

Das Lipödem an Armen und Beinen

Teil 2: Zur konservativen und operativen Therapie des Lipödems, genannt Lipohyperplasia dolorosa

M. Cornely

Hautpraxis Düsseldorf

Schlüsselwörter

Lipohyperplasia dolorosa, Lymphologische Liposculptur, Lipödem der Beine und Arme, Behandlungsmethoden

Zusammenfassung

Die angeborene Fettverteilungsstörung Lipohyperplasia dolorosa führt zu einer lymphologischen Hochvolumeninsuffizienz. Obligat ist die Druckschmerzhaftigkeit des Fettes. Die konservative Behandlung wird durch Methoden der Komplexen Entstauungstherapie abgedeckt.

Seit 1997 wurden im Rahmen der operativen Lymphologie invasive Verfahren inauguriert, deren Ziel die Heilung dieses lymphologischen Krankheitsbildes ist. Die operative Therapie, als Lymphologische Liposculptur durchgeführt, stellt eine kausale Therapie des Lipödems der Arme und Beine dar; sie ist dauerhaft und heilt die Patienten von den klinischen Symptomen des Lipödems.

Keywords

Lipohyperplasia dolorosa, lymphological liposculpture, lipoedema of legs and arms, methods of treatment

Summary

The congenital diffusion disorder of the fatty tissue (Lipohyperplasia dolorosa) cause lymphatic high capacity insufficiency. A pronounced tenderness on palpation is evident. Conservative treatment comprises complex anti-oedema therapy.

Since 1997 invasive procedures were inaugurated in terms of surgical lymphology with the aim to cure this lymphological illness. The surgical therapy carried out as Lymphological Liposculpture is a causally related therapy of the lipoedema of the arms and legs; it treats patients successfully and permanently of the lipoedema's clinical symptoms.

Korrespondenzadresse

Prof. Hon. (Univ. Puebla) Dr. med. Manuel Cornely
Hautpraxis Düsseldorf
Kaiserwerther Strasse 296, 40474 Düsseldorf
Tel. +49-211/1711171
E-Mail: post@hautarzt-duesseldorf.de

Lipoedema of arms and legs. Part 2: Conservative and surgical therapy of the lipoedema, Lipohyperplasia dolorosa.

Phlebologie 2011; 40: 146–151
Received: March 31, 2011
Accepted: April 11, 2011

Schon seit der Pubertät: schlanke Taille, aber dicke Oberschenkel, schmerzhafte Reithosen, Polster im Bereich der Oberschenkelinnenseiten, säulenartig geformte Beine bis zum oberen Sprunggelenk, die Füße sind schlank und völlig unauffällig, ohne Schwellung und ohne Fettablagerung. Dieses Muster findet sich auch bei über 80 % der Patientinnen an den Armen. Das sind die auffälligen Zeichen des Lipödems. (8)

Diese Fettverteilungsstörung an Beinen und Armen bei ansonsten häufig wohlpro-

portioniertem Körperstamm, betrifft immer nur Frauen; die Zunahme des Fettgewebes in diesen besonderen Arealen ist offenbar vom Hormon Östrogen abhängig. Dieses lipödermatöse Fett an Armen und Beinen produziert mehr Lymphflüssigkeit als gewöhnlich und kann durch die vorhandenen gesunden Lymphgefäße zunehmend schlechter abtransportiert werden. Es entsteht eine dynamische Hochvolumeninsuffizienz im schmerzhaften Fett des Lipödems, denn ist der Abfluss deutlich überlastet, kommt es zur „Überschwem-

mung“ des Fettgewebes mit Lymphe, die Spannung in den verdickten Extremitäten nimmt zu. Schon eine leichte Berührung der Haut kann zu unangenehmen Druckschmerzen führen, geringes Anstoßen zu Blutergüssen. Da es sich bei dieser Unterhautfettgewebsvermehrung nicht um eine Lipo hypertrophie, also in ihrem Volumen vergrößerte Fettzellen, sondern um eine deutliche Vermehrung von Fettzellen bei gleichbleibend großem Volumen, also einer Hyperplasie handelt, ist die korrekte medizinische Bezeichnung für das Lipödem die Lipo hyperplasia dolorosa (6, 7).

