Letter to the Editor
**Zu den drei Beiträgen: T. Bertsch und G. Erbacher. Lip-
 ödem – Mythen und Fakten Teile 1 bis 3. Phlebologie
 2018; 47: 84–92, 120–126 und 188–197.**
W. Schmeller

Hanse-Klinik, Lübeck

Den Autoren gebührt Dank, das oft schwer zu fassende und von der Morphe und den Beschwerden häufig uneinheitliche Krankheitsbild unter neuen – und ungewohnten – Blickwinkeln zu betrachten. Bekanntlich ist aufgrund des Mangels an objektiven Diagnosekriterien die Bewertung des Lipödems aufgrund subjektiver Faktoren von Patienten- und Arztseite oft schwierig. Diesbezüglich sei auch auf die Anmerkung im Editorial von Ausgabe 2-2018 der *Phlebologie* hingewiesen: „... wobei der zum Teil sicher subjektive Blickwinkel der Autoren möglicherweise durch das jeweilige Patientenkontext beeinflusst wird.“

**Teil 1a: Morphologie, Gewicht und
 Progredienz**

Es sollte beachtet werden, dass es sich bei den in diesem Artikel beschriebenen Patienten größtenteils um schwere und schwerste Formen des Lipödems mit einem sehr hohen Anteil an adipösen Betroffenen handelt. Bei solch ausgeprägten Befunden ist es bekanntlich oft schwer einschätzbar, welcher Anteil der Beschwerden durch das Lipödem und welcher Anteil durch die (morbide) Adipositas bedingt ist. Die Zuordnung von an Rumpf und Extremitäten lokalisierten Unterhautfettvermehrungen als Folge der Adipositas bzw. als Folge des Lipödems zusammen mit den damit jeweils assoziierten Beschwerden kann sehr schwierig, teilweise wohl auch unmöglich sein.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. W. Schmeller
 Hanse-Klinik
 St.-Jürgen-Ring 66
 23564 Lübeck
 Tel. + 49 (0) 451 50 27 20
 E-Mail: ws@hanse-klinik.com

Zitierweise des Beitrages/Cite as:

Phlebologie 2018; 47: 376–384
 DOI: <http://dx.doi.org/10.12687/phleb2456-6-2018>

„Es ist unbestritten, dass manche Patientinnen eine massiv **disproportionale Fettgewebsvermehrung** – isoliert – im Bereich der Beine aufweisen. Doch bilden diese Patientinnen in unserem Patientengut eine sehr kleine Minderheit.“

Demgegenüber bilden aber diese Patientinnen, bei denen meist ein Stadium I oder II besteht, bei den ambulant und/oder operativ tätigen Lymphologen die Mehrheit.

Die Morphologie bei (morbider) Adipositas und auch die gewichtsbedingte Beschwerdesymptomatik im ambulanten Bereich unterscheiden sich möglicherweise von derjenigen der Patientinnen, die überwiegend die Klientel der Lymphkliniken bilden. Dies zeigt sich z.B. an der Aufstellung aus der Pilotstudie in Tabelle 3, die eine Teilgruppe der Untersuchten ist. Dort wurden in der Gruppe n2 insgesamt 28 Patientinnen mit einem BMI zwischen 40,6 und 71,5 (Mittelwert 48,4!) untersucht.

Selbst bei den Angaben der ambulanten Untersuchung in der Földiklinik von etwas über 2 300 Patientinnen im Jahre 2015 waren „nur 3 Prozent normalgewichtig, 9 Prozent übergewichtig und 88 Prozent adipös“.

Demgegenüber waren bei einer früheren Auswertung eigener Daten 26 Prozent der Operierten normalgewichtig, 28 Prozent übergewichtig und 46 Prozent adipös; insgesamt wiesen nur 11 Prozent eine morbid Adipositas auf (LymphForsch 2010;14(2): 17–28).

