

Lipödem-Syndrom – mehr als nur dicke Beine

Abstract zum Vortrag · 3. Internationale Földiklinik-Tage 2026 · Dr. Tobias Bertsch & Gabriele Erbacher,
Földiklinik Hinterzarten – Europäisches Zentrum für Lymphologie

Zusammenfassung

Der Vortrag stellt einen **Paradigmenwechsel** in Diagnostik und Therapie des Lipödem-Syndroms vor, der von der Földiklinik ausgegangen ist und mittlerweile von der International Lipoedema Association (ILA), dem International Consensus Document (2020) sowie der 2024 publizierten deutschen AWMF-S2k-Leitlinie getragen wird. Die Kernthese lautet: Das Lipödem-Syndrom ist **weder eine Ödemerkrankung noch ein Krankheitsbild mit venöser oder lymphatischer Funktionsstörung**. Es ist eine Schmerzerkrankung im disproportional vermehrten Fettgewebe – eingebettet in eine biopsychosoziale Komorbiditätsstruktur, in der zwei Größen den Krankheitsverlauf bestimmen: eine ausgeprägte **psychische Vorbelastung** und eine in der Mehrzahl der Fälle behandlungsbedürftige **Adipositas**. Wer nur auf die Beine schaut, übersieht die Haupterkrankung – mit potenziell lebensverkürzenden Folgen.



Akt I – Schmerz und Psyche: Warum es mehr braucht als eine Untersuchung der Beine

Die frühere lymphologische Lesart des Lipödems als „Ödem-Erkrankung mit Lymphinsuffizienz“ ist wissenschaftlich nicht haltbar. Der internationale Konsens der ILA und die AWMF-S2k-Leitlinie 2024 formulieren das unmissverständlich:

„Beim Lipödem handelt es sich in erster Linie weder um eine Ödemerkrankung noch um ein Krankheitsbild mit venöser oder lymphatischer Funktionsstörung.“ — AWMF S2k-Leitlinie Lipödem, 2024

Wenn das Ödem keine Rolle spielt, müssen wir den Schmerz anders erklären – und zwar ohne den Umweg über eine Lymphinsuffizienz. Die Leitlinie hält dazu einen klinisch entscheidenden Befund fest: **Die Schmerzsymptomatik korreliert nicht mit der Ausprägung der Disproportion bzw. der Zunahme des Unterhautfettgewebes**. Zwei Patientinnen z.B. mit BMI 29 und BMI 52 können identische Schmerzwerte (VAS 9/10) und schmerzbedingte Einschränkungen angeben; eine Patientin mit geringer Fettvermehrung kann stärker leiden als eine mit ausgeprägter Disproportion. Konsequenz: Stadieneinteilungen sind beim Lipödem inzwischen überholt; die Földiklinik verwendet sie nicht mehr.

Die psychische Dimension – Ursache, nicht Folge

Die zentrale Studie der Földiklinik (Erbacher & Bertsch 2020, N = 150) zeigt: **Über 80 % der Patientinnen mit gesichertem Lipödem-Syndrom weisen eine gravierende psychische Belastung auf**

– und zwar bereits *im Jahr vor* dem Auftreten der Lipödem-Schmerzen. Was zeitlich vorausgeht, kann formal-logisch nicht Folge des Schmerzgeschehens sein. **52 % der Patientinnen berichten über traumatische Erfahrungen** (sexueller Missbrauch oder körperliche Gewalt). Der Zusammenhang zwischen Traumaerfahrungen und Schmerzwahrnehmung im Allgemeinen wird durch eine systematische Übersichtsarbeit mit über 17.000 Teilnehmern unabhängig bestätigt (Marin et al., Children 2021): Insbesondere sexueller und körperlicher Missbrauch sind mit einem stark erhöhten Risiko für chronischen Schmerzen assoziiert.

