

Plastische CHIRURGIE



Sonderdruck
16. Jahrgang
Heft 3

Gülbin Sosur, Ursula Mirastschijski, Devrim Isbir, Christine Gärtner, C. Can Cedidi

Das Lipödem – noch immer häufig fehldiagnostiziert

Erfahrungsbericht aus ärztlicher und Patientensicht

Diese PDF-Datei wurde für die human med AG erstellt und dient ausschließlich für die unternehmenseigenen digitalen Kommunikationskanäle. Jegliche weitere darüber hinaus gehende Nutzung, Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Verlags.


AquaShape®
by human med 

Weitere Informationen
rund um eine schonende und
effektive Lipödembehandlung
finden Sie unter
www.aquashape.info



Gülbin Sosur, Ursula Mirastschijski, Devrim Isbir, Christine Gärtner, C. Can Cediti

Das Lipödem – noch immer häufig fehldiagnostiziert

Erfahrungsbericht aus ärztlicher und Patientensicht

Verteilungsstörungen des Fettgewebes können einen gravierenden funktionellen Einfluss auf den Bewegungsapparat bewirken, sowie das Selbstwertgefühl und die Lebensqualität erheblich negativ beeinträchtigen. Die plastische Chirurgie des Fettgewebes befasst sich mit einer Reihe von Krankheitsbildern, die einer professionellen integrativen interdisziplinären Behandlung bedürfen.

Das Lipödem ist eine Erkrankung des Fettgewebes und wurde als erstes von Allen und Hines 1940 beschrieben. Es handelt sich um ein Krankheitsbild, das schwierig zu diagnostizieren ist und häufig als Lymphödem oder einfache Adipositas fehldiagnostiziert wird. Die Diagnosekriterien von Allen und Hines haben auch in unserer Zeit ihre Gültigkeit behalten. Diese beinhalten ein häufigeres Auftreten bei Frauen, eine symmetrische Manifestation zum Beispiel in beiden Beinen, wobei der Fuß ausgespart bleibt. Die Knöchelregion imponiert wie ein endendes Hosenbein. Weitere Kriterien sind ein minimales Ödem, die Persistenz der Schwellung trotz Hochlagerung oder Gewichtsabnahme sowie Schmerzen, Druck- und Berührungsempfindlichkeit und die leichte Neigung zu Hämatomen. Die Diagnose erfolgt rein klinisch-morphologisch. Das Lipödem entwickelt sich meist aus einer Lipohypertrophie heraus, wobei der genaue Prozentsatz nicht bekannt ist.

Bis zu 50 Prozent der Lipödemerkrankten sind adipös, was zusätzlich die Differentialdiagnose von Adipositas erschweren kann

Die Erstmanifestation findet meist in der Pubertät statt und kann auch durch hormonelle Schwankungen, wie etwa eine Schwangerschaft getriggert werden. Phä-

notypisch werden lobuläre Typen von kolumnären unterschieden, wobei der lobuläre Typ seltener vorkommt. Bei Manifestation im Bereich der unteren Extremität kann in 31 Prozent der Fälle auch ein Befall der oberen Extremität vorkommen. Ein alleiniges Vorkommen im Bereich der Oberarme wird in drei Prozent der Fälle beschrieben. Aus einem Lipödem kann sekundär ebenso das Mischbild eines Lipolymphödems resultieren. Es werden drei Stadien des Lipödems beschrieben, wobei sich aus jedem Stadium heraus auch ein Lipolymphödem bilden kann.

Pathophysiologisch wird eine Kapillarpermeabilität und zu geringem Teil eine mechanische Komprimierung der kleinen Venen und Lymphgefäße durch die Fettgewebemassen beschrieben. Therapiemaßnahmen wie Lymphdrainage oder reine Kompressionsbehandlung können beim Mischbild des Lipolymphödems je nach Größe des Anteils an Lymphödem Beschwerdelinderung erzielen. Diese Behandlungsmaßnahmen sind bei reinen Lipödem oder Mischbildern mit geringer lymphödematösen Komponente jedoch häufig nicht langfristig erfolgsversprechend. Die zuverlässigen Erfolge nach Liposuktion des erkrankten Fettgewebes in Kombination mit postoperativer Kompressionsbehandlung sind dagegen in zahlreichen Studien beschrieben.