Weiter heißt es: „Beim Blick auf unser Patientengut wird deutlich, dass ein enger Zusammenhang zwischen Übergewicht bzw. Adipositas und dem Krankheitsbild Lipödem vorliegt.“ So wird auch die Progredienz als Folge der Gewichtszunahme und nicht als ein Charakteristikum des Krankheitsbildes interpretiert: „In diesem Falle wäre nicht das Lipödem progredient, sondern das Körpergewicht.“

Möglich ist beides. Aber: natürlich ist das Lipödem **progredient**. Jede Patientin im Stadium III war vorher im Stadium II, jede im Sta-

dium II hatte vorher ein Stadium I, anders geht es gar nicht. Am besten erkennt man die Progredienz beim Sichten von Fotos der letzten Jahre, soweit vorhanden. Die Tatsache, dass mit der aufgrund der lokalen Unterhautfettvermehrung bedingten Verschlimmerung des Krankheitsbildes oft eine **Gewichtszunahme** erfolgt, muss nicht bedeuten, dass diese der (alleinige) Grund für die Verschlimmerung ist. Wenn allerdings im Stadium III – vor allem bei den höheren Altersklassen – bereits eine ausgeprägte Adipositas vorliegt und dann trotz konservativer Therapie im Laufe der Jahre die Adipositas weiter zunimmt, mag der Eindruck entstehen, die Verschlimmerung der Krankheit sei rein gewichtsbedingt.

Die Tatsache, dass es Verläufe mit einem „stabilen Lipödem“ gibt, ist bekannt. Hier muss jedoch gefragt werden, ob sich der Begriff „stabil“ auf das Unterhautfettvolumen oder auf die Beschwerden bezieht. Es gibt Patientinnen mit Gewichtszunahme, bei denen auch das Volumen, aber nicht die Beschwerden zunehmen. Und es gibt Patientinnen ohne Gewichtszunahme (wir kennen hier keine Prozentzahl), wo das Volumen eine Progredienz in Form einer nicht beeinflussbaren Lipohypertrophie bzw. Lipohyperplasie aufweist. Eine ähnliche – gewichtsunabhängige – Progredienz gibt es ja auch z.B. beim Lipom, bei der benignen symmetrischen Lipomatose oder bei der allseits bekannten Makromastie der Frauen. Dass das Lipödem also prinzipiell „stabil“ bleibt, wenn das Gewicht gehalten werden kann, erscheint spekulativ.

Dabei sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass – mit oder ohne Gewichtszunahme – sich die Volumenvermehrung des Fettgewebes – besonders gut sichtbar in den Stadien I und II – primär im Bereich des subkutanen und nicht des viszeralen Fettgewebes abspielt.

Das Lipödem gibt es natürlich auch bei Normalgewichtigen (siehe oben).

Die normalgewichtige Lipödempatientin ist also keinesfalls „eine Rarität“. Sie könnte aber eine Rarität im Kollektiv der Kliniken sein, denen schwere und schwerste Formen des Lipödems zugewiesen werden, bei denen vorher eine ambulante Therapie die Grenzen ihrer Wirksamkeit erreicht hat oder nicht zu einer befriedigenden Besserung geführt hat. Hier sei auch darauf hingewiesen, dass die für die jeweilige Patientin im Vordergrund stehenden Beschwerden nicht einheitlich sind; teils stehen die Umfangs- und Volumenvermehrungen

und die daraus resultierenden Bewegungseinschränkungen im Vordergrund, teils die Schmerzen und Ödeme. „Die Lipödempatientin“ gibt es somit nicht.

In allen Publikationen wird betont, dass die zunehmende Disproportion nicht ernährungs-technisch bedingt und daher auch nicht ernähr-ungstechnisch beeinflussbar ist.

