

Erkrankungen des subkutanen Fettgewebes

Die Lipödem-Therapie im Fokus von Gesundheitswesen und Politik

Birgit Wörle, Meggen

Das Lipödem ist eine chronisch-progrediente Erkrankung, die sich durch eine Fettverteilungsstörung mit teils erheblicher Disproportion zwischen schlankem Körperstamm und voluminösen Extremitäten auszeichnet. Die Behandlung erfolgt symptomatisch, kausale Therapie ist keine bekannt. Bezüglich Fettgewebsreduktion durch Liposuktion erfolgt eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse in der Schweiz bis jetzt nur in Einzelfällen.

■ Die Erkrankung ist definiert durch eine umschriebene, symmetrisch lokalisierte Unterhautfettgewebsvermehrung der Beine, und seltener auch der Arme. Charakteristisch ist die gesteigerte Berührungsempfindlichkeit und Druckschmerzhaftigkeit in den betroffenen Körperregionen. Weiterhin typisch sind Ödeme, sowie eine Hämatomneigung nach Bagatelltraumata.

Diagnostische Klassifikation

Seit dem Jahr 2017 ist die Erkrankung Lipödem international statistisch klassifiziert. Im ICD10-Katalog-German Modifikation ist die Erkrankung Lipödem stadienabhängig (Stadium I-III) in der Kategorie «Sonstige Stoffwechselstörungen» verzeichnet (ICD10-GM2019: E88.20-E88.22) (Tab. 1) [1].

Die Erkrankung betrifft fast ausschliesslich Frauen und tritt in Phasen hormoneller Veränderungen, wie der Pubertät, während Schwangerschaft, oder seltener auch erst in der Menopause auf. Man geht davon aus, dass etwa 5% der Schweizerinnen am Lipödem leiden. Valide epidemiologische Daten aus grösseren Studien liegen leider nicht vor. Eine familiäre Häufung wird in etwa 60% der Fälle beobachtet. Einzelfallberichte betroffener Männer stehen in Zusammenhang mit Hormontherapien oder -störungen (z.B. Hypogonadismus) oder Leberzirrhose. Die Ätiologie der Erkrankung ist bisher unbekannt. Die Pathomechanismen und insbesondere die spezielle Rolle der Hormone bzw. der Hormonrezeptoren sind weiterhin

unklar und unterliegen den Bemühungen der Forschung.

Früher häufig verwendete Synonyme für die Erkrankung: Lipomatosis dolorosa, Lipohypertrophia dolorosa, Lipohyperplasia dolorosa, Adipositas dolorosa, Lipalgie, Adiposalgie, schmerzhaftes Lipödemsyndrom, schmerzhaftes Säulenbein.

Die Diagnose Lipödem wird ausschliesslich anhand von klinischen Kriterien gestellt. Anamnese, Inspektion und Palpation führen hier zu den typischen Charakteristika:

- Weiblicher Patient
- Erkrankungsbeginn während Pubertät, Schwangerschaft oder Menopause
- Disproportionale, symmetrische Fettgewebsvermehrung an den Extremitäten
- Kalibersprung proximal der Gelenke - Hände und Füsse - sind nicht betroffen
- Schmerzhaftigkeit bei Palpation
- Schwere- und Spannungsgefühl, Ödeme
- Hämatomneigung

Die Vermehrung des Fettgewebes beruht auf einer Hyperplasie und Hypertrophie der Fettzellen im Bereich der betroffenen Extremitäten. Aufgrund einer Kapillarpermeabilitätsstörung gelangt übermässig viel Flüssigkeit ins Interstitium. Das Lymphgefässsystem reagiert darauf

zunächst mit gesteigertem Lymphabtransport. Aufgrund einer entstehenden Hochvolumentransportinsuffizienz kann das subkutane Fett- und Bindegewebe nicht mehr genügend drainiert werden, es entstehen Ödeme. Der verzögerte und verminderte veno-arterielle Reflex begünstigt zudem orthostatische Ödeme. Im langjährigen Verlauf kann es zur Ausbildung eines sekundären Lymphödems, zu Fibrosierung des Unterhautfettgewebes und zu Sklerose sowie Papillomatose der Dermis kommen. Eine erhöhte Kapillarfragilität ist ursächlich für die vermehrte Hämatomneigung.