Methodisch ist unsere Studie nicht trivial: 150 Frauen mit ärztlich gesichertem Lipödem-Syndrom wurden in zwei semi-strukturierten Interviews befragt – eines zur psychischen Belastungsbiografie (operationalisiert über manifeste ICD-10-F-Diagnosen wie Depression, Essstörung oder posttraumatische Belastungsstörung sowie gravierende psychische Auffälligkeiten wie Burnout oder chronischer Stress), das zweite zur Entwicklung der lipödem-typischen Schmerzsymptomatik. Beide Zeitachsen wurden anschließend **gemeinsam mit den Patientinnen** zur Deckung gebracht – ein Vorgehen, das zeitliche Reihenfolgen rekonstruierbar macht, die rein retrospektiv schwer zu klären sind. Damit ist die in Lipödem-Foren und Talkshows verbreitete Erzählung, die psychische Belastung sei nur *Folge* des Lipödem-Syndroms („die Frauen leiden eben, weil ihre Beine so aussehen“), mit der Datenlage nicht vereinbar.

Die Schmerzforschung beschreibt einen sich selbst verstärkenden Kreislauf zwischen Stress und Schmerz: Stress senkt die Schmerztoleranz und erschwert zugleich die Emotionsregulation, die zur Schmerzbewältigung nötig wäre (aktuelle Daten des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, Mannheim). Stress aktiviert das Nervensystem und schwächt gleichzeitig genau jene psychischen Ressourcen, mit denen die verstärkten Schmerzen zu bewältigen wären; jede Komponente treibt die andere an. In diese Spirale greifen drei Ebenen ineinander: **körperliche Faktoren** wie die niedriggradige Entzündung im Fettgewebe, die Schmerzschwellen senkt und zentrale Sensibilisierung verstärkt; **kognitiv-emotionale Faktoren** wie Angst vor dem Schmerz, katastrophisierendes Grübeln und negative Erwartungshaltungen, die nicht „Befindlichkeit“, sondern messbare Modulatoren der Schmerzverarbeitung sind; und **soziale Faktoren** wie fehlende Unterstützung, Stigmatisierungserfahrungen und die wiederholte Erfahrung medizinischer Ratlosigkeit. Psychisches Trauma, chronischer Stress und chronischer Schmerz werden in denselben limbischen Strukturen verarbeitet – im Wesentlichen Amygdala, Hippocampus, anteriorer cingulärer und insulärer Cortex. Psychologie wird hier zu messbarer Biologie.

Worte wirken – und sind damit ein ebenso wirksamer Teil der Therapie

Eine pragmatische Konsequenz dieser Erkenntnisse: **Allein die ärztliche Information über die Pathophysiologie der Lipödem-Schmerzen senkt die Schmerzwerte** auf der VAS messbar – in unserer Studie typischerweise um 1–2 Punkte bei Ausgangswerten von 7 bis 9, mit einer Effektdauer von ein bis zwei Tagen bis zum Beginn der eigentlichen Therapie (Erbacher & Bertsch, 2020). Die Intervention bestand aus nichts anderem als: Die Mechanismen erklären, wie der Schmerz entsteht und wie er

gelindert werden kann. Verdeutlichen, dass die Betroffenen eben nicht „selbst schuld“ sind, sondern viele Einflussfaktoren am Lipödem-Schmerz beteiligt sind.

Das neurobiologische Korrelat hat Moseley (2005) im funktionellen MRT dokumentiert: Bei einer Patientin mit chronischen Rückenschmerzen änderte eine Woche Physiotherapie durch einen exzellenten Therapeuten nahezu nichts an der Aktivität schmerzverarbeitender Hirnareale; die folgende Woche identischer Therapie, *nachdem* der Patientin verständlich erklärt worden war, *warum* diese Übungen wirken, zeigte einen drastischen Rückgang dieser Aktivität - und der von der Patientin empfundenen Schmerzen.