In der Folge von erheblichen Gewichtsabnahmen kann es zusätzlich zu einer ausgeprägten Erschlaffung des Hautweichteilmantels kommen. Durch individuelle Straffungsoperationen kann vielen Patienten eine ästhetische und funktionelle körperliche „Integrität“ mit verbesserter Lebensqualität und Selbstwertgefühl zurückgegeben werden. Dies wollen wir anhand des illustrierten Falles beispielhaft darstellen.

Erfahrungsbericht einer Patientin

Nach einer schwergewichtigen Teenagerzeit pendelte sich mein Gewicht bei einer Größe von 1,70 m bei 86 Kilo ein. Im Laufe der Jahre wurden drei Kaiserschnitte durchgeführt und meine Figur war im Alter von 40 Jahren als solche nicht mehr zu bezeichnen. Objektiv betrachtet sah ich aus wie eine fette Tonne. Trotzdem, ich hatte keine weiteren Beschwerden und akzeptierte mich, wie ich war. Ich war im Sportverein, ging regelmäßig walken, fuhr Fahrrad und Ski. Eine bewusste, gesunde und ausgewogene Ernährung gehört zu meinem Leben. Was mir allerdings immer schon fehlte war ein Sättigungsgefühl, das sich nicht einstellte. Mit dem Essen musste ich immer bewusst aufhören. Bei Gewichtsschwankungen blieb der Umfang meiner Oberschenkel stets gleich massig und änderte sich nicht. Dann jedoch, ungefähr im Alter von 45 Jahren, veränderte sich etwas: Ich hatte das Gefühl, dass meine Beine regelrecht explodierten. Schon morgens hatte ich ein unendliches Schweregefühl und starke Schmerzen. Es war, als ob Betonringe darum lagen und diese alles zusammen schnürten. Ein ständiger Druck lag auf den Oberschenkeln. Ich konnte nur noch kurze Zeit stehen, musste mich dann setzen und ausruhen. Tennis musste ich aufgeben, weil ich einfach nicht durchhalten konnte. Schon kurze Wegstrecken ermüdeten mich und ich war ständig außer Puste. Nach dem Sport fühlte ich mich nicht gut und frisch sondern total schlapp und überansprucht. Die Beinschmerzen waren so stark, dass ich teilweise fast gar nicht mehr laufen konnte. Ich wurde phlegmatisch und unzufrieden. Diesen Zustand wollte ich nicht hinnehmen und ging zum Hausarzt.

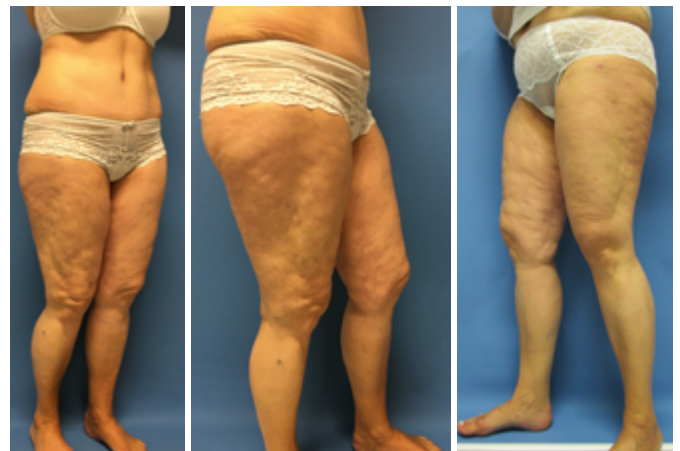
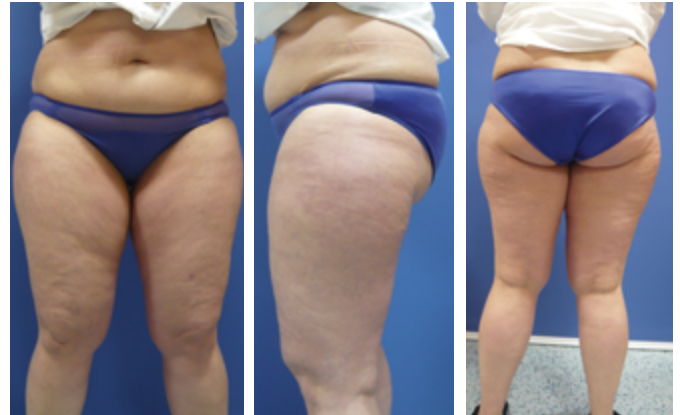
10/2012: Erste Konsultation des Hausarztes mit dem Anliegen, eine Aspirationslipektomie durchzuführen: Beratungsgespräch mit dem Hinweis auf wenig Erfolg, Durchführung eines Bluttests, Überweisung an Facharzt für Angiologie.

