

Das Lipödem ist nach der S2k-Leitlinie 2024 (AWMF 037-012) eine schmerzhafte, meist symmetrische und disproportionale Fettverteilungsstörung der Extremitäten, die fast ausschließlich Frauen betrifft. Es ist keine „schlampige Ernährung“ und auch kein klassisches Lymphödem. Der Name führt in die Irre: Beim reinen Lipödem steht nicht die Flüssigkeit im Vordergrund, sondern schmerzhaft verändertes Fettgewebe.

Wie wird das Lipödem erkannt?

Die Diagnose wird klinisch gestellt – es gibt keinen Laborwert und kein Bildgebungsverfahren, das sie beweist. Labor und Ultraschall dienen vor allem dem Ausschluss anderer Ursachen. Typisch sind:

- Überproportionale Fettvermehrung an Beinen und/oder Armen im Vergleich zum Rumpf; Hände und Füße bleiben meist ausgespart („Manschettenphänomen“)
- Druck-, Berührungs- und oft Spontanschmerz sowie Schweregefühl in genau diesem Gewebe
- Häufig verstärkte Hämatomneigung, Zunahme der Beschwerden im Tagesverlauf oder bei Hitze
- Beginn oft in hormonellen Umbruchphasen (Pubertät, Schwangerschaft, Wechseljahre)

Beschwerdefreie Umfangsvermehrung allein heißt Lipohypertrophie – das ist kein Lipödem im Sinne der Leitlinie

Lipödem, Lymphödem, Adipositas – nicht dasselbe

Lipödem

- Fast immer symmetrisch
- Schmerz im Fettgewebe
- Füße/Hände meist frei
- Stemmer-Zeichen typisch negativ
- Fett, nicht primär Flüssigkeit

Lymphödem

- Oft einseitig oder ungleich
- Dellen bildendes Ödem möglich
- Fuß/Zehen häufig mitbetroffen
- Stemmer-Zeichen oft positiv
- Gestörter Lymphabfluss

Adipositas

- Fettvermehrung auch am Rumpf
- Kein spezifischer Druckschmerz des Lipödems
- Kann gleichzeitig bestehen
- Gewichtsabnahme reduziert Stammfett
- Verstärkt Lipödem-Beschwerden

Welche Rolle hat die manuelle Lymphdrainage?

Die Leitlinie ist hier eindeutig: Die MLD zielt beim reinen Lipödem nicht auf eine Volumen- oder Fettreduktion, sondern auf die Modulation der Schmerzwahrnehmung (C-Fasern), eine sympathikolytische Wirkung und eine höhere Schmerzschwelle. Empfohlen wird sie, wenn Kompression nicht anwendbar ist oder allein nicht ausreicht – und immer in Kombination mit weiteren Techniken, vor allem Bewegung in Kompression.

- Reines Lipödem: MLD als ergänzende Schmerztherapie, nicht als Entstauung „überschüssigen Wassers“ und nicht als Diät-Ersatz
- Lipolymphödem (Lipödem plus echtes Lymphödem): hier gelten die Regeln der KPE – MLD plus Kompression plus Bewegung zur tatsächlichen Entstauung

Nach lymphbahnschonender Liposuktion: MLD und Kompression können die Nachbehandlung und die Mobilisation unterstützen

Das therapeutische Gesamtkonzept laut Leitlinie

- Kompression soll zur Schmerzreduktion eingesetzt werden. Bevorzugt wird die niedrigste Klasse, die Symptome lindert; oft flachgestrickte maßgefertigte Versorgung. Kompression baut kein Fett ab.
- Bewegung in Kompression (aerobes Training, moderates Krafttraining, Aquasport/Aquacycling) ist ein zentraler Baustein der Schmerzlinderung.
- Gewicht und Ernährung: Begleitende Adipositas verstärkt Volumen und Beschwerden. Ziel ist eine dauerhafte, möglichst entzündungsarme Ernährung – keine Kurzzeitdiät. Diuretika sind nicht indiziert.
- Psychosoziale Belastung ist häufig und gehört zur Versorgung dazu (Schmerz, Scham, Depression, Essstörung).
- Liposuktion kann bei dokumentiert therapierefraktären Schmerzen eine nachhaltige Reduktion des betroffenen Fettgewebes bewirken. Die morphologische Stadieneinteilung I–III beschreibt das Aussehen, nicht automatisch den Schweregrad der Beschwerden.