Was Ärzte, Therapeuten und Mitarbeiter im Sanitätsfachhandel sagen – und wie sie es sagen – ist kein Beiwerk, sondern wirksamer Bestandteil der Therapie. In der Földiklinik werden diese Erkenntnisse in psychologisch geleiteten Lipödem-Workshops umgesetzt; aus über 450 Gruppensitzungen (>5.000 abgegebene Stimmen) kristallisieren sich drei von den Patientinnen gewählte Kernthemen heraus: **Stressregulation, Umgang mit schwierigen Gefühlen und Selbstakzeptanz.**



Akt II – Die verdrängte Hauptdiagnose: Adipositas

Wer Lipödem behandeln will, ohne über Adipositas zu sprechen, behandelt am Wesentlichen vorbei. Die Datenlage ist erdrückend konsistent: **Rund 85 % der Patientinnen mit Lipödem sind adipös (BMI ≥ 30), etwa 50 % leiden an einer schweren Adipositas (BMI ≥ 40)** – übereinstimmend dokumentiert von Child et al. 2010, Dudek et al. 2018, Erbacher & Bertsch 2020, Fink et al. 2020, Angst et al. 2021 und Clarke 2024. Nur rund 4 % der Patientinnen sind normalgewichtig.

Adipositas ist eine tödliche Erkrankung

Die Sterblichkeit folgt einer klaren Dosis-Wirkungs-Beziehung. Daten aus dem Herzzentrum Bremen zeigen: Menschen mit normalem BMI erreichen mit fast 80 %-iger Wahrscheinlichkeit das 70. Lebensjahr. Bei einem BMI von 35–40 sinkt diese Wahrscheinlichkeit auf 60 %, **bei einem BMI von 40–50 erreicht nur noch jede zweite Patientin ihr 70. Lebensjahr.** Seit 2012 sterben weltweit mehr Menschen an den Folgen von Adipositas als an Hunger; in den USA wächst die erste Generation auf, deren Lebenserwartung niedriger ist als die ihrer Eltern.

Der Mythos vom „krankhaften Fett“

Im öffentlichen Diskurs – Talkshows, Social Media, Selbsthilfeforen – wird das Lipödem als Erklärung für Übergewicht missbraucht: Frauen „haben Lipödem, nicht Adipositas“, das Fett „wuchere“ unabhängig von der Energiebilanz. Diese Erzählung ist physikalisch unmöglich. Eine Übersichtsarbeit aus Harvard (Westcott & Rosen, Endocrinology 2022) formuliert es klar:

„Obesity results from a net positive energy balance and not from the differentiation of new fat cells.“

Adipositas entsteht aus einer netto positiven Energiebilanz – nicht aus der Bildung neuer Fettzellen. Adipogenese ist eine *Folge* der Überernährung, keine eigenständige Ursache. Lymphödem oder genetische Faktoren können beeinflussen, *wo* Fett gespeichert wird, aber sie können ohne Energieüberschuss keine Fettmasse erzeugen. Der erste Hauptsatz der Thermodynamik gilt auch in den Beinen unserer Patientinnen.

Diagnose-Inflation und ein bedenkliches Geschäftsmodell

In den beiden größten lymphologischen Zentren Deutschlands – Charité Berlin und Földiklinik Hinterzarten – waren 2023 **76–82 % der Überweisungsdiagnosen Lipödem falsch**. Die Gründe sind strukturell: Selbstdiagnosen über Online-Portale, Diagnose-Apps, Ferndiagnosen per Foto ohne körperliche Untersuchung – und eine offensiv beworbene Liposuktions-Industrie, die an der Diagnose Lipödem wirtschaftliches Interesse hat. Uns ist keine andere medizinische Therapie bekannt, die so aggressiv beworben wird wie die Fettabsaugung beim Lipödem. Werbevideos für Chemotherapien, Stent-Implantationen oder Komplexe Physikalische Entstauungstherapie sucht man vergeblich.

Das ist *keine* grundsätzliche Ablehnung der Liposuktion. Sie hat in sorgfältig selektierten Einzelfällen ihren Platz – wie die Beiträge von Hildur Skuladottir und Axel Baumgartner auf diesem Symposium zeigen. Bedenklich ist die Indikation: Patientinnen, deren Hauptproblem Adipositas ist, werden auf eine Therapie kanalisiert, die ihre lebensverkürzende Grunderkrankung unbehandelt lässt.