Lipödeme werden selten schnell und richtig diagnostiziert, müssen sich doch die Patienten öfter anhören: „Sie sind zu dick, nehmen Sie erst mal ab.“ Aber Lipödeme sind angeboren, werden also auch durch Diät und Sport nicht verschwinden. Die Patienten weisen oft darauf hin, dass sie eine lange Leidensgeschichte der Diäten hinter sich haben, erfolglos und frustriert, weil sie den Körperstamm, nicht aber Extremitätenumfänge und Gewicht reduzieren konnten.

Die Fakten sind also:

Das Lipödem ist eine angeborene Fettverteilungsstörung. Es führt zu einer Überproduktion von Lymphflüssigkeit in den Armen und den Beinen, die sich wiederum in einer Druckschmerzhaftigkeit äußert (17). Eine Verbesserung der Beschwerden durch Diät und Sport ist nicht möglich. Und eine Therapie ist notwendig, weil die Beschwerden sonst zunehmen werden (14).

Seit der Erstbeschreibung durch Allen und Hines (1) wurde für die Therapie Massage empfohlen. Erst in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde die von Vodder grundsätzlich entwickelte und später von Asdonk weiterentwickelte manuelle Lymphdrainage in Kombination mit entsprechender Kompressionsbestrahlung und -behütung bei Lipödemen angewen-

det (2). Als Ziel dieser Therapie, welche bis zu drei Mal in der Woche für jeweils eine Stunde als Ganzkörpertherapie durchzuführen ist, soll der Fluss der Lymphe zentralwärts verbessert werden und durch die Kompression den Rückfluss aufhalten. Eine Kompressionsbekleidung ohne manuelle Lymphdrainage ist sinnlos, ein Drainageeffekt ohne manuelle Lymphdrainage ist bis heute wissenschaftlich nicht bewiesen (19).

So kann sich die Patientin für die Anwendung manueller Lymphdrainage und Kompression im Sinne der Komplexen Entstauungstherapie entscheiden. Sie wird diese Verfahren ergänzen müssen durch eine sorgfältige Hautpflege, da es unter der Kompressionsbestumpfung üblicherweise zu einer Austrocknung der Haut kommt. Sie wird Infekte im Bereich der Phalangen an Händen und Füßen vermeiden müssen, um bei der vorhandenen Hochvolumeninsuffizienz keine Entzündungen im Bereich der Lymphgefäße zu erzeugen. Wird die Komplexe Entstauungstherapie suffizient durchgeführt, so kann die Patientin als Ziel erwarten, dass die Druckschmerzhaftigkeit vermindert wird (7). Eine Reduktion des Umfangs ist selbstverständlich nicht zu erwarten, handelt es sich doch um die Drainage soliden Gewebes. Eine Dellbarkeit wie bei Lymphödemen ist beim Lipödem nicht vorhanden, insofern unterbleibt eine Reduktion des Umfangs durch Verschiebung von Lymphflüssigkeit beim Lipödem zur Gänze, wie es bei sekundären und primären Lymphödemen das Ziel ist. Hierüber muss man die Patientinnen intensiv aufklären, damit das Ziel der Komplexen Entstauungstherapie auch verstanden wird.

Häufig kommen frustrierte Patientinnen in die Praxis und behaupten, dass die Therapie ja gar nicht gefruchtet hätte. Und häufig wird man trotz intensiver vorhergehender Aufklärung erneut bei der Erwartungshaltung, dass doch die Beine und die Arme schlanker werden sollten, damit endlich auch andere Mode getragen werden könne, Abstriche machen müssen, weil dies durch die konservative Therapie in keiner Weise zu erzielen ist.

