1

26-jährige Frau (Größe 166 cm, Gewicht 91 kg), seit der Kindheit Übergewicht und auch leichte Verdickungen der Beine. Beschwerden von Seiten der Beine haben nach ihren Angaben nie bestanden. Der behandelnde Phlebologe/Lymphologe diagnostizierte ein Lipödem Typ 3, Stadium 1 und verordnete Lymphdrainage und eine Kompressionsstrumpfhose in Kl. 2 mit der Prognose, dass dadurch die Beine dünner würden und das Gewicht reduziert würde. Da nach 30-maliger Manueller Lymphdrainage innerhalb von acht Monaten keines dieser Versprechen eintrat, wurde eine stationäre lymphologische Rehamaßnahme vom Arzt wegen der Lipödeme beantragt und vom Rentenversicherungsträger genehmigt.

Bei der Untersuchung war die Patientin körperlich gesund. Es fand sich eine mäßige bis starke Stammadipositas und auch eine gleich starke adipöse Verdickung besonders der Oberschenkel (Abb. 1a, b). Es fand sich jedoch keine eindeutige Fettverteilungsstörung im Sinne einer Lipohypertrophie und auch keine Druckschmerzhaftigkeit der Oberschenkel und Unterschenkel im Sinne eines Lipödems.

Unsere **Diagnose:** Adipositas.

Wegen fehlender Beschwerden wurde auf die Manuelle Lymphdrainage und auf das Tragen der Bestrumpfung verzichtet und die Patientin im Hinblick auf die Ödementwicklung der Beine morgens und abends beobachtet und gemessen. In dem Zeitraum von einer Woche traten keinerlei Schwellneigung der Beine und auch keine Beschwerdesymptome auf, so dass ein Lipödem oder ein anderes Ödem ausgeschlossen werden konnte. Die Patientin wurde aufgeklärt, dass es sich lediglich um Übergewicht handelt und nach einer Woche vorzeitig entlassen. Es wurde zur Gewichtsreduktion durch verändertes Essverhalten und durch regelmäßigen Sport geraten. Nach anfänglicher Enttäuschung war die Patientin zuletzt glücklich darüber, dass sie keiner Therapie mehr bedurfte, zumal sie nun den Eigenanteil an der

Lymphdrainage und an der Bestrumpfung einsparen konnte und sie ihre Freizeit nicht mehr für die Lymphdrainage-Behandlung opfern musste.

Die Kosten der 30-maligen ambulanten Lymphdrainagetherapie, der einwöchigen stationären Rehamaßnahme, der Bestrumpfung und der wiederholten Arztbesuche zu Hause dürfte sich auf ca. 2.000 € belaufen haben. Sinnlos ausgegeben!

Beispiel 2

28-jährige Frau (172 cm, 82 kg), seit der Pubertät Verdickungen der Beine, die zwar keine Beschwerden verursachen, aber sie doch erheblich psychisch belasten, so dass sie sich nicht mehr in öffentliche Schwimmbäder traut (Abb. 2). Seit zwei Jahren zweimal wöchentlich Manuelle Lymphdrainage mit jeweils anschl. Kompressionsbandagierung über ca. zwölf Stunden. An den übrigen fünf Tagen der Woche keinerlei Bestrumpfung. Vom behandelnden Phlebologen wurde nach zwei Jahren wegen ambulanter Therapieresistenz eine stationäre lymphologische Rehamaßnahme für dringend erforderlich beantragt.

Bei der Untersuchung war die Patientin körperlich gesund. Der Rumpf war schlank, die Beine waren an den Oberschenkeln stark, an den Unterschenkeln mäßig und distal gering symmetrisch verdickt. Die Füße und Zehen waren verdickungs- und ödemfrei. Das Fettgewebe der Beine war nicht druckschmerzhaft.

Unsere **Diagnose:** Mäßige Lipohypertrophie der Beine.

Da die Patientin keinerlei Beschwerden hatte, wurde sowohl auf Manuelle Lymphdrainage als auch Kompressionsbehandlung verzichtet, die Patientin zwei Wochen stationär beobachtet und die Beinumfänge gemessen. Da nach diesem Zeitraum auch keine Beschwerden auftraten, wurde sie entlassen. Es wurde ihr erklärt, dass es sich um eine anlagebedingte Fettgewebsvermehrung der Beine handelt, die auf Manuelle Lymphdrainage und Kompressionsbehandlung nicht anspricht. Da sie psychisch sehr unter den Verdickungen litt, wurde ihr geraten, sich einer Liposuktion zumindest der lateralen Oberschenkel zu unterziehen. Die