Differenzialdiagnostik

In erster Linie müssen differenzialdiagnostisch Lipohypertrophie, Adipositas und Lymphödem erwogen werden (Tab. 2). Auch diese Abgrenzung des Lipödems erfolgt anhand von klinischen Merkmalen: Fettvermehrung, Disproportion, Ödem, Druckschmerz und Hämatomneigung. Alle fünf Merkmale sind ausschliesslich beim Lipödem erfüllt. Das leitende Kriterium beim Lipödem ist der Schmerz. Ohne Schmerzsymptomatik liegt kein Lipödem vor. Bei der Lipohypertrophie, mit der ästhetisch störenden Reithosen-Symptomatik, fehlen Ödem und Druckschmerz, eine Hämatomneigung kann vorliegen. Die Adipositas weist meist keine Disproportion auf, Ödeme sind möglich, Druckschmerz und Hämatomneigung liegen nicht vor. Die Diagnose des Lymphödems läuft über das Ödem, Disproportion ist vorhanden, eine Fettvermehrung ist möglich; meist besteht Asymmetrie. Druckschmerz und Hämatomneigung liegen beim Lymphödem nicht vor.

Tab. 1 Klassifikation des Lipödems nach ICD10-GM2019	
ICD-Code	ICD-Kriterien
E88.20 Lipödem, Stadium I	Lokalisierte schmerzhafte symmetrische Lipohypertrophie der Extremitäten mit Ödem, mit glatter Hautoberfläche, mit gleichmässig verdickter Subkutis
E88.21 Lipödem, Stadium II	Lokalisierte schmerzhafte symmetrische Lipohypertrophie der Extremitäten mit Ödem, mit unebener, wellenartiger Hautoberfläche, mit knotigen Strukturen in verdickter Subkutis
E88.22 Lipödem, Stadium III	Lokalisierte schmerzhafte symmetrische Lipohypertrophie der Extremitäten mit Ödem, mit ausgeprägter Umfangsvermehrung und grosslappig überhängenden Gewebeanteilen von Haut und Subkutis



Dr. med. Birgit Wörle
 Fachärztin für Dermatologie FMH
 LipödemZentrum
 Zentralschweiz LZZ
 Hirslanden Klinik Meggen
 Huobmattstrasse 9
 6045 Meggen
 lzz.meggen@hirslanden.ch

nach [1]

Tab. 2 Lipödem – Differenzialdiagnosen				
	Lipödem	Lipohypertrophie	Adipositas	Lymphödem
Fettvermehrung	+++	+++	+++	(+)
Disproportion	+++	+++	(+)	+
Ödem	+++		(+)	+++
Druckschmerz	+++			
Hämatome	+++	(+)		

nach [7]

Weitere Differenzialdiagnosen schliessen das Phlebödem (Ödem und Hautzeichen der chronisch venösen Insuffizienz), das Myxödem bei Schilddrüsendysfunktion (teigiges Ödem) und die kombinierten Erkrankungen ein: Lipödem mit sekundärem Lymphödem, Lipödem mit begleitender Adipositas, Adipositas mit sekundären Ödemen (Adipositasödeme), Adipositas mit Fibromyalgie.

Verlaufsbeobachtung

Geeignet zur Verlaufskontrolle des Lipödems sind die folgenden Parameter: Körpergewicht, Body-Mass-Index (BMI), Waist-to-Hip-Ratio (WHR), Waist-to-Height-Ratio (WHtR) sowie Umfangs- und Volumenmessungen der Extremitäten (Perometrie). Ein erhöhter BMI kann beim Lipödem irreführend sein; die WHR ist hier meist klärend. Auch in differenzialdiagnostisch schwierigen Fällen, z.B. Abgrenzung des Lipödems von der Adipositas, sind diese Parameter hilfreich.

Morphologische Untersuchungen und Funktionsuntersuchungen des Lymphgefässsystems sind beim Lipödem nicht diagnostisch und daher in der klinischen Routine nicht erforderlich. Auch die häufig bemühte, hochauflösende Sonographie zeigt neueren Untersuchungen zu Folge keine spezifischen Kriterien in der Diagnostik des Lipödems.

Die Erkrankung Lipödem verläuft chronisch-progredient, individuell sehr unterschiedlich und nicht vorhersehbar. Die Einteilung erfolgt zum einen nach Lokalisation, zum anderen nach Morphologie (Stadium I–III, **Abb. 1**). Man unterscheidet bei den unteren Extremitäten Ganzbein-, Oberschenkel- und Unterschenkel-Typ, bei den oberen Extremitäten Oberarm-, Ganzarm- und Unterarm-Typ. Die genannte Reihenfolge spiegelt jeweils die Häufigkeit des Auftretens in abnehmender Tendenz.