Die unter klinischen Bedingungen immer wieder beschriebenen bemerkenswerten Volumenverluste (12) beruhen auf täglich durchgeführten Lymphdrainagen, ent-

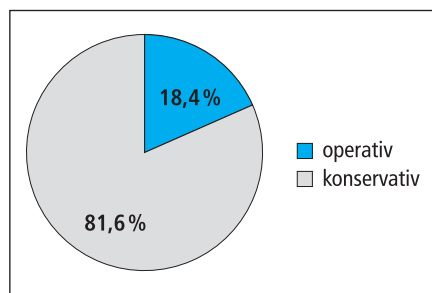


Abb. 1 Patientinnen mit Lipödem, 1997–2003 (n=762).

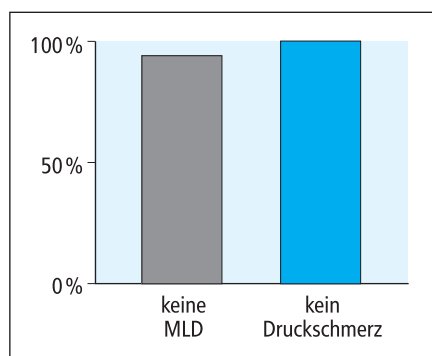


Abb. 2 Patientinnen nach OP (n=140).

sprechen aber nicht normalen Alltagsbedingungen. Deri hat das als Sägezahn-Phänomen bezeichnet, bezogen auf die Kurvenverläufe, die er in den Volumenmessungen der Karteikarten der Patientinnen beschreiben konnte.

Dabei hatte die Patientin unter der stationären Situation eine gute Entlastung im Bereich der Beine, nach Weiterführung der Therapie unter ambulanten Bedingungen stellten sich allerdings die Ausgangswerte umgehend wieder ein.

Lipödem-Patientinnen sind dauerhaft und lebenslang an die Behandlung in lymphologischen Fachkliniken gebunden, da das Krankheitsbild über konservative Behandlungsmethoden nicht kurabel ist. Da es sich um eine angeborene Fettverteilungsstörung handelt, die durch Diät und Sport nicht positiv beeinflusst werden kann, muss die konservative Therapie mit der Zielsetzung der Verbesserung der Druckschmerzhaftigkeit selbstverständlich lebenslang durchgeführt werden (5). Dies bedeutet, dass auch jungen Patientinnen

mitgeteilt werden muss, dass sie ab sofort Kompressionshosen und -arme bis zum Rest ihres Lebens, in Kombination mit manueller Lymphdrainage, ganzjährig tragen müssen. Wenn diese Therapie nicht konsequent durchgeführt wird, wird eine Verschlechterung des angeborenen Krankheitsbildes im Sinne der Zunahme der Schmerzhaftigkeit unausweichlich sein.

Um dieses Dilemma zu lösen war die Aufgabe, eine operative Methode mit folgender Fragestellung zu entwickeln: Kann eine frühzeitige Liposuktion die Progredienz des Lipödems aufhalten? Diese Untersuchung wurde 1997 begonnen und 2003 abgeschlossen.

Die Ergebnisse dieser ersten Untersuchung, die auf überaus kritische Stimmen aus konservativen lymphologischen Lagern stieß, waren frappierend (►Abb. 1).

Keine der operierten Patientinnen bedurfte drei bis sechs Monate nach der Operation noch einer weiteren Lymphdrainage, geschweige denn einer Kompressionsbehandlung (►Abb. 2).

Das Lipödem wurde heilbar (9, 10). Das führte zu einem Paradigmenwechsel in der Lymphologie.

Um deutlich zu machen, dass es sich hierbei nicht um eine Fettabsaugung im konservativen Sinne handelt, sondern um die Behandlung einer lymphologischen Erkrankung, die besondere Kenntnisse über die lymphologische Anatomie, eine besondere Technik in der Einbringung der Tumescenzlösung, eine bestimmte lymphgefäßgerechte Operationstechnik sowie ein entsprechendes Instrumentarium und auch eine entsprechende Ausbildung des Operateurs erfordert, habe ich für diese Operation den Begriff der Lymphologischen Liposculptur eingeführt (9). Dieser Begriff unterstreicht, dass es sich um eine besondere Form der Unterhautfettgewebsentfernung handelt. So steht heute zur endgültigen Therapie und Heilung des Lipödems die schonend durchgeführte Lymphologische Liposculptur zur Verfügung.