12/2012: Konsultation Angiologe: Eine arterielle Verschlusskrankheit und Erkrankung des tiefen und epifaszialen Venensystems beider Beine wurde ausgeschlossen. Ich erklärte ihm, für welches Ziel diese Untersuchung durchgeführt wurde. In seinem Bericht schrieb er: „Es zeigt sich bei nicht wesentlich adipöser Patientin eine massive Lipo-Hypertrophie beider Oberschenkel mit Schwere- und Spannungsgefühl. Mittels Umfangskontrollen sollte überprüft werden, inwieweit ein Lipödem zusätzlich besteht, bei dem eine Kompressionstherapie Entlastung schaffen könnte. Ansonsten sind strenge Maßnahmen zur Gewichtskontrolle mit kalorienrechter Ernährung und Bewegung erforderlich, die aber die Patientin bereits durchführt. Zusätzliche ist die Liposuktion des Fettgewebes der Oberschenkel anzustreben.“

Erste Vorstellung im Klinikum Bremen Mitte zwecks Kostenvoranschlag an die Krankenkasse: Im Beratungsgespräch versuchte die Ärztin meine Zuversicht hinsichtlich der Kostenübernahme bereits zu dämpfen. Bilder vor der blauen Wand wurden gemacht und im Bericht stand: „Patientin berichtet, dass seit einem dreiviertel Jahr eine Umfangszunahme an beiden Oberschenkeln besteht, sie hat massive Schmerzen, die sie in ihrem Alltag sehr einschränken. Ein physiologisches Gangbild ist nicht mehr möglich. Es erfolgte bereits eine gefäßchirurgische Abklärung. Hierbei zeigte sich kein Hinweis auf einen Gefäßverschluss. Bei der klinischen Untersuchung zeigt sich eine deutliche Umfangsvermehrung im Bereich beider Oberschenkel, insbesondere mediallyseitig. Die Unterschenkel zeigen sich ohne Umfangsvermehrung. Wir empfehlen eine Aspirationslipektomie mit mehrzeitigem Vorgehen.“

Erstes Schreiben zwecks Kostenübernahme an die Krankenkasse:

- Kurze Zusammenfassung der Arztbesuche und Empfehlungen
- Es folgte die Ablehnung des Antrages durch den MDK von einer Ärztin für Allgemeinmedizin und Anästhesie: „Es besteht ein Übergewicht der Versicherten und ein abdominell-/oberschenkelbetontes Fettverteilungsmuster. Sofern hier ein Lipödem vorliegen sollte, besteht die Therapie der Wahl unter adäquater Kompression, also Tragen von einer Kompressionsbestrumpfung, ggf. auch zusätzlich Lymphdrainage. Eine Liposuktion ist nach den hier vorliegenden Unterlagen nicht notwendig.“



Statusaufnahme der Patientin vor dem Eingriff und vier Monate danach.

Nach dieser Absage zuckte der Hausarzt mit den Schultern, der Angiologe fühlte sich nicht zuständig, schließlich half mir die Bremer Chirurgin weiter. Sie schrieb einen weiteren ausführlichen Bericht und versorgte mich mit Unterlagen und Tipps aus dem Internet, so dass ich den Einspruch an die Krankenkasse formulieren konnte.

1/2013: Zweite Vorstellung im Klinikum Bremen Mitte – Bericht: „Die Patientin hat seit einem Jahr eine massive Zunahme der Umfänge an beiden Oberschenkeln. Am restlichen Körper zeigt sich keine Umfangsvermehrung. Aufgrund der Umfangsvermehrung an den Oberschenkelinnenseiten ist kein physiologisches Gangbild möglich. Sie ist beim Arbeiten und im täglichen Alltag deutlich eingeschränkt. Es besteht eine massive Berührungsempfindlichkeit und Schmerzhaftigkeit. Bei der gefäßchirurgischen Abklärung ergab sich kein Hinweis auf einen Gefäßverschluss. – Bei sonst schlankem Oberkörper und schlanken Unterschenkeln besteht eine massive Umfangsvermehrung im Bereich beider Oberschenkel insbesondere medialseitig. Die Oberschenkel reiben beim Gehen aneinander. Die Patientin ist 1,70 m groß und wiegt 88 kg. Die Haut ist induriert und ödematös verändert. – Eine konservative Therapie ist hier nicht erfolgversprechend. Für das Stoppen der Krankheitsprogredienz ist die Normalisierung der Körperproportionen und die besserer Beweglichkeit essentiell. Die einzige kurative Therapie ist die Aspirationslipektomie. Dies belegt der wissenschaftliche Artikel von XXX“.