Konservative Gewichtsreduktion: 95 % scheitern

Diäten, Ernährungsumstellungen, Bewegungsprogramme – ihre Erfolgsquote auf 5-Jahres-Sicht liegt bei etwa 5 %. Die finnische FINN-Twin-Studie an 4.000 Zwillingen über 15 Jahre kommt zu einem auf den ersten Blick paradoxen Schluss: **Je häufiger Menschen Diäten unternehmen, desto höher ist ihr BMI nach 15 Jahren**. Dieses Scheitern ist universell – unabhängig von Geschlecht, Alter und der Anwesenheit eines Lipödems. Mit dem Lipödem hat es nichts zu tun.



Akt III – Ein ganzheitliches Therapiekonzept

Stigmatisierung ist Teil des Problems

Adipositas wird gesellschaftlich – und leider auch im Gesundheitswesen – als Folge persönlichen Versagens gelesen: Willensschwäche, Disziplinlosigkeit, Selbstvernachlässigung. Eine Studie der Johns Hopkins University, die es bis auf die Titelseite der *New York Times* schaffte, dokumentiert, dass Ärzte

mit schlankeren Patientinnen empathischer kommunizieren als mit adipösen. Diese Stigmatisierung ist einer der wesentlichen Motoren des Lipödem-Hypes: Die Diagnose Lipödem erlaubt Patientinnen, der Stigma-Falle „selbst schuld“ zu entkommen – um den Preis, dass die eigentlich behandelbare Erkrankung unbehandelt bleibt.

Der erste therapeutische Schritt ist daher ein Haltungswechsel: **Adipositas ist eine chronische Erkrankung wie Diabetes, koronare Herzkrankheit oder Arthrose** – mit komplexer Ätiologie, behandelbar, selten heilbar. Empathie und ein tragfähiges Vertrauensverhältnis sind auch hier Voraussetzung jeder wirksamen Therapie.

Therapiesäulen

Das in der Földiklinik praktizierte, von der ILA mitgetragene Konzept ruht auf folgenden Säulen:

1. Aufklärung und Schmerz-Edukation. Die ärztliche Vermittlung der Pathophysiologie ist nachweislich schmerz-senkend. Sie ist die erste, kostengünstigste und biologisch hoch wirksame Intervention.

2. Psychosoziale Therapie. Stressregulation, Bearbeitung schwieriger Emotionen, Selbstakzeptanz – in der Földiklinik strukturiert über psychologisch geleitete Gruppen Workshops, ergänzt um Einzeltherapie, z.B. bei Traumafolgestörungen.

3. Physio- und Bewegungstherapie. Kein Heilmittel gegen Adipositas, aber unverzichtbar für Mobilität, Schmerzmodulation, Gewichtsstabilisierung und Lebensqualität

4. Kompressionstherapie. Indiziert wegen ihrer antientzündlichen Wirkung – nicht zur „Entstauung“ eines Ödems, das nicht existiert.

5. Ernährungstherapie. Beratung in Gruppen und Einzelterminen, praktische Schulung in der klinikeigenen Lehrküche. Realistische Erwartungssteuerung: Konservative Maßnahmen reduzieren das Gewicht selten nachhaltig, spielen aber eine wichtige Rolle bei der Gewichtsstabilisierung.

6. Pharmakotherapie der Adipositas. GLP-1- und GIP/GLP-1-Rezeptoragonisten (Semaglutid, Tirzepatid) ermöglichen Gewichtsreduktionen bis ca. 20 %. Die Therapie ist lebenslang; Erstattung ist – außerhalb des Diabetes – kaum möglich.