Das Stadium lässt sich anhand der folgenden morphologischen Charakteristika festlegen:

- Stadium I: Glatte Hautoberfläche mit gleichmässig verdickter, homogen imponierender Subkutis
- Stadium II: Unebene, überwiegend wellenartige Hautoberfläche, knotenartige Strukturen in verdickter Subkutis

– Stadium III: Ausgeprägte Umfangsvermehrung mit überhängenden Gewebeanteilen (Wammenbildung)

Ein fließender Übergang von Stadium I zu Stadium II, bzw. Stadium III ist verlaufsabhängig möglich. Die Intensität der Beschwerden beim Lipödem korreliert jedoch nicht mit der Höhe des Stadiums. Die Schmerzen können in Stadium I wesentlich ausgeprägter sein als in den fortgeschrittenen Stadien II oder III. Eine Fotodokumentation kann damit sehr häufig der Beschwerdesymptomatik und dem Leidensdruck der Patientinnen nicht gerecht werden; es steht leider in vielen Fällen die ästhetische Komponente bildlich im Vordergrund.

Therapie-Leitlinien

Die Behandlung der Erkrankung zielt auf Beschwerde-Erleichterung oder Beschwerde-Freiheit (Schmerzen, Ödeme und Disproportion) sowie Vermeidung von Komplikationen ab. Im fortgeschrittenen Stadium steigt das Risiko von Komplikationen (Mazeration, bakterielle und mykotische Hautinfektion, Lymphödem, Erysipel, Bein- und Fussfehlstellungen mit Valgus-Gonarthrose, Gangstörungen mit funktionellen Auswirkungen).

Eine kausale Therapie ist beim Lipödem nicht bekannt. Die symptomatisch wirksamen Massnahmen werden individuell kombiniert und dem Beschwerdebild angepasst.

Seit Oktober 2015 liegt die vollständig überarbeitete, aktualisierte Fassung der deutschen S1-Leitlinie Lipödem (AWMF-Registernummer: 037-012) vor [2]. Die leitliniengerechte Therapie der Erkrankung besteht aus insgesamt vier Säulen:

- 1. Konservative Therapie:** Diese beinhaltet die komplexe physikalische Entstauungstherapie KPE, mit einer initialen Entstauungsphase mittels Bandagierung (1–2 Wochen) und unmittelbar anschliessender Erhaltungsphase mit 1–2x wöchentlichen manuellen Lymphdrainage-Behandlungen (MLD) in Kombination mit konsequenter, täglicher Kompressionstherapie (flachgestrickte Miederware Klasse II), die Bewegungstherapie und die Hautpflege. Die apparative intermittierende Kompression (AIK) ist unterstützend zur Entstauung und Ödemreduktion möglich, kann jedoch die MLD und Kompression nicht ersetzen.
- 2. Operative Therapie:** Diese ist klar definiert als Fettgewebsreduktion mittels Liposuktion in Tumescenz-Lokalanästhesie (Vibrations-assistierte Technik [VAL] oder Wasserstrahl-Technik [WAL]) unter Einsatz gewebeschonender, stumpfer Mikrokanülen, und ggf. die nachfolgend notwendige Entfernung überschüssiger Haut- und Gewebelappen mittels plastisch-chirurgischen Massnahmen.
- 3. Ernährungsumstellung:** Eine begleitende Ernährungsumstellung ist häufig auch bei normalgewichtigen Patientinnen, in jedem Fall jedoch zur Körpergewichtsreduktion bei begleitendem Übergewicht oder Adipositas sinnvoll. Zu vermeiden sind Blutzucker- und

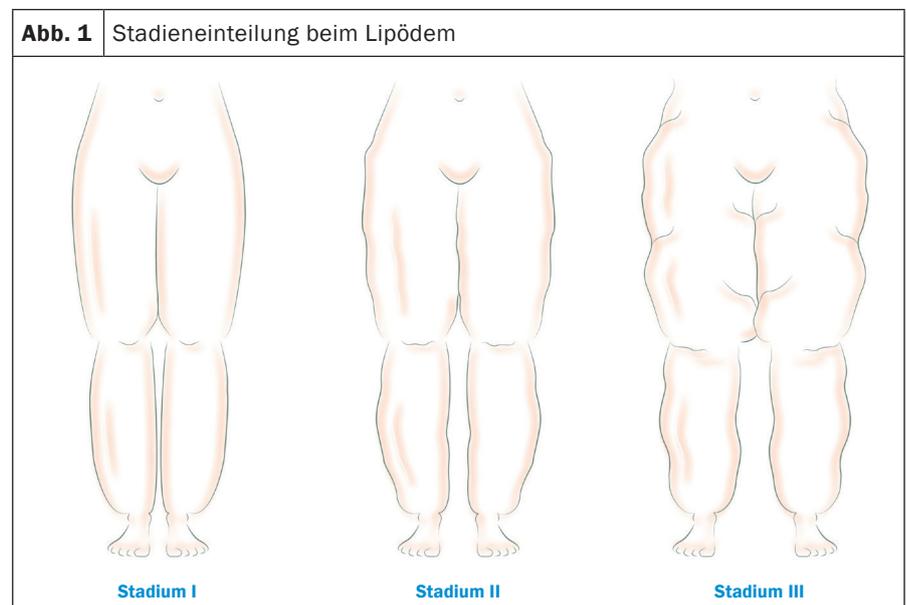


Abb. 1 Stadieneinteilung beim Lipödem

Quelle: [7]