Dies zeigt sich auch daran, dass viele der zu uns kommenden konservativ behandelten Patientinnen trotz ausgeprägter Gewichtsab-nahme (oft zwischen 10 und 20 kg) angeben, dass die Disproportion nicht verschwindet und sich auch die Schmerz- und Ödemsymptoma-tik nicht oder nur sehr gering besserte. Mögli-cherweise sehen wir in unserer Klinik aber auch primär die Klientel dieser „Non Respon-der“, da diejenigen mit relevanter Beschwer-debesserung nach Gewichtsreduktion und konservativer Therapie sich möglicherweise nicht (mehr) in einer operativen Einrichtung vorstellen (bias-Problematik).

Zum Terminus Lipolymphödem

Wenn jemand ein typisches (meist lange be-stehendes) Lipödem mit Unterhautfettge-websvermehrung hat und eine Dellbarkeit im Knöchel- und Fußbereich mit ödembedingter Verstreichung der Bisgaard'schen Kulisie und positivem Stemmer'schem Zeichen aufweist, wird dies als gleichzeitiges Vorliegen zweier Erkrankungen angesehen; von lymphologi-scher Seite wird dies – auch in der uns zukom-menden Korrespondenz – als Lipo-Lymph-ödem bezeichnet. Um das zu beweisen, benö-tigt man auch keine „histologischen oder bild-gebenden Untersuchungen“, da die klinischen Befunde meist eindeutig sind. Ob das – bei gleichzeitiger Gewichtszunahme – immer als Adipositas-assoziiertes Lymphödem (und nicht als [gewichtsunabhängiges] Lipo-Lymphödem) zu bezeichnen ist, kann diskutiert werden.

Dass der Begriff des Lipo-Lymphödems na-türlich auch missbraucht werden kann, ist da-von unbenommen und muss ihn allein deswe-gen nicht prinzipiell falsch oder „unglaubwür-dig“ machen. Auch sollte bedacht werden, dass allein ein zeitliches Zusammentreffen von Lipödem und Adipositas nicht unbedingt be-deuten muss, dass deswegen auch ein kausa-ler Zusammenhang besteht. Dies ist besonders bei einer so verbreiteten Erkrankung wie der Adipositas zu bedenken („Adipositas-Epide-mie“).

Zusammenfassend kann man sagen, dass die im Artikel aufgeführte Bedeutung der Adi-positas zu einseitig betrachtet wird und zu hoch bewertet erscheint, während das „auto-nome“ Wesen des Lipödems verkannt wird. Die Adipositas hat zweifellos eine verschlim-mernde Wirkung (wie ja auch bei vielen ande-ren Erkrankungen wie Diabetes, Hypertonus etc.), macht aber alleine nicht das Wesen des Lipödems aus. Theoretisch wäre auch zu über-legen, ob sich im untersuchten Klientel der Földiklinik nicht vielleicht doch ein gewisser Prozentsatz rein adipöser Patientinnen (ohne Lipödem) „versteckt“.

Teil 1 b: Ein Lipödem macht psychisch krank

In der vorliegenden Untersuchung (klinisches Interview) wurde festgestellt, dass eine sehr hohe Zahl von Betroffenen (84 Prozent) eine „stark ausgeprägte psychische Symptomatik zeigt, die der Entwicklung Lipödem-assozii-er Schmerzen vorausgeht“; es bestanden so-mit „bei den meisten Frauen mit Lipödem be-reits im Vorfeld der Entwicklung Lipödem-as-soziierter Schmerzen stark ausgeprägte psy-chische Symptome über einen mehrmonatigen Zeitraum“. Dies wird so interpretiert, „dass ein Lipödem nur in seltenen Fällen direkt zu psychischen Störungen führen kann“.

Da die meisten Lipödeme im Zeitraum Pu-bertät – junges Erwachsenenalter entstehen, würde das ja bedeuten, dass diese Patientin-nen schon als Kinder und Jugendliche eine „psychische Symptomatik“ aufwiesen; bei Pa-tientinnen mit einem BMI unter 40 kg/m² sind dies sogar 94 (!) Prozent. Diese Häufigkeit er-scheint in dieser Lebensphase schwer nach-vollziehbar.