7. Bariatrische Chirurgie. Schlauchmagen (Sleeve-Gastrektomie) und Magenbypass (Roux-en-Y) sind bei schwer adipösen Patientinnen mit Lipödem-Syndrom die wirksamste Option. Die Földiklinik bereitet seit 2008 Patientinnen mit Adipositas plus Lymphödem oder plus Lipödem strukturiert auf bariatrische Eingriffe vor. Die gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Freiburg publizierte Studie von Fink et al. (Visc Med 2021) liefert die Datengrundlage: In einer retrospektiven Kohorte (n = 31 Lipödem-Patientinnen, 14 Kontrollen mit distalem Beinlymphödem) führten Sleeve-Gastrektomie und Roux-en-Y-Bypass zu einer signifikanten und dauerhaften Reduktion des Oberschenkelvolumens um rund 30–33 % nach 10–18 Monaten – also genau bei jener Patientengruppe, die nach klassischer

Lehrmeinung als „diätresistent“ galt. Die im Vortrag gezeigten klinischen Verläufe illustrieren die Tragweite dieser Befunde – vorausgesetzt, die Hauptdiagnose Adipositas wird konsequent in den Vordergrund gestellt.

8. Liposuktion. Nur in sorgfältig selektierten Einzelfällen mit BMI unter 32, nach Ausschöpfung konservativer und – wo aufgrund des hohen BMIs indiziert – bariatrischer Optionen.



Take-home-Messages

- Das Lipödem-Syndrom ist keine Ödem- oder lymphologische Erkrankung, sondern eine Schmerzerkrankung im disproportionalen Fettgewebe.
- Schmerz korreliert nicht mit der Menge des Fettgewebes. Stadieneinteilungen sind daher überholt. Für die Beschwerden beim Lipödem-Syndrom existiert bislang keine Stadieneinteilung.
- Über 80 % der Patientinnen sind bereits *vor* Beginn der Lipödem-Schmerzen psychisch erheblich belastet; 52 % berichten traumatische Erfahrungen – was erheblichen Einfluss auf die Schmerzwahrnehmung hat.
- Rund 85 % der Patientinnen sind adipös, etwa 50 % schwer adipös. Adipositas ist die häufigste und gefährlichste Komorbidität.
- Adipositas entsteht aus positiver Energiebilanz – nicht aus dem Lipödem selbst. Der erste Hauptsatz der Thermodynamik gilt auch beim Lipödem-Syndrom.
- Bis zu vier von fünf Zuweisungsdiagnosen Lipödem sind falsch. Die Liposuktion droht zum Geschäftsmodell auf Kosten unbehandelter Adipositas und damit auf Kosten der Gesundheit der Patientinnen mit Adipositas und Lipödem-Syndrom zu werden.
- Wirksame Therapie ist ganzheitlich: Aufklärung, psychosoziale Begleitung, Bewegung, Kompression, Ernährung, Pharmako- und – wo indiziert – bariatrische Therapie. Liposuktion bleibt Einzelfallindikation.

Referenzen

Bertsch T, Erbacher G, Elwell R: JWC International Consensus Document: Lipoedema: a paradigm shift. Journal of Wound Care, 29(11). <https://doi.org/https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.Sup11b.1>

Deutsche Gesellschaft für Phlebologie und Lymphologie e.V.: S2K-Lipödem, 5.0, 2024, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/037-012> (abgerufen am: 31.05.2026)

Erbacher G, Bertsch T. Lipoedema and Pain: What is the role of the psyche? – Results of a pilot study with 150 patients with Lipoedema. *Phlebologie* 2020;49:305–316. doi:10.1055/a-1238-6657.

Marin TJ et al. A Systematic Review of the Prospective Relationship between Child Maltreatment and Chronic Pain. *Children* 2021;8:806.

Czerwińska M, Ostrowska P, Hansdorfer-Korzon R. Lipoedema as a Social Problem. A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:10223.

Moseley GL. Widespread brain activity during an abdominal task markedly reduced after pain physiology education. *Aust J Physiother* 2005;51:49–52.

Westcott GP, Rosen ED. Crosstalk Between Adipose and Lymphatics in Health and Disease. *Endocrinology* 2022;163:bqab224.

Fink JM, Schreiner L, Marjanovic G, Erbacher G, Seifert GJ, Foeldi M, Bertsch T. Leg Volume in Patients with Lipoedema following Bariatric Surgery. *Visc Med* 2021;37(3):206–211. doi:10.1159/000511044.

Child AH et al. 2010; Dudek JE et al. 2018; Angst F et al. 2021; Clarke C 2024 – konvergente Daten zur Adipositas-Prävalenz beim Lipödem.