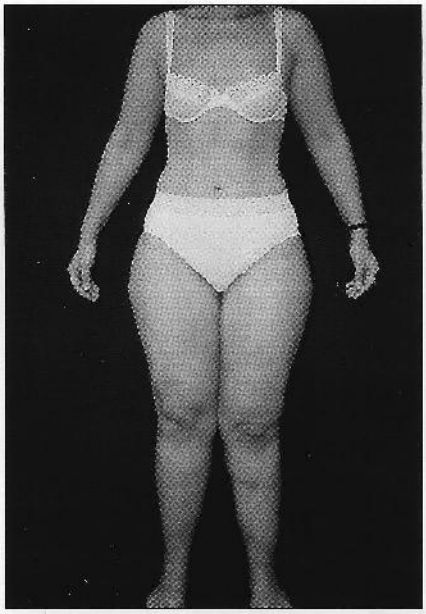


Abb. 2
Mäßige Lipohypertrophie der Beine

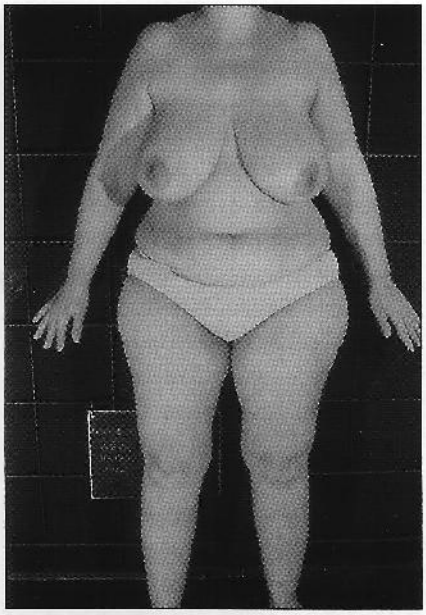


Abb. 3
Lipödeme der Unterschenkel bei geringer Lipohypertrophie

durch die ambulante Behandlung entstandenen unnötigen Kosten für die Krankenkasse betrugen ca. 6.000 € (ohne Arztbesuche und Rehakosten).

Bemerkenswert an diesem Fall ist noch, dass eine ambulant durchgeführte zweimal wöchentliche Manuelle Lymphdrainage mit anschließender Kompressionsbandagierung und dem Fehlen einer Kompressionsbestrumpfung an den übrigen fünf Tagen grundsätzlich insuffizient ist. Hätte es sich um ein Lipödem gehandelt, hätte eine kontinuierliche Kompressionsbehandlung mit einer Kompressionsstrumpfhose an allen Tagen durchgeführt werden müssen, denn nur eine solche Behandlung hätte einen Therapieeffekt ergeben können.

Beispiel 3

47-jährige Frau (Größe 170 cm, Gewicht 96 kg), die seit der Pubertät Verdickungen der Beine und seit dem 24. Lebensjahr beginnende Spannungsgefühle der Unterschenkel beklagte (Abb. 3). Sie fühlt sich durch die Verdickungen der Beine und die Spannungsgefühle in ihrer Leistungsfähigkeit jedoch nicht wesentlich leistungseingeschränkt. Seit zehn Jahren erhielt sie dreimal wöchentlich Manuelle Lymphdrainage, jeweils mit Kompressionsbandagierung, an den übrigen Tagen trug sie teilweise eine Kompressionsstrumpfhose in Kl. 2.

Bei der Untersuchung fand sich neben einer mäßigen stammbetonten Adipositas eine im Vergleich zum Rumpf geringe Lipohypertrophie der Beine. Das Fettgewebe der Beine war weich, nicht dellbar, aber an den Unterschenkeln druckempfindlich. Die Füße und Zehen waren ödem- und verdickungsfrei.

Unsere **Diagnose:** Lipödeme der Unterschenkel bei geringer Lipohypertrophie der Beine, verstärkt durch mäßige Adipositas.

Zu diesem Fall ist kritisch zu bemerken, dass für solch gering ausgeprägte Lipödeme der Unterschenkel zu Hause eine einmal wöchentliche Manuelle Lymphdrainage à 45 Minuten und das tägliche Tragen der Kompressionsstrumpfhose in Kl. 2 ausreichend gewesen wären. Mit der dreimal wöchentlichen Behandlung und jeweils anschließender Kompressionsbandagierung war sie übertherapiert. Allein die zwei unnötigen Lymphdrainagebehandlungen und Kompressionsbandagierungen pro Woche haben die Kasse in zehn Jahren ca. 30.000 € gekostet.

