

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 2300 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 morbide 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 ernährungs-technisch beeinflussbar ist.

Dies zeigt sich auch daran, dass viele der zu uns kommenden konservativ behandelten Patientinnen trotz ausgeprägter Gewichtsabnahme (oft zwischen 10 und 20 kg) angeben, dass die Disproportion nicht verschwindet und sich auch die Schmerz- und Ödemsymptomatik nicht oder nur sehr gering besserte. Möglicherweise sehen wir in unserer Klinik aber auch primär die Klientel dieser „Non Responder“, da diejenigen mit relevanter Beschwerdebesserung 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 bestehendes) Lipödem mit Unterhautfettgewebsvermehrung hat und eine Dellbarkeit im Knöchel- und Fußbereich mit ödembedingter Verstreichung der Bisgaard'schen Kulisse und positivem Stemmer'schem Zeichen aufweist, wird dies als gleichzeitiges Vorliegen zweier Erkrankungen angesehen; von lymphologischer Seite wird dies – auch in der uns zukommenden Korrespondenz – als Lipo-Lymphödem bezeichnet. Um das zu beweisen, benötigt man auch keine „histologischen oder bildgebenden 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 natürlich auch missbraucht werden kann, ist davon unbenommen und muss ihn allein deswegen nicht prinzipiell falsch oder „unglaublich“ machen. Auch sollte bedacht werden, dass allein ein zeitliches Zusammentreffen von Lipödem und Adipositas nicht unbedingt bedeuten muss, dass deswegen auch ein kausaler Zusammenhang besteht. Dies ist besonders bei einer so verbreiteten Erkrankung wie der Adipositas zu bedenken („Adipositas-Epidemie“).

Zusammenfassend kann man sagen, dass die im Artikel aufgeführte Bedeutung der Adipositas zu einseitig betrachtet wird und zu hoch bewertet erscheint, während das „autonome“ Wesen des Lipödems verkannt wird. Die Adipositas hat zweifellos eine verschlimmernde Wirkung (wie ja auch bei vielen anderen Erkrankungen wie Diabetes, Hypertonus etc.), macht aber alleine nicht das Wesen des Lipödems aus. Theoretisch wäre auch zu überlegen, 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-assoziiertes Schmerzen vorausgeht“; es bestanden somit „bei den meisten Frauen mit Lipödem bereits im Vorfeld der Entwicklung Lipödem-assoziiertes Schmerzen stark ausgeprägte psychische 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 Pubertät – junges Erwachsenenalter entstehen, würde das ja bedeuten, dass diese Patientinnen schon als Kinder und Jugendliche eine „psychische Symptomatik“ aufwiesen; bei Patientinnen mit einem BMI unter 40 kg/m² sind dies sogar 94 (!) Prozent. Diese Häufigkeit erscheint in dieser Lebensphase schwer nachvollziehbar.

Die Aussage, dass die spontane Selbsteinschätzung der Patientinnen in Fragebögen das „Bestehen einer psychischen Störung oft überschätzt“, ändert doch aber nichts an der Verzweiflung 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 Änderung der Stimmungslage im Rahmen einer

„normalen“ Reaktion auf eine schwere Erkrankung, kann von Seiten der Behandler meist nicht gesagt werden. Und ob das Lipödem nun „direkt“ oder indirekt zu „psychischen Störungen“ führt, ändert nichts an der immer wieder geschilderten großen emotionalen 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 entscheidend. Was aber haben psychische Faktoren mit dem zunehmenden Fettgewebsvolumen (Progredienz) zu tun? Oder wird hier nur der Einfluss der Psyche auf den Schmerz gemeint?

„Bei 89 Prozent standen die nach einem Lipödem neu aufgetretenen psychischen Störungen 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 Änderung des Aussehens („Entstellung“) bzw. der zunehmenden – subjektiv unzureichend beeinflussbaren – Beschwerden durch das Lipödem? Wenn diesbezüglich überhaupt kein Zusammenhang zwischen dem Befund und den später aufgetretenen psychischen Beschwerden festzustellen war, sollte vielleicht überlegt werden, ob die durchgeführte Untersuchungsmethode überhaupt geeignet ist, diesen 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 Faktoren spielen sicher bei der „Wahrnehmung Lipödem-bedingter Schmerzen“ eine Rolle, können aber nicht direkt das Unterhautfettgewebe und dessen Volumenzunahme beeinflussen und daher auch keine Lipödem-typische Morphologie und keine Progredienz erzeugen.