Einspruch gegen ablehnenden Bescheid (vielleicht hilft Leidensgenossen eine komplette Wiedergabe):

Sehr geehrte Damen und Herren, hiermit erhebe ich Einspruch gegen Ihren oben genannten Bescheid. Es werden keine nachvollziehbaren Gründe für die Ablehnung genannt. Aussage in der Begründung der Ablehnung: „Eine Liposuktion ist nach den hier vorliegenden Unterlagen nicht notwendig.“ Was bedeutet „notwendig“? Wann

ist eine Liposuktion „notwendig“? Wer definiert die „notwendigen“ Parameter? „Notwendig“ ist kein akzeptabler Begriff als Begründung, eine Behandlung abzulehnen. Als Versicherter habe ich Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Durch eine Liposuktion wäre das zu erreichen. Das Lipödem ist eine anerkannte Krankheit und wird im ICD-10-GM (amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland) unter dem Diagnoseschlüssel R60.9 geführt.

Der Anlass für die Beauftragung Ihres Gutachtens waren „neue und/oder unkonventionelle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“. Die Liposuktion ist weder neu noch unkonventionell sondern schlichtweg keine Regelleistung der GKV. Aus diesem Grund beantragte ich hiermit erneut eine Prüfung meines Einzelfalls! Zur Kostenübernahme der Liposuktion durch die Krankenkasse hat es schon mehrere Gerichtsurteile gegeben. Aktuell hat am 1.3.2012 das Landgericht Chemnitz (S 10 KR 189/10) hinsichtlich der Kostenübernahme für die Liposuktion einen Systemmangel der GKV festgestellt. Die von der Krankenkasse empfohlene und finanzierte Behandlung (Entstauungstherapie) (das ist ja die Therapie, die Sie auch mir vorschlagen) könne die Krankheit, das Lipödem, weder heilen noch dessen Verschlimmerung verhüten. Man kann vermuten, dass die Beurteilung einer neuen Behandlungsmethode von der KK verzögert wird, damit die Methode der Liposuktion nicht in Anspruch genommen werden kann. Außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung wird seit zehn Jahren zur Behandlung eines Lipödems die Liposuktion angewandt und diese wird heutzutage als sichere und effektive Therapiealternative angesehen. Die Krankenkasse wurde verpflichtet, die Liposuktion als mögliche Behandlungsmethode zu prüfen, besonders da es im System der vertragsärztlichen Versorgung eine gesicherte Behandlung für ein Lipödem nicht gibt.

Anja M. Boos, Raymund E. Horch

Kommentar zum Themenkomplex Lipödem

Das Lipödem ist eine chronische, progredient verlaufende Erkrankung, die durch eine Fettverteilungsstörung mit Disproportion zwischen Stamm und Extremitäten gekennzeichnet ist. Diese entsteht aufgrund einer umschriebenen symmetrisch lokalisierten Unterhautfettgewebsvermehrung der unteren und/oder oberen Extremitäten. Zusätzlich können Ödeme bestehen sowie eine Hämatomneigung nach Bagateltraumen. Charakteristisch ist außerdem ein gesteigertes Spannungsgefühl mit Berührungs- und Druckschmerzhaftigkeit und in manchen Fällen Spontanschmerzen. Die Krankheit „Lipödem“ tritt vor allem bei Frauen auf. Das Lipödem beginnt in der Regel in einer Phase hormoneller Veränderungen. Die Ätiologie ist unbekannt. Die genauen Pathomechanismen und die spezielle Rolle der Hormone und ihrer Rezeptoren sind ebenfalls nicht geklärt. In bis zu 60 Prozent der Fälle wird eine genetische Komponente mit familiärer Häufung des Lipödems beschrieben. Es ist gezeigt, dass die umschriebene Fettgewebsvermehrung Folge einer Hypertrophie und Hyperplasie der Fettzellen ist. Ferner liegt eine Kapillarpermeabilitätsstörung vor, wodurch vermehrt Flüssigkeit aus dem Gefäßsystem ins Interstitium gelangt. Die erhöhte Kapillarfragilität bedingt die auffallende Hämatomneigung. Darüber hinaus sind Veränderungen des Bindegewebes zu beobachten. Das Lipödem als Erkrankung sollte aufgrund der vorhandenen Studienlage auch durch die GKV entsprechend anerkannt werden.