Bei dieser Methode wird unter maximaler Schonung der Lymphgefäße durch Entfernen des Lipödemfettes das Gleichgewicht zwischen Lymphproduktion und Lymphtransport wieder hergestellt. Die-

se Operation ist aus medizinischem Grunde beim Lipödem an Armen und Beinen dringend indiziert.

Methode

Nach Einzeichnen der zu operierenden Extremitätenabschnitte mit einem Stift auf der Haut und entsprechender Fotodokumentation erfolgt die Lagerung auf dem OP-Tisch. Üblicherweise gehe ich so vor, dass ich zuerst den 50%igen Anteil der Beine von der Hüfte bis zum Fußgelenk beidseits außen operiere. In einer zweiten Sitzung, die frühestens vier Wochen nach der ersten Sitzung durchgeführt wird, erfolgt die Lymphologische Liposculptur im Bereich der Arme, vom Unterarm bis zur Schulter beidseits. Die dritte Sitzung gilt der Sanierung der Innenseite der Beine vom Leistenband bis in die Knöchelregion

und wird ebenfalls nach einer vierwöchigen Pause durchgeführt (▶Abb. 3). Prinzipiell werden keine anderen Areale besaugt. Grundsätzlich kommt ein langes Operationsinstrumentarium zum Einsatz, mit dem ich in bestimmte Schnittführungen gelenkübergreifend, aber vor allen Dingen auch in der ersten Fraktion fasciennah und anschließend hautnah das Gewebe durch Paralleloperation zum Lymphgefäßsystem entfernen kann.

Anästhesie

Unter einer begleitenden Schmerzausschaltung durch eine Anästhesistin mit Ultilva, Propofol und Dormicum haben wir einen Weg gefunden, mit nicht-konkurrierenden Narkotika eine Analgosedierung herzustellen und gleichzeitig hohe Mengen von Tumeszenzlösung, nämlich bis zu 10

Litern, in die häufig großen Umfangsvermehrungen an Armen und Beinen einzubringen. Die Operation erfolgt grundsätzlich nur im Team mit einer Anästhesistin, die während der Prozedur die Herz-Kreislauf- und Lungenfunktion überwacht (4, 15, 16, 18).

Zuerst erfolgt die lokale Betäubung durch Tumeszenzanästhesie. Diese Lösung besteht aus einem Gemisch von Kochsalz, Anästhetika und einer Pufferung zur Vermeidung von Schmerzen an den durch die Lösung aufgeschwemmten Stellen. Nach Einbringung der Tumeszenzlösung, von der bis zu 10 Liter pro Operation verwendet werden können, entfaltet die Flüssigkeit ihre Wirkung. Deshalb werden die Patienten für mindestens zwei Stunden in einen entsprechenden Ruheraum verlegt. Natürlich werden die Kreislaufparameter regelmäßig weiter überprüft.

Operatives Vorgehen

Es hat sich gezeigt, dass eine Einwirkphase von über zwei Stunden sinnvoll ist, weil die lipophilen Substanzen der Kleinschen Lösung dann ihre beste Wirkung erzielen, das Fettgewebe selbst nahezu gelartig entfernt werden kann und hiermit eine weitere Maximalschonung der Lymphgefäße erzielt wird. Im gelartigen Verband sind die Lymphgefäße härter als das umliegende Fettgewebe und weichen so der Stahlkanüle aus. Quersaugungen sind natürlich trotz solcher intraoperativer Präparation obsolet.