Teil 2: Ödem im Lipödem

Das Lipödem ist (auch laut Leitlinie) primär ein Problem des subkutanen Fettgewebes (Fettverteilungsstörung); 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 Beinverschlan-
kung als Folge der Ödemvolumenverminde-
rung, sondern auch zu einer Reduzierung bzw.
Beseitigung der Lipödem-typischen Schmer-
zen. Es sei nochmals betont, dass dieses Vor-
gehen sich seit „Erfindung“ der Manuellen
Lymphdrainage (MLD) bewährt hat und zig-
tausendfach erfolgreich ambulant und/oder
stationär bei Lipödempatientinnen angewandt
worden ist. Entstauungsphase und Erhaltungs-
phase sind in allen Lymphkliniken Standardbe-
griffe, die den Kern der Therapie ausmachen.
Ein Teil der Patientinnen – meist ohne ausge-
prägtes Ödem – kommt allerdings auch allein
mit einer Kompressionstherapie zurecht. Wird
die Kompression aber nicht konsequent durch-
geführt, erfolgt regelmäßig eine Verschlimme-
rung 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 Ödembe-
seitigung“. Es ist allerdings weitgehend ak-
zeptiert, dass eine MLD nicht bei allen Betrof-
fenen notwendig ist; sie ist nur bei schweren
Formen des Ödems angezeigt und ist keine
„essenzielle Standardtherapie des Lipödems“.
Die Tatsache, dass sie in sämtlichen Lymphkli-
niken – offensichtlich ja erfolgreich – durchge-
führt wird, spricht für die gute Wirksamkeit
und den überzeugenden Erfolg dieser physika-
lischen Methode.

Insofern ist die „Namensgebung dieser Er-
krankung“ (Lipödem) nicht „unglücklich“,
sondern sie erfasst im Gegenteil wesentliche
Charakteristika; diese werden spezifisch und
erfolgreich therapeutisch angegangen. Wenn
beide Aspekte (Fettgewebe und Ödem) redu-
ziert sind, tritt eine – oft dramatische – Be-
schwerdebesserung 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 „psy-
chische Situation der Lipödempatientinnen ei-
ne größere Rolle spielt als das Ödem“, ist In-
terpretationssache und geht aus dem zitierten
Originalartikel nicht hervor.

Bei der großen Mehrzahl unserer Patientin-
nen lässt sich jedenfalls bei der Erstuntersu-
chung klinisch eine Dellbarkeit prätibial fest-
stellen.

Zu den **Bildern**: Bei Abbildung 1 im Teil 2
muss man fragen, ob hier denn tatsächlich ein
Lipödem vorliegt und nicht evtl. auch eine Li-
pohypertrophie wie in Abbildung 3. Es ist nicht
klar, ob hier auch am Unterschenkel sonogra-
phiert 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 meis-
ten Lymphologen als Lipolymphödem bezeich-
net werden. Ob das Lymphödem primär, Folge
des Lipödems oder – wie im Teil 1 behauptet –
immer (?) Folge der morbiden 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 zeitli-
cher Zusammenhang ist nicht zu leugnen.
Wenn die Ödemsymptomatik so unbedeutend
wäre wie hier beschrieben, bräuchten ja alle
Lipödempatientinnen keine MLD mehr zu er-
halten 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 ge-
schlossen werden: weniger Ödem bedeutet
meist weniger Schmerzen. Warum demgegen-
über bei Ödemen anderer Ursache keine derar-
tige Schmerzsymptomatik auftritt, ist – be-
kannterweise – unklar.

Und ob tatsächlich die **inflammatori-
schen Veränderungen** im Gewebe Schmerzaus-
lösend sind, ist ebenfalls spekulativ. Wel-
che rein antiinflammatorische Behandlung hat
denn bisher einer Lipödempatientin geholfen?
Die inflammatorischen Veränderungen im Ge-
webe sind übrigens histologisch bei der chro-
nischen Veneninsuffizienz wesentlich ausge-
prägter; trotzdem ist das Phlebödem nicht
(druck)schmerzhaft.

Eine Operation (Liposuktion) in einem ent-
zündeten 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 verschwun-
den ist.

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

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

Dass die **MLD** die Beschwerden der Lip-
ödempatientinnen verbessert, ist bekannt. Ob
sie immer medizinisch notwendig ist, hängt
vom Einzelfall ab. Daher wird in den deut-
schen Leitlinien auch gesagt, dass sie dann
eingesetzt werden soll, wenn „die alleinige
Kompression nicht ausreichend“ ist. Den Er-
folg der MLD allein auf „ganz andere Effekte“,
nämlich „Reduktion von Stress und Erschöp-
fung, Berührung und menschliche Zuwen-
dung“ zurückzuführen, erscheint mehr als
spekulativ. Dadurch kommt es auch sicher
nicht zur Beinverschlanung.

Trotz aller aufgeführten Überlegungen zum
fehlenden Flüssigkeitsnachweis subkutan bei
einzelnen untersuchten Patientinnen ist die
Ödemvolumenverminderung durch physika-
lische Methoden (MLD, Kompression) zweifellos
die entscheidende konservative Therapiemaß-
nahme. Von lymphologischer Seite wird seit
Jahrzehnten die in jedem Befundbericht auf-
geführte Ödemvolumenreduktion als das
wichtigste objektive Kriterium für den Thera-
pieerfolg angesehen.

Inwieweit hierzu in der nächsten Zeit klini-
sche Studien (evtl. nur einseitige Entstauung?)
vorgenommen werden, kann mit großer Span-
nung erwartet werden. Ängste von Betroffe-
nen und Selbsthilfegruppen, dass durch die
neuen Konzepte zum Lipödem ihnen die im-
mer als essenziell dargestellte und als so wirk-
sam erlebte Entstauung genommen wird, wur-
den bereits geäußert.

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

Patientinnen in Lymphklinien 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 entgegensehen; 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!