Insulinspitzen, und es sollten ausreichend Pausen zwischen den Mahlzeiten eingehalten werden (isoglykämische Ernährung). Eine allgemeingültige, lipödem-spezifische Ernährungsempfehlung gibt es nicht.

4. Bewegungsintensivierung: Empfohlen wird die Steigerung der körperlichen Aktivität. Insbesondere effektiv sind hierbei Bewegungsübungen im Wasser (Schwimmen, Aqua-Jogging, Aqua-Aerobic, Aqua-Cycling usw.). Im Wasser werden die Gelenke vom Körpergewicht entlastet, der Lymphfluss durch den Wasserdruck gefördert und durch Betätigung gegen den Widerstand des Wassers mehr Energie verbraucht. Weiterhin sind sportliche Übungen mit Bewegung auf dem Trampolin günstig.

In Einzelfällen kann eine psychotherapeutische Unterstützung sehr sinnvoll sein. Viele Patientinnen fühlen sich durch die Erkrankung mit ihrem disproportionierten Erscheinungsbild, deren konservativen Therapie, das tägliche Tragen von Kompressionsmiederware und die zeitaufwändigen regelmässigen Lymphdrainagen stigmatisiert. Nicht selten wurde zudem jahrelang von Arzt und Familie zu Gewichtsreduktion und mehr Bewegung geraten, das Krankheitsbild blieb jedoch unerkannt. Patientinnen fühlten sich schuldig und hilflos, sehen sich nicht in der Lage gegen ihr scheinbares Übergewicht anzugehen. Wobei es auch nicht eine Frage der Motivation ist. Dass sich dabei Essstörungen oder wirkliches Übergewicht noch dazugesellen, ist sehr gut erklärbar.

Eine medikamentöse Therapie respektive Diuretika-Therapie zur Beseitigung von Flüssigkeitseinlagerungen an den Beinen ist beim Lipödem, mit und ohne sekundärem Lymphödem, nicht indiziert. Der medikamentös-induzierte Flüssigkeitsentzug im Interstitium führt zu einem erhöhten Proteingehalt im Gewebe und somit sekundär zu vermehrten Ödemen.

Das Behandlungsziel der konservativen Therapie beim Lipödem ist die Ödemreduktion, Schmerzlinderung und die Reduktion der Hämatomneigung. Die konservative Therapie begleitet im Regelfall die Patientin für den Rest ihres Lebens und schränkt die Lebensqualität mitunter massiv ein.

Das Tragen der festen, massangefertigten, flachgestrickten Miederware der Kompressionsklasse II (mit Naht hinten) – häufig in zwei Teilen angefertigt: z.B. Caprihose und Kniestrumpf oder Radlerhose und Schenkelstrumpf um das Anlegen zur erleichtern – ist besonders in der heissen Jahreszeit erforderlich, aber dann besonders schwer zu tolerieren.

Das Fortschreiten der Erkrankung kann ausschliesslich mittels operativer Massnahme, einer Liposuktion in Tumeszenz-Lokalanästhesie, gestoppt werden. Es handelt sich um eine etablierte und risikoarme, gewebeschonende operative Methode mit deren Hilfe die über-

Die wichtigsten Fakten zum Lipödem

- Das Lipödem ist eine Erkrankung (ICD10-GM2019; E88.20–E88.22)
- Klinische Diagnose / Kein Schmerz – Kein Lipödem
- S1-Leitlinie: www.awmf.de (Nr. 037/012) – Stand 10/2015
- Konservative Therapie stoppt nicht die Progredienz
- Operative Therapie bei Versagen der konservativen Therapie
- Anerkannte Operationsmethode: Liposuktion in Tumeszenz-Lokalanästhesie
- Vibrations-assistierte Technik oder Wasserstrahl-Technik
- Kostenübernahme Liposuktion durch Krankenkassen nur im Einzelfall (CH, D)

mässig vorhandenen Fettzellen gezielt und dauerhaft bis zu 85% entfernt werden können. Der Eingriff führt in bis zu 90% der Fälle zu ausgeprägten Verbesserungen in Bezug auf Spontanschmerzen, Druckschmerzen, Ödem, Hämatomneigung, Bewegungsfreiheit, Körperform und damit zu einer Steigerung der Lebensqualität und des Selbstwertgefühls bei den Patientinnen. Teilweise kann danach auf eine konservative Therapie vollständig verzichtet werden.

