

Stellungnahme der Lipödem Gesellschaft e.V.

Kompressionsversorgung beim Lipödem – Verordnung, Anzahl der Versorgungen und Argumentationshilfe

Stand: Februar 2026

1. Hintergrund und Leitlinie

Die aktuelle evidenzbasierte Leitlinie zum Lipödem (AWMF-Registernummer 037-012) führt die Kompressionstherapie weiterhin als zentralen Bestandteil der konservativen Behandlung auf. In der Versorgungspraxis zeigt sich jedoch, dass Krankenkassen die Indikation, die Anzahl der Versorgungen sowie Mehrkosten durch Sonderformen und Sonderzusätze teils uneinheitlich handhaben.

Link zur Leitlinie:

https://register.awmf.org/assets/guidelines/037-012I_S2k_Lipoedem_2024-01_01.pdf

2. Flachstrick und Rundstrick

Bei geringer Ausprägung kann im Einzelfall eine rundgestrickte Versorgung erprobt werden. In der Regel ist jedoch eine flachgestrickte, maßgefertigte Kompressionsversorgung besser geeignet, insbesondere bei ausgeprägten Umfangsdifferenzen oder ausgeprägter Gewebestruktur. Die Wahl der Versorgungsart muss sich am Befund orientieren und entsprechend auf der Verordnung begründet werden.

3. Anzahl der Versorgungen

Nach Leitlinie bzw. gängiger Versorgungspraxis gilt:

Bei Erstversorgung stehen zwei Kompressionsversorgungen pro betroffenem Glied zu (z. B. Beine: 2x; Arme: 2x).

Danach besteht in der Regel alle sechs Monate Anspruch auf eine weitere Versorgung.

Bei größeren Umfangsveränderungen kann erneut eine Erst-/Doppelversorgung erforderlich sein.

4. Umfangsveränderung und Neuanpassung

Wichtig ist, dass Umfangsveränderungen und deren Begründung auf dem Rezept vermerkt werden. Das Sanitätshaus reicht ergänzend Maßblätter ein.

Als Orientierungswerte werden häufig Umfangsveränderungen von ca. 3 - 4 cm sowie Gewichtsschwankungen von ca. 10 kg als Argumentationsgrundlage genutzt.

5. Sonderformen, Sonderzusätze und geteilte Versorgung

Wenn Sonderformen oder eine geteilte Versorgung medizinisch erforderlich sind, sollte dies auf der Verordnung konkret begründet werden (z. B. aufgrund Körperform, funktioneller Einschränkungen oder Begleiterkrankungen).

Beispiel: 3-teilige Versorgung erforderlich (z. B. wegen Körperform oder Einschränkungen der Hand-/Fingerfunktion).

Zur Spezifikation der Sonderzusätze kann das Beiblatt gemäß Hilfsmittelrichtlinie § 7 Abs. 2 genutzt und ärztlich unterzeichnet werden (siehe Anlage A).

Unsere Broschüre mit Hinweisen zur Kompressionsversorgung (Formen, Optionen, praktische Tipps):

https://lipodem-gesellschaft.de/wp-content/uploads/2025/09/2025LipoeG_BroschuerenPatientinnenFINALdoppelt.pdf

6. Zuzahlungen und Farbauswahl

Die Höhe der Zuzahlung kann je nach Sanitätshaus, Hersteller und gewählter Ausführung variieren.

Mindestens eine Versorgung (häufig hautfarben, teils auch schwarz) muss ohne Zusatzkosten (außer der gesetzlichen Rezeptgebühr) angeboten werden.

Bei farbigen Versorgungen und weiteren Zusätzen können Mehrkosten anfallen; diese werden in der Praxis sehr unterschiedlich berechnet.

Aus Erfahrung gilt: Je dunkler die Farbe, desto fester kann die Kompressionsstruktur ausfallen (herstellerabhängig).

7. Beschleunigte Versorgung bei Klinikbedarf

Bei medizinischer Notwendigkeit (z. B. Klinikaufenthalt, Unfall, Fraktur) kann häufig zumindest eine Standardversorgung (z. B. hautfarben) innerhalb von 2–3 Tagen organisiert werden, wenn das Sanitätshaus dies entsprechend vermerkt und koordiniert.