Die Aussage, dass die spontane Selbstein-schätzung der Patientinnen in Fragebögen das „Bestehen einer psychischen Störung oft über-schätzt“, ändert doch aber nichts an der Ver-zweiflung der Betroffenen aufgrund der sich zunehmend verändernden Körperform, wie dies im klinischen Alltag immer wieder von den Patientinnen geschildert wird. Eine sehr große Zahl von Patienten (fast alle) äußert – aufgrund ihres Befundes – ihre Empfindungen und Gefühle in Form von Frustration, Ängsten, Verzweiflung, depressiver Verstimmung etc. Ob dies als „Störung“ im Sinne einer echten Erkrankung zu interpretieren ist oder als Ände-rung der Stimmungslage im Rahmen einer

„normalen“ Reaktion auf eine schwere Er-krankung, kann von Seiten der Behandler meist nicht gesagt werden. Und ob das Lip-ödem nun „direkt“ oder indirekt zu „psy-chischen Störungen“ führt, ändert nichts an der immer wieder geschilderten großen emo-tionalen Belastung.

Es ist sicher richtig, dass „viele dafür spricht, dass psychische Faktoren wesentlich zur Entwicklung eines Lipödems beitragen können“. Bei der Entwicklung des Lipödems ist auch das sich zunehmend vergrößernde umschriebene Unterhautfettvolumen ent-scheidend. Was aber haben psychische Fakto-ren mit dem zunehmenden Fettgewebsvolu-men (Progredienz) zu tun? Oder wird hier nur der Einfluss der Psyche auf den Schmerz ge-meint?

„Bei 89 Prozent standen die nach einem Lipödem neu aufgetretenen psychischen Stö-rungen in keinem direkten Zusammenhang mit den Beschwerden des Lipödems.“

Kann dies wirklich so apodiktisch gesagt werden? Oder standen sie vielleicht doch in Zusammenhang mit der zunehmenden Ände-rung des Aussehens („Entstellung“) bzw. der zunehmenden – subjektiv unzureichend be-einflussbaren – Beschwerden durch das Lip-ödem? Wenn diesbezüglich überhaupt kein Zusammenhang zwischen dem Befund und den später aufgetretenen psychischen Be-schwerden festzustellen war, sollte vielleicht überlegt werden, ob die durchgeführte Unter-suchungsmethode überhaupt geeignet ist, die-sen Zusammenhang zu erfassen. Und können die Befunde und Erfahrungen anderer Kliniken diese Ergebnisse bestätigen?

Im Fazit wird jedenfalls klar – und korrekt – darauf hingewiesen, dass das „Lipödem eine somatische Erkrankung“ ist. Psychische Fakto-ren spielen sicher bei der „Wahrnehmung Lip-ödem-bedingter Schmerzen“ eine Rolle, kön-nen aber nicht direkt das Unterhautfettgewebe und dessen Volumenzunahme beeinflussen und daher auch keine Lipödem-typische Mor-phologie und keine Progredienz erzeugen.

Teil 2: Ödem im Lipödem

Das Lipödem ist (auch laut Leitlinie) primär ein Problem des subkutanen Fettgewebes (Fett-verteilungsstörung); zusätzlich liegt ein Ödem (unterschiedlichen Schweregrades) vor. Die jahrzehntelange Erfahrung weltweit zeigt: wenn dieses Ödem – ambulant oder stationär

– reduziert bzw. beseitigt wird, kommt es nicht nur zu einer messbaren Beinverschlankung als Folge der Ödemvolumenverminderung, sondern auch zu einer Reduzierung bzw. Beseitigung der Lipödem-typischen Schmerzen. Es sei nochmals betont, dass dieses Vorgehen sich seit „Erfindung“ der Manuellen Lymphdrainage (MLD) bewährt hat und zigtausendfach erfolgreich ambulant und/oder stationär bei Lipödempatientinnen angewandt worden ist. Entstauungsphase und Erhaltungsphase sind in allen Lymphkliniken Standardbegriffe, die den Kern der Therapie ausmachen. Ein Teil der Patientinnen – meist ohne ausgeprägtes Ödem – kommt allerdings auch allein mit einer Kompressionstherapie zurecht. Wird die Kompression aber nicht konsequent durchgeführt, erfolgt regelmäßig eine Verschlimmerung der Beinödeme und der Beschwerden im Verlauf. Dies berichten die Betroffenen auch nach fehlender „Tragedisziplin“; daher wird ihnen die Notwendigkeit der Kompression auch immer wieder „eingebläut“!