Gesundheitspolitische Situation

Die wissenschaftliche Studienlage zur operativen Therapie der Erkrankung Lipödem ist zum jetzigen Zeitpunkt ungenügend, um die Liposuktion als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland anzuerkennen, so die Einschätzung des gemeinsamen Bundesausschusses G-BA. Mit Beschluss des G-BA vom 18.01.2018 wurde eine Erprobungsrichtlinie-Liposuktion herausgegeben, um im Rahmen einer noch zu initiiierenden, multizentrischen Studie den Nutzen der Liposuktion in Deutschland zu überprüfen [3].

Die im Juni 2017 im Bundeshaus beim Nationalrat eingereichte Petition der Vereinigung Lipödem Schweiz mit der Bitte um Anpassung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in Hinblick auf die Behandlungsmassnahmen beim Lipödem führte zu einer Überprüfung der Sachlage.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit empfiehlt dem Nationalrat mit Bericht vom 15.11.2018 der Petition keine Folge zu leisten, da sie das Anliegen als erfüllt betrachtet [4]: «Eine Anpassung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist nach Ansicht der Kommission nicht nötig, da die Kosten der genannten Leistungen bereits heute übernommen werden.

Voraussetzung für eine Kostenübernahme zu Lasten der OKP ist eine gesicherte Diagnose eines Lipödems mit klarer Abgrenzung von einer Extremitäten-betonnten Fettleibigkeit ohne Lipödem. Das Lipödem fällt aufgrund der geringen Zahl der Erkrankungen in die Kategorie der seltenen Krankheiten. Probleme bei der Kostenübernahme durch die Versicherer seien nicht auf fehlende Positionen in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) zurückzuführen, sondern vielmehr auf ungenügendes Wissen über die Krankheit bei einem Teil der Ärztinnen und Ärzte. Die Kommission legt der Vereinigung Lipödem Schweiz deshalb nahe, den Kontakt mit der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV) zu suchen, damit die Thematik im Rahmen der Fortbildung der SGV und im Manual der Vertrauensärzte aufgegriffen und so der Kenntnisstand über diese seltene Krankheit erweitert wird.» Der Nationalrat lehnt die Petition mit Datum vom 14.12.2018 ab [5].

Im Manual der Schweizerischen Gesellschaft für Vertrauens- und Versicherungsärzte SGV wurde bereits im Januar 2018 im fachspezifischen Kapitel «Angiologie» die Thematik zum Lipödem ausführlich beleuchtet [6]. Eine Tatsache ist, dass aktuell Kostenübernahmeanträge an die schweizerischen Krankenkassen für die Behandlung mittels Liposuktion auch bei Patientinnen mit fachärztlich gestellter Diagnose Lipödem (z.B. durch Angiologie oder Dermatologie) und im Behandlungsverlauf ungenügend wirksamer, konservativer Therapiemassnahmen nur in seltenen Einzelfällen positiv beurteilt werden. Begründet wird die Ablehnung der Kostenübernahme für die Liposuktion sehr häufig standardisiert mit dem fehlenden Nachweis der 3 Kriterien: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) nach Art. 32 KVG.

Interessant ist die insgesamt sehr unterschiedliche Beurteilung der Kostenübernahme-Situation von Politik und Gesundheitswesen. Die Leidtragende ist die Patientin.

Literatur:

1. DIMDI: ICD-10-GM Version 2019. www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlmigm2019/
2. AWMF: Leitlinien: Lipödem. Registernummer 037–012. www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/037-012.html
3. G-BA: Beschluss. Erprobungs-Richtlinie: Liposuktion beim Lipödem. Beschlussdatum: 18.01.2018. www.g-ba.de/beschluesse/3202/
4. NR: Petition Vereinigung Lipödem Schweiz. Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 15. November 2018. www.parlament.ch
5. NR: Petition Vereinigung Lipödem Schweiz. Ablehnung. 14.12.2018. www.parlament.ch/de/
6. SGV: Manual Angiologie – Lipödem; Januar 2018 www.vertrauensaeerzte.ch/manual/4/angiologie/lipoedem/
7. Hirslanden Klinik St. Anna AG, LipödemZentrum Zentralschweiz, Meggen