8. Gründe für zusätzliche oder vorzeitige Neuversorgung

Häufige Gründe, die auf der Verordnung dokumentiert werden sollten, wenn eine zusätzliche Versorgung oder eine Erneuerung vor Ablauf von sechs Monaten erforderlich ist:

- vorzeitige Abnutzung

- geteilte Versorgung (z. B. wegen Schulterschwellung, Arthrose/Problemen in den Fingern)
- Außendienst / erhöhte Beanspruchung
- Hygienegründe
- Einsatzwechseltätigkeit / Schichtdienst (Trocknungszeit reicht nicht aus)
- hohe Belastung durch Sport/Wandern (ggf. Bestätigung, dass Kompression nachlässt)
- starke Abnutzung in belastenden Berufen (z. B. Kindergärtnerinnen)
- Defekt / Unfall (möglichst dokumentieren, z. B. Foto)
- In einzelnen Fällen (z. B. Pflege, Rettungsdienst) kann ergänzend eine Versorgung über die Berufsgenossenschaft in Betracht kommen.

9. Widerspruch bei Ablehnung

Wenn eine medizinisch erforderliche Versorgung abgelehnt wird (z. B. Flachstrick statt Rundstrick, Anzahl der Versorgungen, Sonderzusätze), kann ein ärztlich begründetes Widerspruchsattest die Argumentation unterstützen. Ein Muster (Dr. Rapprich) ist als Anlage B beigefügt.

Dies ist unsere Einschätzung zum Zeitpunkt der Erstellung und kann keine Rechtsberatung ersetzen.
Wir übernehmen keine Haftung, falls etwas unvollständig oder nicht aktuell sein sollte.

Ansprechpartner

LipödemGesellschaft e.V.
info@lipoedem-gesellschaft.de
www.lipoedem-gesellschaft.de

Über uns

Die Lipödem Gesellschaft e.V. ist ein interdisziplinärer Verein mit **1.600** Mitgliedern und rund **24.000** Follower*innen in den sozialen Medien. Sie vernetzt Betroffene, Ärzt*innen und rund 200 Selbsthilfegruppen, um die Interessen aller Beteiligten zu vertreten. Mit regelmäßigen Fortbildungen, Fachtagungen und Gesprächsrunden fördert die Gesellschaft den Austausch und setzt sich engagiert für die Bedürfnisse der Patientinnen und Fachleute ein.

Weitere Möglichkeiten

Wenn Sie uns und unsere Arbeit unterstützen möchten, können Sie dies als Mitglied tun. Für Betroffene und deren Angehörige haben wir einen Jahresbeitrag von 20 €.

Sie können sich ganz einfach hier registrieren: <https://lipoedem-gesellschaft.de/mitglied-werden/>

Unsere Broschüre „Basisinformationen für Betroffene und Angehörige“ finden Sie unter: <https://lipoedem-gesellschaft.de/2025/09/13/neue-broschüre-basisinformationen-fuer-betroffene-und-angehörige/>

Eine Übersicht der Selbsthilfegruppen für Lipödem/Lymphödem in Deutschland finden Sie hier: <https://lipoedem-gesellschaft.de/selbsthilfe/uebersicht-selbsthilfegruppen/>

Anlage A: Beiblatt gemäß Hilfsmittelrichtlinie § 7 Abs. 2 zur ärztlichen Verordnung

Anlage B: Muster Widerspruchsattest (zur Vorlage bei der Krankenkasse/Kostenträger)