Wenn also die Tumeszenzlösung teilweise ins Fettgewebe aufgenommen wurde und zur gelartigen Veränderung dieses Gewebes führt, operiere ich mit langen, 4 mm dicken Kanülen, an deren Enden neun Absauglöcher sind, und entferne auf diesem Wege das betäubte Gewebe. Die Kanüle (Vibrasat Liposuktionskanüle 4,0 x 350 mm, Fa. Möller Medical GmbH) führt eine Vibrationsrotation mit 5000 Schlägen pro Minute aus, so dass der Absaugvorgang zusätzlich noch schonender und sanfter vollzogen werden kann. Die Absaugung erfolgt immer nur in den oben bereits angegebenen Arealen. Dies ergibt sich übrigens auch schon aus der Menge der einzubringenden Tumeszenzlösung; aus diesem Grunde



Abb. 3
a und b. Dritte Phase der Liposculptur: Absaugung am Innenbein.

können die Beine nicht beidseits in einer Sitzung vollständig operiert werden. Die subkutane Wunde wäre auch bei anderem Vorgehen überdimensional groß. Denn wir erhalten Wundflächen, die 50% eines jeden Beines umfassen, was nach unserer nunmehr 15-jährigen Erfahrung als Grenze auch nicht überschritten werden sollte.

Bei den Armen lässt sich eine zirkumferente Besaugung vom Handgelenk bis zur Schulter für beide Arme in einer Sitzung allerdings sehr wohl verantworten. Hierbei gilt besonderer Aufmerksamkeit dem Trizeptsbereich, weil durch deutlich forciertes Saugen anschließend kosmetische Probleme entstehen können. Ebenfalls gilt es, sorgfältig im Bereich der Unterarme, unter Respektierung der Fascien, keine Übersaugungen vorzunehmen. Selbstverständlich müssen auch bei den Armen die volare und dorsale Seite vom Handgelenk bis Schulter komplett vom Lipödemfett befreit werden.

Übriggebliebene Polster von Lipödemfett führen grundsätzlich zu einer lokalisierten Schmerzhaftigkeit und werden anschließend vom Patienten zur Revision vorgestellt. Es gilt also, systematisch das subkutane Gewebe in den entsprechend großen Arealen zu entfernen und hierbei keine Flächen stehenzulassen (4). Die international festgelegte Grenze von 5 Litern Aspirat sollte nur in Ausnahmefällen überschritten werden. Dies hängt sowohl mit der Konstitution der Patientin, aber auch mit der vom Anästhesisten während der Operation eruierten Situation der Patientin zusammen.

Postoperatives Vorgehen

Direkt nach dem operativen Eingriff, der in TLA und unter Analgosedierung durch einen Anästhesisten und nur in wenigen Ausnahmefällen unter Vollnarkose erfolgen sollte (8, 11), werden die Patientinnen von einem Physiotherapeuten durch manuelle Lymphdrainage und Kompression über eine weitere Stunde weiterbehandelt. Entscheidend ist hierbei, durch Drainage die Beine von allen noch vorhandenen Tumescenzlösungen zu befreien. Diese Drainagen sind nicht schmerzhaft und werden komplettiert durch eine entsprechende Kompressionsbandagierung. Der Patient ver-



Abb. 4 Prä- und postoperative Dokumentation eines Lipödems.

lässt dann die Praxis und bleibt für die nächsten 24 Stunden unter ärztlicher Beobachtung. Es hat sich als dringlich erwiesen, die manuellen Lymphdrainagen zur Wiederverbesserung des Lymphflusses in den nächsten vier Wochen regelmäßig durchzuführen.

Unser Protokoll sieht in der ersten Woche tägliche Lymphdrainage und in den darauffolgenden drei Wochen zwei bis drei Lymphdrainagen pro Woche vor. Dies gilt auch für die Kompression. Während wir noch direkt postoperativ bandagieren, wird die Patientin dann zur Entlassung mit einer 24-stündig zu tragenden Kompressionsbestrumpfung, sei es für Arme oder für Beine, versorgt. Nach einer Woche der 24-stündigen Kompression reicht eine weitere 12-stündige Kompression pro Tag. Das Kompressionsverfahren ist bei meinen Patientinnen nach spätestens vier Wochen abgeschlossen. Es erfolgt dann der nächste der insgesamt geplanten drei Eingriffe. Auch der letzte Eingriff, der die Beine innen betrifft, führt zu einer entsprechenden post-