Die Therapie des Lipödems strebt die Beseitigung oder Besserung der Befunde und der Beschwerden besonders Schmerzen, Ödem und disproportionaler Fettgewebsvermehrung zwischen Extremitäten und Rumpf an. Des Weiteren sollen Komplikationen verhindert werden. Bei fortschreitender Befundaussprächung mit Zunahme der Volumina steigt das Risiko von dermatologischen, lymphatischen und orthopädischen Komplikationen.

Eine kausale Therapie ist nicht bekannt. Die symptomatischen/konservativen Maßnahmen erfolgen stadienindiziert und individualisiert. Dabei stehen derzeit physikalische Maßnahmen in Form der kombinierten physikalischen Entstauungstherapie (KPE) zur Verfügung. Die KPE beinhaltet manuelle Lymphdrainage, Kompression, Bewegungstherapie und Hautpflege. Diese Methode bewirkt durch ihre Ödemreduzierung in begrenztem Maße eine Umfangsreduzierung sowie eine Linderung der Schmerzen. Diese Maßnahmen müssen konsequent angewandt und lebenslang wiederholt werden. Die bestehende Fettvermehrung kann durch die KPE nicht beeinflusst werden. Für eine dauerhafte Fettreduzierung findet die Liposuktion als operative Therapie Anwendung, welche eine Reduktion des krankhaft vermehrten Fettgewebes bewirkt. Sie ist angezeigt, wenn konservative Therapiemaßnahmen nicht zu einem gewünschten Erfolg geführt haben, d.h. wenn die Beschwerden unzureichend gelindert wer-

Aus medizinischer Sicht halten in meinem Fall mehrere Fachärzte eine Liposuktion für notwendig. Nach Meinung dieser Experten verspricht die Liposuktion bei mir eine Linderung der Schmerzen meiner dicken Beine. Aus wirtschaftlicher Sicht ist Ihr in der Ablehnung angedeuteter Therapieversuch mit Kompressionsstrümpfen und Lymphdrainagen lebenslang umgesetzt, nicht zu rechtfertigen. Schon nach drei Jahren würden diese Kosten die Kosten der OP übersteigen.

Das Gutachten des MDK Bremen wurde von Frau Dr. X, einer Ärztin für Allgemeinmedizin und Anästhesie, erstellt. Anhand der Unterlagen in Papierform schrieb sie die Ablehnung, die den Aussagen der eingereichten Facharztbriefe widerspricht. Dr. X jedoch ist erstens keine Fachärztin auf diesem Gebiet und zweitens fand durch sie keine lipo-angiologische Untersuchung statt. Auch aus diesem Grund ist die Ablehnung nicht akzeptabel.

Entgegen der Aussage der Ärztin für Allgemeinmedizin und Anästhesie des MDK Bremen, dass keine „Notwendigkeit“ für eine Liposuktion vorliegt, liegen Ihnen mehrere fachärztliche Gutachten über den Zustand meiner Beine vor. Alle Fachärzte kamen nach eingehender Untersuchung zu dem Schluss, dass eine konventionelle Behandlung bei mir voraussichtlich nicht erfolgsversprechend sei und deshalb unbedingt eine Liposuktion anzustreben sei: Dr. med. X, Dr. med. X, Dr. med. X.

Die oben genannten Gutachten liegen diesem Schreiben bei. Ebenso nochmals die Fotos, die den Zustand meiner Beine dokumentieren. Nichts davon wurde in der Ablehnung von Frau Dr. X berücksichtigt. Die Ärztin des MDK Bremen schreibt: „Es besteht ein Übergewicht der Versicherten . . .“. Welche Schlussfolgerung zieht sie daraus?