Beiblatt gemäß Hilfsmittelrichtlinie § 7 Abs. 2 zur ärztlichen Verordnung

Name

Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

| Bezeichnung | Stück/Anzahl |
|--|--------------|
| Kompressionspelotten inkl. Tasche/Lymphpads | |
| Komprimierendes Leibteil | |
| Komprimierendes Zehenteil/Zehenkappe | |
| Webansatz | |
| Hüftbefestigung für A-F und A-G Strümpfe | |
| Hüftbefestigung für Stumpfstrümpfe | |
| Haftrand, Haftrand SoftFit-Technologie, Haftrand Sensitive | |
| Einbeinhosenteil (Beinring) | |
| Handteil für Armstrümpfe mit Daumenöffnung | |
| Handteil für Armstrümpfe mit Daumenansatz | |
| Handteil für Armstrümpfe mit Daumen und Fingern | |
| Schulterbefestigung/Kappe für Armstrümpfe | |
| Reißverschluss am Armstrumpf | |
| Reißverschluss am Beinstrumpf | |
| Haftbandstücke | |
| Hodensack | |
| Eingriff | |
| Schwangerschaftshosenteil | |
| Stomaöffnung | |
| Bolero | |
| Komprimierender Fingerling | |
| Abrechnungsposition für Unterstrümpfe bei Ulcus-cruris-Strümpfen | |
| Geschlossene Fußspitze | |
| Slipform, schräge Abschlüsse proximal, laterale Erhöhung, Überhöhung | |
| Funktionszone Oberbein, Oberbeinerhöhung (ventrolaterale Erhöhung) | |
| Funktionszone Knie, Ellipse, anatomisch abgewinkeltes Knie | |
| Funktionszone Ellenbogen, vermehrte Einkehr (Arm) | |
| T-Ferse, Y-Einkehr, 90° Fuß, anatomisch abgewinkelte Fuß | |
| Futterstoff, inkl. Taschen (z.B. Kniekehle, Ellenbeuge) | |
| Schräger Fußabschluss, distaler Fußabschluss, anatomischer Fuß | |
| Schräger Abschluss Oberarm | |
| Schräger Abschluss Handteil | |

Besondere Hinweise / Sonderzusätze

(z. B. Wechselversorgung aus hygienischen Gründen o.ä.):

Grundposition:



Muster für ein

Widerspruchsattest

(zur Vorlage bei der Krankenkasse bzw. Kostenträger)

anlässlich der ambulanten Vorstellung am XXX in unserer Sprechstunde und dem Schreiben der vom

Betreff: **\$Titel# \$Vorname# \$Nachname#, geboren am \$Gebdatum#**

Diagnose : \$dia#

Geplante Therapie : Kompressionstherapie mittels flachgestrickter Kompressionsversorgung nach Maßanfertigung gemäß Heil- und Hilfsmittelrichtlinie

Zu Vorgesichte und Befund verweise ich auf meine Bescheinigung vom XXXX

Begründung des Widerspruchs

1. Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen

Gesetzliche Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten medizinisch notwendige Leistungen zukommen zu lassen. Dabei haben vor allem Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

Der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse ist in den Leitlinien (AWMF Reg-Nr. 37-012) formuliert. Darin ist die Kompressionstherapie und die manuelle Lymphdrainage klar als Behandlungsmethode genannt.

Es sei hier auch auf die Heil- und Hilfsmittelrichtlinie vom 01.01.2021 verwiesen.

2. Die Diagnose Lipödем

Die Diagnose Lipödем bei Frau \$Nachname# steht außer Frage (Nachweis : AWMF-Leitlinie Reg-Nr. 37-012)) und das Krankheitsbild bereitet ihr erhebliche Beschwerden (siehe beigefügten Beschwerdebogen). Außerdem wurde die Diagnose von weiteren Fachärzten gestellt bzw. bestätigt.

3. Flachgestrickte Versorgung statt rundgestrickter Ware

Aufgrund des Befundes mit erheblichen Umfangsdifferenzen über das ganze Bein ist eine flachgestrickte Versorgung nach Maß erforderlich. Eine rundgestrickte Versorgung würde zu Einschnürungen führen und sie ist damit kontraindiziert.

4. Vorausgehende manuelle Lymphdrainage

Eine vorausgehende manuelle Lymphdrainage ist beim Lipödem nicht erforderlich, da keine Umfangsverminderung zu erwarten ist. Es kann somit direkt mit Kompression versorgt werden, was zudem unnötige Kosten vermeidet.