operativen Nachversorgung. So kann nach spätestens vier Monaten nach Beginn der Operationen auf jedwede manuelle Lymphdrainage und weitere Kompression verzichtet werden. In wenigen Ausnahmefällen wünschen sich Patientinnen allerdings noch weitere konservative Maßnahmen. Es ist dann Ziel des Operateurs, darauf hinzuwirken, dass nach spätestens einem halben Jahr eine Entwöhnung des Patienten von Lymphdrainage und Kompression zu erfolgen hat.

Die postoperativen Kontrollen finden grundsätzlich nach drei, sechs und zwölf Monaten statt. Es erfolgt, wenn gewünscht, eine Fotodokumentation, die allerdings ausschließlich dem Patienten zur Verfügung steht (►Abb. 4).

Nebenwirkungen

An Nebenwirkungen muss beschrieben werden, dass es mit unvermeidlicher Sicherheit zu Blutergüssen kommt. Muskel-

kater ist ebenfalls von den meisten Patienten beschrieben worden. Die Patienten erhalten über eine kurze Zeit aus prophylaktischem Grund ein Antibiotikum sowie die von der Anästhesistin gewünschte Heparinisierung (13). Die Nebenwirkung „lokale Infektion am Einstichloch“, wie sie von Hanke Ende der 90er Jahre beschrieben wurde, sehen wir bei höchstens 0,3% der operierten Patienten.

Diskussion

Die Operationen werden seit 1997/1998 im Rahmen dieser nun modifizierten Form durchgeführt. Über den gesamten Zeitraum wurde bei keiner Patientin ein postoperatives Lymphödem festgestellt. Die Ergebnisse der Lymphologischen Liposculptur sind dauerhaft, die Umfangsverminderung bildet sich auch unter Beibehaltung aller weiteren Maßnahmen nicht wieder zurück, da sie ja ursprünglich auf einer angeborenen Fettvermehrung beruhte. Die Patienten sind druckschmerzfrei und beschreiben durchgehend eine hohe Veränderung ihrer Lebensqualität (17), da sie nun nicht nur ihre Graderobe neu ordnen müssen, sondern auch zu vielen anderen vorher verwehrten körperlichen Aktivitäten wieder Zugang finden.

Im Rahmen der 2004 abgeschlossenen Machbarkeitsstudie interessierte vor allem, ob der Lymphfluss sich auch nachweisbar verbessert hatte. Deswegen wurden im ersten Jahr der Operation bei vielen Patientinnen präoperativ Lymphsintigraphien und indirekte Lymphangiographien durchgeführt. Diese Patientinnen wurden nach sechs bis sieben Jahren postoperativ erneut gebeten, die radiologischen und nuklearmedizinischen Untersuchungen durchführen zu lassen. 2007 wurde diese Studie von Bender publiziert (3). Die Ergebnisse sind eindeutig: Die Uptake-Raten haben sich normalisiert. Etwas anderes war auch aus klinischer Sicht nicht zu erwarten, da eine Schmerzhaftigkeit als Ausdruck der Hochvolumeninsuffizienz bei keinem Patienten wieder auftrat. Seitdem diese Ergebnisse, welche auf dem Wiener Kongress der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie vorgestellt und publiziert worden sind, verzichten wir auf jedwede präoperative radiologi-

sche Diagnostik. Eine Ausnahme von dieser Regel ergibt sich nur dann, wenn sich eine Patientin mit voroperiertem Befund vorstellt oder wenn klinisch der Eindruck eines Lipo-Lymphödems, also der Kombination zweier unterschiedlicher Erkrankungen besteht, was allerdings überaus selten und deutlich seltener in der Praxis vorkommt, als in der Literatur beschrieben.