Ein „Ziel der Behandlung ist die Ödem-beseitigung“. Es ist allerdings weitgehend akzeptiert, dass eine MLD nicht bei allen Betroffenen notwendig ist; sie ist nur bei schweren Formen des Ödems angezeigt und ist keine „essenzielle Standardtherapie des Lipödems“. Die Tatsache, dass sie in sämtlichen Lymphkliniken – offensichtlich ja erfolgreich – durchgeführt wird, spricht für die gute Wirksamkeit und den überzeugenden Erfolg dieser physikalischen Methode.

Insofern ist die „Namensgebung dieser Erkrankung“ (Lipödem) nicht „unglücklich“, sondern sie erfasst im Gegenteil wesentliche Charakteristika; diese werden spezifisch und erfolgreich therapeutisch angegangen. Wenn beide Aspekte (Fettgewebe und Ödem) reduziert sind, tritt eine – oft dramatische – Beschwerdebesserung ein.

Auch in den Erstpublikationen von Allen und Hines werden die Ödeme aufgeführt; sie werden allerdings in der Tat als nicht sehr stark ausgeprägt beschrieben. Dass die „psychische Situation der Lipödempatientinnen eine größere Rolle spielt als das Ödem“, ist Interpretationssache und geht aus dem zitierten Originalartikel nicht hervor.

Bei der großen Mehrzahl unserer Patientinnen lässt sich jedenfalls bei der Erstuntersuchung klinisch eine Dellbarkeit prätibial feststellen.

Zu den **Bildern**: Bei Abbildung 1 im Teil 2 muss man fragen, ob hier denn tatsächlich ein Lipödem vorliegt und nicht evtl. auch eine Lipohypertrophie wie in Abbildung 3. Es ist nicht klar, ob hier auch am Unterschenkel sonographiert und nach Ödemen gesucht wurde. Der Befund der Patientin von Abbildung 5, bei der ein Lipödem und ein Lymphödem vorliegt, würde unserer Erfahrung nach von den meisten Lymphologen als Lipolymphödem bezeichnet werden. Ob das Lymphödem primär, Folge des Lipödems oder – wie im Teil 1 behauptet – immer (?) Folge der morbid Adipositas ist, kann diskutiert werden. Das Beinödem zeigt sich typischerweise klinisch im distalen Teil des Unterschenkels und dieser ist dort auch dellbar; dass sich am Oberschenkel proximal kein Ödem nachweisen lässt, erscheint nicht ungewöhnlich, da die (geringe) Ödemmenge sich – orthostatisch bedingt – primär distal am Unterschenkel befindet.

Die Ursache der **Schmerzsymptomatik** beim Lipödem ist unverändert unklar. Jedoch gibt es keinen Zweifel, dass die Entstauung des Beines diese Symptomatik bessert bzw. zum Verschwinden bringt; ein direkter zeitlicher Zusammenhang ist nicht zu leugnen. Wenn die Ödemsymptomatik so unbedeutend wäre wie hier beschrieben, bräuchten ja alle Lipödempatientinnen keine MLD mehr zu erhalten und vor allem keinen Strumpf mehr zu tragen. Was allerdings der Verzicht auf die Kompression für (negative) Folgen hat, wurde bereits gesagt und ist allgemein bekannt. Also kann aus der klinischen Beobachtung geschlossen werden: weniger Ödem bedeutet meist weniger Schmerzen. Warum demgegenüber bei Ödemen anderer Ursache keine derartige Schmerzsymptomatik auftritt, ist – bekannterweise – unklar.