Die Hälfte der Frauen mit Lipödem ist zusätzlich adipös. Dabei sind Adipositas und das Lipödem zwei völlig unabhängige Entitäten in ein und demselben Körper. Von zwei Fachärzten, die mich untersuchten, wird mein EZ als „normal“ bzw. „leicht

erhöht“ beurteilt. Auch bei einem geringeren Gewicht verändert sich der Umfang meiner Oberschenkel nicht! Mein Gewicht schaffe ich im Moment zu halten, dies allein ist durch die eingeschränkte Bewegungsfähigkeit schon eine Herausforderung. Meinen Beitrag, die Krankheit nicht weiter zu verschlimmern, leiste ich seit Jahren durch konsequente Gewichtskontrolle, kaloriengerechte Ernährung und Bewegung. Gerne möchte ich hier nochmals meine permanenten Schmerzen und Beschwerden schildern:

- Das nur einfache Anheben der schweren massigen Beine bereitet Schmerzen und kostet unendliche Überwindung.
- Schon morgens ein Gefühl, als ob Betonringe die Beine einschnüren, permanente Druck- und Spannungsschmerzen.
- Stehen verursacht nach kurzer Zeit Schmerzen, längere Wege sind nicht möglich.
- Nach kurzem Aufenthalt im Freien ist die Haut an meinen Oberschenkel nicht nur kühl sondern eiskalt (siehe hierzu neue Bilder vom Datum)
- Bewegungsabläufe schmerzen.
- Mein Gangbild ist gestört, da ich so versuche, das permanente Scheuern der Beine zu vermeiden.
- Nach nur kurzer körperlicher Betätigung bin ich erschöpft, brauche eine Pause und muss mich setzen.
- Versuche, sich auch weiterhin (wenn auch nur noch eingeschränkt möglich) sportlich zu betätigen, sind mit unendlicher Überwindung und permanenten Schmerzen verbunden.
- Ich bin nur noch eingeschränkt leistungsfähig.
- Der Umfang meiner Oberschenkel ist resistent gegen Diäten und Sport.
- Erhebliche psychische Belastung aufgrund des entstellten Erscheinungsbildes durch die deutliche Disproportion zwischen Rumpf und Beine.

den oder weiterhin eine Progredienz der Erkrankung vorliegt. Der Eingriff kann zu einer Verbesserung von Spontanschmerz, Druckschmerz, Ödem und Hämatomeigung führen. Hinweise auf eine generelle Unwirksamkeit oder Schädlichkeit der Methode lassen sich der Literatur nicht entnehmen.

Literatur

S1-Leitlinie Lipödem AWMF Registernummer 037-012 (www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/037-012l_S1_Lipoedem_2016-01.pdf) | Wienert V, Földi E, Jünger M, et al (2009) Lipödem. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. Phlebologie 38: 164–167 | Schmeller W, Hüppe M, Meier-Vollrath I (2010) Langzeitveränderungen nach Liposuktion bei Lipödem. Lymphologie 14: 69 | Schmeller W, Meier-Vollrath I (2006) Tumescence liposuction: a new and successful therapy for lipedema. J Cutan Med Surg 10: 7–10 | Rapprich S1, Dingler A, Podda M (2011) Liposuction is an effective treatment for lipedema: results of a study with 25 patients. J Dtsch Dermatol Ges 9: 33–40 | Cornely ME (2010) Dicker durch Fett oder Wasser – Lipohyperplasia dolorosa vs. Lymphödem. Hautarzt 61: 873–879 | Cornely ME (2007) Lymphologische Liposkulptur. Hautarzt 58: 653–658 | Baumgartner A, Hüppe M, Schmeller W (2016) Long-term benefit of liposuction in patients with lipodema: a follow-up study after an average of 4 and 8 years. Br J Dermatol 174: 1061–1067

Das Lipödem sollte qualitätsgesichert behandelt werden

Wir empfehlen die Diagnose und Therapie im Rahmen einer interdisziplinären Sprechstunde aus Fachärzten die alle Komponenten der Erkrankung abdecken können. Die konservative Basistherapie soll sichergestellt und dokumentiert sein. Eine kontinuierliche Betreuung in einer spezialisierten Sprechstunde sollte gewährleistet sein. Ferner sollte auch unbedingt ein Zugang zur apparativen Untersuchung zur Differentialdiagnose vorhanden sein wie Ultraschall/Röntgen/Lymphszintigraphie/MR-Lymphographie. Die Liposuktion sollte unter standardisierten Bedingungen in einem qualifizierten OP-Setting erfolgen. Eine postoperative Überwachung und Weiterbetreuung des Patienten muss unter kontinuierlicher Datenerhebung und Dokumentation des Behandlungs- und Krankheitsverlaufes erfolgen.