Standpunkt

Eine häufig gestellte Frage von Kollegen, aber auch Patienten ist, ob denn die operative Lipödembehandlung eine Kassenleistung sei. Dies kann unzweifelhaft verneint werden. Es liegen mehrere Bundessozialgerichtsurteile vor, die ganz eindeutig darauf hinweisen, dass ein solcher Eingriff nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden darf. Hiervon sollte man sich auch bei immer wieder zitierten Einzelfällen, wo denn von dieser Regel eine Ausnahme gemacht wurde, nicht irritieren lassen.

Die Patientin kann heute wählen zwischen lebenslanger, konservativer Therapie oder Operation. Die konservative Therapie darf zurzeit nach den gültigen Regeln nur mit 2 x 6 Lymphdrainagen und entsprechender Kompressionsbestrumpfung rezeptiert werden. Eine Bandagierung beim Lipödem verbietet sich, da eine Umfangverbesserung durch konservative Therapie nicht erreicht werden kann. Nach der Applikation der 12 Lymphdrainagen darf vom Verordner für die nächsten drei Monate, unabhängig von Quartalsregeln, keine weitere Lymphdrainage zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden. Lipödeme können nur nach Ly I behandelt werden. Ein Switch in die Gruppe Ly II verbietet sich, da es sich bei Lipödemien nicht um Lymphödeme handelt, welche ausdrücklich nur nach Ly II der Heilmittelrichtlinien, so sie keinen onkogenen Hintergrund haben, behandelt werden sollen. Eine Verwischung dieser Verordnungsmöglichkeiten führt immer wieder zur Debatte mit Patienten. Man muss in diesen Debatten darauf hinweisen, dass eine Verschleierung der wahren Diagnose für den Patienten schädlich, weiterhin Betrug an der Krankenkasse ist. Oft wird vom Patienten dann

Fazit

Nachdem Allen und Hines das Krankheitsbild 1940 erstmals beschrieben, kann seit 1997 festgehalten werden, dass, so wie ebenfalls publiziert, die modifizierte Liposuktion, die als Lymphologische Liposculptur (9) in der Literatur zu finden ist, beim Krankheitsbild des Lipödems an Armen und Beinen zur Heilung führt. Wünschenswert wäre, dass an den Beinen und an den Armen nach dem Krankheitsbild gefahndet wird und die Patientinnen über die operativen Möglichkeiten der Behandlung aufgeklärt werden.

eine höhere Verordnungsfrequenz erwartet, als dem Arzt erlaubt ist. Dies führt allerdings auch dazu, dass die Gesamtmenge an vorhandenen Mitteln für dringend benötigte Lymphdrainagen auf diese Art und Weise den Patienten nicht mehr zur Verfügung stehen. Es ist heute auch kaum noch möglich, eine Lipödem-Patientin in einer lymphologischen Fachklinik unterzubringen, denn die Voraussetzung hierfür ist eine Ausschöpfung der ambulanten Therapiemöglichkeiten ohne Erfolg.

Unter Kassenbedingungen bekommt eine Lipödem-Patientin zu Lasten der Krankenkasse 12 Lymphdrainagen, wird also normalerweise drei bis sechs Wochen therapiert. Wenn dann behauptet wird, der Therapieerfolg sei nicht hinreichend und die Überweisung in eine lymphologische Fachklinik angesagt, wird dies jeder Gutachter ablehnen. Ziel ist natürlich nicht, die Patienten unbehandelt zu lassen; politisches Ziel ist, die Aufwendung für Lymphdrainagen deutlich zu reduzieren und die Lymphologie letzten Endes komplett in die Privatverpflichtung des Patienten zu übertragen. Unabhängig von der Verordnungsmenge kann die Patientin nicht auf die weitere Lymphdrainagebehandlung verzichten und ist deswegen auch finanziell in durchaus erheblichem Maße gefordert. Eine Durchbrechung dieser Regel führt den Arzt im schlimmsten Fall zum Regress, da die vom Wert abgeschöpften Mittel für Lymphdrainagen nicht von den Krankenkassen gegenbeglichen werden, sondern direkt aus dem ärztlichen Honorar aller anderer Kollegen bedient werden.