Und ob tatsächlich die **inflammatorischen Veränderungen** im Gewebe Schmerzauslösend sind, ist ebenfalls spekulativ. Welche rein antiinflammatorische Behandlung hat denn bisher einer Lipödempatientin geholfen? Die inflammatorischen Veränderungen im Gewebe sind übrigens histologisch bei der chronischen Veneninsuffizienz wesentlich ausgeprägter; trotzdem ist das Phlebödem nicht (druck)schmerzhaft.

Eine Operation (Liposuktion) in einem entzündeten Gewebe sollte eigentlich auf Grund der Gewebeerregung die Entzündung – und damit den Schmerz – eher verschlimmern. Das Gegenteil ist aber der Fall und die Operierten

geben an, dass der typische Lipödemschmerz meist schon nach wenigen Tagen verschwunden ist.

Dies spricht gegen eine große Bedeutung der entzündlichen Veränderungen; diese scheinen wohl eher sekundärer Art zu sein. Zum Nachweis des Ödems mittels Histologie ist noch zu sagen, dass diese ein Ödem normalerweise nicht nachweisen kann.

In den holländischen Leitlinien wird in der Tat die Bedeutung des Ödems geringer angesehen („oedema, when present“), der Kompression wird demgegenüber – trotzdem – ein hoher Stellenwert eingeräumt.

Dass die **MLD** die Beschwerden der Lipödempatientinnen verbessert, ist bekannt. Ob sie immer medizinisch notwendig ist, hängt vom Einzelfall ab. Daher wird in den deutschen Leitlinien auch gesagt, dass sie dann eingesetzt werden soll, wenn „die alleinige Kompression nicht ausreichend“ ist. Den Erfolg der MLD allein auf „ganz andere Effekte“, nämlich „Reduktion von Stress und Erschöpfung, Berührung und menschliche Zuwendung“ zurückzuführen, erscheint mehr als spekulativ. Dadurch kommt es auch sicher nicht zur Beinverschlankung.

Trotz aller aufgeführten Überlegungen zum fehlenden Flüssigkeitsnachweis subkutan bei einzelnen untersuchten Patientinnen ist die Ödemvolumenverminderung durch physikalische Methoden (MLD, Kompression) zweifellos die entscheidende konservative Therapiemaßnahme. Von lymphologischer Seite wird seit Jahrzehnten die in jedem Befundbericht aufgeführte Ödemvolumenreduktion als das wichtigste objektive Kriterium für den Therapieerfolg angesehen.

Inwieweit hierzu in der nächsten Zeit klinische Studien (evtl. nur einseitige Entstauung?) vorgenommen werden, kann mit großer Spannung erwartet werden. Ängste von Betroffenen und Selbsthilfegruppen, dass durch die neuen Konzepte zum Lipödem ihnen die immer als essenziell dargestellte und als so wirksam erlebte Entstauung genommen wird, wurden bereits geäußert.

Wenn also im „**Fazit**“ aufgeführt ist, dass es „keine Evidenz dafür gibt, dass bei der Erkrankung Lipödem ein Ödem eine relevante Rolle spielt“, dann dürfte umgehend keine MLD und vor allem auch keine Kompression mehr bei den Betroffenen durchgeführt werden. Sowohl die ambulante Entstauungs- und Erhaltungstherapie als auch die Aufnahme der

Patientinnen in Lymphkliniken wären damit obsolet. Das „Umschwenken auf die psychotherapeutische Therapie des Lipödems“ würde in der Tat eine „Revolution“ in der Lymphologie bedeuten.