Die Daten zum Nutzen und zur Sicherheit der Liposuktion sprechen dafür, dass die Intervention das Potential hat, die Behandlung von Patientinnen mit Lipödem zu verbessern und eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten darstellt.

Dr. med. Anja M. Boos, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Raymund E. Horch, Erlangen

Nach einem heutigen zweistündigen Aufenthalt im Freien habe ich nochmals meine Beine fotografiert. Um die Farben nicht zu verändern sende ich Ihnen die Bilder auf einem Datenstick. Entsprechend der Witterung trug ich kurze Stiefeletten, eine Skihose (!) aus modernem Funktionsmaterial und eine lange Daunenjacke. Während meine Unterschenkel normal durchblutet, warm waren und eine natürliche Hautfarbe haben, sind meine Oberschenkel eiskalt und die Haut komplett rot gefroren. Können Sie sich vorstellen, was das für Schmerzen sind? Wie sollen hier Kompressionstrümpfe Linderung bringen?

Sie bitten mich in Ihrem Schreiben um mein Verständnis für Ihre ablehnende Entscheidung. Dieses kann ich nicht aufbringen. Ich möchte Sie dringend bitten, meinen Antrag nochmals zügig zu prüfen und gehe davon aus, dass die von mir aufgeführten Fakten zu einem positiven Bescheid führen.

2/2013: Gutachten des MDK durch einen Chirurgen und Sozialmediziner (in Auszügen): „Das Vorliegen eines chronischen Lip-/Lymphödems beider Oberschenkel, Stadium II–III wird festgehalten . . . Es liegt eine Erkrankung im Sinne des SGGV vor, eine Behandlung ist erforderlich. . . .“

Der Literatur ist zum aktuellen Zeitpunkt noch zu entnehmen, dass die Liposuktion sich noch im Stadium der wissenschaftlichen Erprobung, insbesondere auch bei den Diagnose Lip-/Lymphödem und Lipomatosis dolorosa befindet . . .

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die hier beantragte Liposuktion eine Behandlungsmethode darstellt, deren Nutzen zurzeit noch nicht hinreichend belegt ist, die jedoch das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative erkennen lässt.“

Aus diesem Gutachten entnahm die Krankenkasse den Hinweis, dass man den chirurgischen Eingriff sinnvollerweise durchführen könne oder auch nicht und entschied sich, meinem Antrag auf Kostenübernahme zuzustimmen.

Es wurden mehrere Eingriffe geplant. Im Herbst 2013 wurde die erste stationäre Aspirationslipektomie vorne durchgeführt. Die OP unter Vollnarkose verlief komplikationslos, nach ein bis zwei unangenehmen Tagen war ich wieder auf den Beinen und konnte danach den Alltag recht schnell bestreiten. An das Tragen des Mieders Tag und Nacht über drei Monate gewöhnte man sich schnell. Das Ergebnis war unglaublich: Die Schmerzen wurden weniger, meine Bewegungsfreude kehrte zurück. Es fiel ab diesem Moment überhaupt nicht mehr schwer, das Gewicht zu halten.

Im Herbst 2014 wurde wie geplant der zweite Eingriff vorgenommen, diesmal wurde hinten abgesaugt, dabei verschwanden die „Reiterhosen“. Auch hier verlief alles ohne Komplikationen.

Die OP verlief komplikationslos, die Bauchdecke zog und zwickte jedoch ziemlich

Der dritte Eingriff für letzte Nachkorrekturen musste bis Herbst 2015 warten. Bei diesem Eingriff entschied ich mich, neben der Aspirationslipektomie gleichzeitig auch noch eine Abdominalplastik durchführen zu lassen. Nach drei Kaiserschnitten, von denen es bei zwei nur noch um das Leben der Kinder ging, war meine Bauchdecke stark strapaziert. Mein Bauch hing wie ein abgesacktes Kissen an mir. Eigentlich war ich gesund und ging mit dieser OP ein Risiko ein. Nach mehreren Konsultationen entschloss ich mich jedoch, beide Eingriffe gleichzeitig durchführen zu lassen.