Wichtig wäre gewesen, die Patientin zum konsequenten Tragen der Kompressionsbestrumpfung anzuhalten, anstatt intermittierend die Beine zu bandagieren,

wodurch zusätzlich noch die Nachtruhe gestört wurde. Wegen der Adipositas wäre es notwendig gewesen, dass sie ihr Gewicht reduziert, weil allein hierdurch ein Rückgang der Lipödembeschwerden zu erwarten gewesen wäre. Weiterhin war in diesem Fall keine Indikation für eine stationäre Rehamaßnahme gegeben, da sie in ihrer Leistungsfähigkeit weder bei der Arbeit noch im Privaten eingeschränkt war und die Beschwerden nur gering ausgeprägt waren. Möglicherweise hätte sogar bei konsequentem Tragen der Bestrumpfung und Gewichtsabnahme auf die Manuelle Lymphdrainage zu Hause komplett verzichtet werden können.

Kritische Stellungnahme

Anhand von drei Fällen wurden beispielhaft nicht indizierte physikalische Behandlungen oder Überbehandlungen von Adipositas, Lipohypertrophie und Lipödem dargestellt, die die Krankenkassen viel Geld kosteten. Solche nicht indizierten lymphologischen Behandlungen erlebe ich bei so genannten Lipödempatienten relativ häufig. Der Anteil der stationär eingewiesenen, aber stationär nicht behandlungswürdigen Fälle beläuft sich beim Lipödem nach meiner Schätzung auf ca. 30 %. Von diesen benötigt ungefähr die Hälfte noch nicht einmal eine ambulante Manuelle Lymphdrainage.

Was veranlasst Phlebologen/Lymphologen dazu, solche Fälle sowohl ambulant zu behandeln als auch stationär einzuweisen? Einerseits dürfte es Unkenntnis des Krankheitsbildes Lipödem sein, andererseits kann der Arzt mit der Diagnose Lipödem und der daraus abzuleitenden Therapiebedürftigkeit Patienten halten.

Ein solches Vorgehen ist sowohl unfair gegenüber den Patienten als auch unkorrekt gegenüber den Krankenkassen, da durch die nicht indizierte Verordnung von Manueller Lymphdrainage, Kompressionsbandagierungen und Kompressionsbestrumpfungen enorme finanzielle Mittel verschwendet werden. Wenn man andererseits sieht, wie oft primäre und sekundäre Lymphödeme untertherapiert werden oder diesen sogar die physikalische Behandlung vorenthalten wird, wo gerade die Lymphödempatienten auf diese Therapie angewiesen sind, dann bekommt die Angelegenheit noch einen zusätzlichen bitteren Beigeschmack. In der heutigen Zeit der knappen Gelder mit der Einschränkung von therapeutischen Leistungen durch die Krankenkassen darf es nicht sein, dass nutzlose Therapien durchgeführt werden.

Es ist eine immer wieder beobachtete Tatsache, dass, wenn eine Therapie zu häufig verordnet und angewendet wird, irgendwann die Reaktion der Krankenkassen zu erwarten ist, diese Therapie dann radikal zu reduzieren. In dieser Situation leiden immer die am schwersten betroffenen Patienten, in diesem Fall die mit Lymphödemen. Aus dem Spektrum der Manuellen Lymphdrainage können ohne Bedenken die Lipohypertrophien und auch die Lipödeme mit Adipositas gestrichen werden, so dass dort Gelder eingespart werden könnten. Diese sollten statt dessen für die Behandlung von Lymphödempatienten reserviert werden, die schicksalhaft von ihrer Krankheit befallen sind und bei denen diese physikalische Ödemtherapie zur Verhinderung von Beschwerden und Komplikationen unbedingt erforderlich ist.

Literatur

1. Schuchhardt C, Herpertz U: Lymphologische Terminologie, LymphForsch 2000; 4 (1): 31-33

2. Herpertz U: Das Lipödem. Lymphologie 1995; 1[illegible]: 1-7

3. Herpertz U: Ödeme und Lymphdrainage. Schattauer Verlag, Stuttgart 2003, 164-177

4. Schrader K: Das Lipödem und was Sie darüber wissen sollten. Broschüre der Firma Juzo, Aichach

5. Strößenreuther RHK: Lipödem und Cellulitis. Viavital Verlag, Köln 2001, 54

Korrespondenzadresse

Dr. med. Ulrich Herpertz
Feldbergklinik Dr. Asdonk
Fachklinik für Lymphologie und Ödemkrankheiten
Todtmooser Straße 48
79872 St. Blasien
E-Mail: dr.ulrich@herpertz.net