Teil 3: Lipödem und Adipositas

Der so häufig sichtbare Zusammenhang zwischen Lipödem und Adipositas ist – insbesondere bei älteren Patientinnen – auffällig. Bei jüngeren Patientinnen finden wir jedoch auch normal- bzw. übergewichtige Betroffene. Ob die Adipozyten des Lipödems zusätzlich zur Subkutis der Extremitäten auch viszeral im Bauchbereich eine Volumen- und Gewichtsvermehrung verursachen, kann derzeit nicht sicher beurteilt werden.

Auffällig ist die trotz Liposuktion mit ausgedehnter Fettgewebsentfernung oft nur sehr geringe Gewichtsminde rung postoperativ. Bekanntermaßen ist die Liposuktion keine Maßnahme zur Gewichtsreduktion. Bei unseren Nachuntersuchungen gaben 70% der Operierten (56 von 80) eine Gewichtsreduktion im späteren Verlauf an, 30% der Operierten (24 von 80) berichteten über eine Gewichtszunahme (LymphForsch 14 [2] 17–28). Trotzdem waren die Beschwerden geringer als präoperativ.

Ob die Adipositas bei entsprechender (genetischer) Disposition ein Lipödem zur Folge hat, ist spekulativ. Erstaunlich wäre dann aber

die hohe Zahl von Adipösen, die kein Lipödem aufweisen.

Lipödem und Gewichtsreduktion

Im Gegensatz zu den Erfahrungen in der Földi-klinik können wir die prinzipiell positiven Erfahrungen der Patientinnen durch Gewichtsabnahme unter konservativer Therapie nur in Einzelfällen bestätigen. Die große Mehrzahl gibt – trotz deutlicher Reduktion von 10–30 kg – keine Besserung ihrer Lipödembedingten Beschwerden an. (Die Gewichtsverluste sind allerdings auch bei weitem nicht mit denen nach bariatrischer Operation vergleichbar). Dies betrifft vor allem die unverändert bestehenden Wasseransammlungen in den Beinen mit Spannungs- und Druckschmerzen. Demgegenüber wird sehr wohl auf die größere Beweglichkeit und die geringere Kurzluftigkeit hingewiesen, was zeigt, dass die Adipositasbedingten Beschwerden sehr wohl besser werden. Hier muss also deutlich differenziert werden.

Bei der Kombination Adipositas und Lipödem ist die hier aufgeführte Fokussierung allein auf das Gewicht daher zwar wichtig, aber nur bedingt zielführend. Dies zeigen u.a. auch postoperative Verläufe, wo die Beschwerdesymptomatik deutlich besser geworden ist, obwohl am Gewicht (noch) keine deutliche Reduktion erfolgt ist. Ob dies evtl. bei BMI-

Werten von über 40 anders ist, kann nicht gesagt werden. Jedenfalls geben apodiktische Aussagen zu dieser Thematik (es ist immer so, dass...) offensichtlich nicht den wahren Sachverhalt wieder.

Abschließend sei gesagt, dass die wohl bewusst reißerisch gestaltete Überschrift mit der Gegenüberstellung von „Mythen und Fakten“ besser als „Alte und neue Konzepte“ o.ä. hätte bezeichnet werden sollen. Viele dieser „Fakten“ sind auch nur Denkmodelle aufgrund von klinischen Erfahrungen bzw. Einzelbeobachtungen.

Mit großer Spannung werden sicher alle Therapeuten nun den (Halbseiten-)Studien entgegensetzen; werden bei Wegfall der Entstauung bzw. allein mit Psychotherapie wirklich einzelne oder auch alle Beschwerden der Betroffenen verschwinden oder deutlich besser werden? Interessant wird auch die Reaktion der riesigen Zahl der konservativ arbeitenden Lymphologen sein, die – ambulant oder stationär – bei ihren Patientinnen mittels MLD große Ödemvolumenmengen entfernen konnten und dadurch deutliche Therapieerfolge erzielt haben. Wird diese Therapie denn nun trotzdem bald verschwinden und damit eine jahrzehntelang bestehende Säule der Lymphtherapie bei diesem Patientenkollektiv einbrechen?

Lipödem – es bleibt spannend!