Der stationäre Aufenthalt dauerte länger als geplant. Die Drainagen konnten nicht wie geplant gezogen werden. Ambulant musste über mehrere Wochen die Bauchdecke punktiert werden, über einen Zeitraum von zirka fünf Wochen war

ich nicht voll einsatzfähig und schlapp. Wenn ich aufstand hatte ich wochenlang ein starkes Ziehen im Bauch, manchmal konnte ich kaum aufrecht gehen. Teilweise kam es mir so vor, als ob ich nur noch vom Mieder zusammengehalten werde. Zur Verbesserung der Narbenheilung kleben Silikonpflaster quer über meiner Bauchdecke.

Vier Monate später: Die Beschwerden der Wundheilung sind vergessen – ich genieße ein neues Lebensgefühl mit neuer Figur. Die dünneren Beine waren markant – mit den verschwundenen Fettlappen am Bauch aber fühlt man sich etliche Jahre jünger. Vorher habe ich mich überlegt bewegt. Mich so hingesetzt wie ich meinte, dass die Rollen am Bauch am wenigsten zu sehen waren. Jetzt bewege ich mich wieder komplett unbedarft und natürlich – ich war überrascht, als ich mir dessen bewusst wurde.

Vorher gab es viele Kleidungsstücke im Schrank, die ich nicht mehr anzog, weil ich mich unwohl darin fühlte. Häufig kaufte ich neue Kleidung, in der ich mir aber auch nach kurzer Zeit wieder nicht gefiel. Vom Verkaufspersonal in den Geschäften wurde ich missachtet. Nachdem jetzt viele Sachen abgenäht wurden, finde ich jeden Tag etwas Neues im Kleiderschrank und ich liebe wieder T-Shirts. Gehe ich jetzt einkaufen, bemüht sich die Verkäuferin um mich. Schau ich an mir herab, bin ich immer wieder überrascht, wie gut ein straffer Bauch im Gegensatz zu Fettrollen aussieht. Orte, an denen Badekleidung getragen wird, haben ihren Schrecken verloren.

Noch etwas hat mich überrascht: Ich esse im Moment wenig überlegt

An Weihnachten waren wir Ski fahren. So fit habe ich mich schon lange nicht mehr gefühlt. Den ganzen Tag Ski fahren ohne abends erschöpft zu sein. Meine Beine waren normal durchblutet und nicht mehr rot gefroren. Täglich mit dem Rad ins Büro zu fahren kostet plötzlich keine Überwindung mehr, man kommt fit an. Früher habe ich ständig vor Erschöpfung geschwitzt, mich klebrig und unattraktiv gefühlt – auch das ist weg. Jetzt ist es so, dass man vom Umfeld wahrgenommen wird. Selbst langjährige Freunde gehen vertrauter mit mir um. Es ist, als ob die dicken Beine, die gesamte unförmige Figur, wie eine unsichtbare Wand dazwischen gestanden haben.

Noch etwas hat mich sehr überrascht: Ich esse im Moment wenig überlegt. Während sich früher einfach kein Sättigungsgefühl eingestellt hat und ich immer Appetit hatte war es, als ob mein dicker Körper schrie: „Füttere mich!“ Ständig hatte ich das Gefühl, verzichten zu müssen, was schwer fiel und unzufrieden machte. Dies mag eine subjektive Empfindung sein, aber seitdem die Fettzellen abgesaugt sind, merke ich, wenn ich satt bin. Es gibt Stunden am Tag, an denen ich keinen Appetit, keinen Hunger auf etwas zu Essen habe. Weniger zu essen bedeutet nicht mehr Verzicht, sondern einem natürlichen Gefühl nachzugehen. Als berufstätige Frau wird man sofort ernst genommen und muss sich nicht erst beweisen. Ehemann und fast erwachsene Söhne finden mich plötzlich „cool“.

Der ursprüngliche Vorschlag der Krankenkasse war das lebenslange Tragen von Stützstrumpfhosen und Lymphdrainage. Mein Leben wäre bestimmt gewesen von Physio-Terminen, Verschnaufpausen, Bewegungslosigkeit und Unzufriedenheit. Durch die Eingriffe fühle ich mich gesund und fit wie schon lange nicht mehr. ■

Prof. Dr. med. C. Can Cedidi
Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
Klinikum Bremen-Mitte, St.-Jürgen-Straße 1, 28177 Bremen
can.cedidi@klinikum-bremen-mitte.de