Es empfiehlt sich also dringend, klare und korrekte Diagnosen zu notieren, keine

über diese Diagnosen hinausgehende und dadurch ermöglichten Lymphdrainagen zu verordnen und die Patientinnen, so es sich denn um Lipödem-Patientinnen handelt, auch auf die Möglichkeit der operativen, und damit definitiven und endgültigen Sanierung, die allerdings nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden kann, hinzuweisen.

Die operative Therapie, als Lymphologische Liposculptur durchgeführt, stellt eine kausale Therapie des Lipödems der Arme und der Beine dar; sie ist dauerhaft und heilt das Krankheitsbild.

Für Ärzte, aber auch Patientinnen steht neben einer Patienten-Broschüre auch eine DVD zur Verfügung, die kostenlos unter www.operative-lymphologie.de angefordert werden kann.
Rückfragen: www.hautarzt-duesseldorf.de

Literatur

1. Allen E, Hines EA. Lipedema of the legs: A syndrom characterized by fat legs and orthostatic edema. *Proc Staff Mayo Clin* 1940; 15: 184–187.
2. Asdonk J. Lymphdrainage, eine neue Massagemethode. *Phys Med Rehabil* 1966; 7: 312.
3. Bender H, Pleiß C, Cornely ME, Risse, JH. Lymphszintigraphie beim Lipödem. Einfluss einer Liposuktion. *Vasomed* 2007; 19: 60–62.
4. Cornely ME. Liposuktion (Liposculpture). In: Weissleder H, Schuchhardt Ch. *Erkrankungen des Lymphgefäßsystems*. Köln: Viavital. 2000; 384–397.
5. Cornely ME. Lipödem und Lymphödem. In: Plewig G, Prinz J. *Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie*. Heidelberg 2002.
6. Cornely ME. Zur Terminologie bei Lipödem. *MÄC* 2004; 4.
7. Cornely M.E. Lymphologie. *JDDG* 2006; 6: 564–579.
8. Cornely ME. Lymphoedema and Lipoedema. In: Shiffman M, Cornely ME. *Non-Cosmetic Applications of Liposuction*. 2006.
9. Cornely M.E. Lymphologische Liposculptur. *Hautarzt* 2007; 58: 653–658.
10. Cornely ME. Liposuktion bei Lipödem (Cellulite) – Follow up bei 140 operierten Patienten nach 7 Jahren. *Akt Dermatol* 2004.
11. Cornely ME. Lipedema and lymphatic edema. In: Melvin A, Shiffman MA, Di Guiseppe A. (eds) *Liposuction Principles and Practice*. Berlin: Springer Verlag 2006; 547–555
12. Deri G, Weissleder H. Vergleichende prä- und posttherapeutische Volumenmessungen in Beinsegmenten beim Lipödem. *Lymph Forsch* 1997; 1: 35–37.
13. Habbema L. Safety of liposuction using exclusively tumescent local anesthesia in 3,240 consecutive cases. *Dermatol Surg* 2009; 35(11): 1728–1735.
14. Marsch WCh. Ist das Lipödem ein lymphologisches Krankheitsbild? *J Lymphol* 2001; 1: 22–24.
15. Rapprich S, Loehnert M, Hagedorn M. Therapy of lipoedema syndrome by liposuction under tumescent local anaesthesia. *Ann Dermatol Venereol* 2002; 129: 1S711.
16. Rapprich S, Dingler A, Podda M. Liposuktion ist eine wirksame Therapie beim Lipödem. Ergebnisse einer Untersuchung mit 25 Patientinnen. *JDDG* 2011; 9 (1): 33–40.
17. Reißhauer A. Druckmessung beim Lipödem. In: Strößenreuther RHK (Hrsg.) *Lipödem und andere Erkrankungen des Fettgewebes*. Köln: Viavital 2001; 75–78.
18. Sattler G. Liposuction in lipoedema. *Ann Dermatol Venereol* 2002; 129: 1S103.
19. Schmeller W, Meier-Vollrath I. Lipödem: Ein Update. *LymphForsch* 2005; 9: 10–20.