Was Sie von einer seriösen Lipödem-Behandlung erwarten dürfen

Keine Versprechen wie „Beine entstauen und schlank massieren“. Stattdessen: ehrliche Unterscheidung zwischen Fett und Ödem, Kompression die sitzt, Bewegung die machbar ist, MLD dort wo sie Schmerzen oder ein echtes Begleitödem lindert – und die klare Empfehlung, bei Bedarf Adipositas und operative Optionen ärztlich mitzudenken.

Das Lipödem ist nicht heilbar, aber gut behandelbar. Ziel ist weniger Schmerz und Spannung, bessere Beweglichkeit und Teilhabe – nicht „schlanke Beine“. Die S2k-Leitlinie 2024 empfiehlt ein gestuftes Konzept: zuerst konservativ und interdisziplinär, operativ wenn dokumentiert therapierefraktäre Schmerzen bleiben.

1. Konservative Basistherapie

Kompression – erste Säule

- Soll zur Schmerzreduktion an den betroffenen Extremitäten eingesetzt werden
- Initial möglich: Strümpfe, Verbände oder adaptive Systeme; langfristig meist maßgefertigte medizinische Kompressionsstrümpfe
- Niedrigste Klasse wählen, die Symptome lindert – das verbessert das Tragen
- Bei großen Umfangssprüngen oder tiefen Falten: flachgestrickt
- Baut kein Fett ab, beeinflusst aber Spannung, Schmerz und Begleitödem

Bewegung und Physiotherapie

- Bewegung in Kompression ist laut Leitlinie ein zentrales Element der Schmerzlinderung
- Aerobes Training, Dehnung, moderates Krafttraining
- Aquasport / Aquacycling oft besonders gut verträglich
- Vibrationsplatte kann die Druckschmerzschwelle erhöhen
- Ziel: Muskeln und Gelenke nutzen, ohne das Gewebe zu überlasten

Manuelle Lymphdrainage

- Ergänzung, wenn Kompression nicht geht oder allein nicht reicht
- Wirkt über Schmerzmodulation (C-Fasern), nicht über Fettreduktion
- Beim Lipolymphödem: echter Bestandteil der KPE zur Entstauung
- Nach Liposuktion oft in der Nachbehandlung sinnvoll

Weitere konservative Bausteine

- Intermittierende pneumatische Kompression (IPK) zur Schmerzlinderung und bei Begleitödem, auch als Heimtherapie
- Tägliche Hautpflege gegen Reibung, Intertrigo und Infekte
- Keine Diuretika – sie sind beim Lipödem nicht indiziert
- Keine Medikamente mit belegter krankheitsspezifischer Wirkung

2. Gewicht, Psyche und Selbstmanagement

- Begleitende Adipositas verstärkt Volumen und Schmerzen – sie muss parallel behandelt werden. Das Lipödem-Fett an den Beinen schwindet durch Diät allein oft kaum, das Stammfett schon.
- Dauerhafte, möglichst entzündungsarme Ernährung statt Kurzzeitdiät. Leitlinie nennt u. a. mediterrane oder – individuell – ketogene Ansätze.
- Psychosoziale Belastung (Schmerz, Scham, Depression, Essstörung) gehört zur Erkrankung und soll mitversorgt werden.
- Selbstmanagement: Kompression korrekt anlegen, Bewegung im Alltag, Hautpflege, realistische Ziele, aktive Rolle der Patientin.

3. Liposuktion – operative Option (Stand 2026)

Die lymphbahnschonende Liposuktion (PAL, WAL, Tumeszenz) ist die operative Methode der Wahl, um betroffenes Unterhautfettgewebe an Beinen und/oder Armen nachhaltig zu reduzieren. Sie heilt das Lipödem nicht, kann aber Schmerz, Beweglichkeit und Lebensqualität dauerhaft verbessern. Seit 2026 ist sie in der GKV unabhängig vom morphologischen Stadium möglich, wenn strenge Kriterien erfüllt sind:

- Gesicherte Diagnose nach verbindlichen Kriterien und Trennung von Diagnose / Indikation / Operation (Vier-Augen-Prinzip)
- Mindestens sechs Monate dokumentierte, ärztlich verordnete konservative Therapie ohne ausreichende Schmerzlinderung
- Keine Gewichtszunahme in diesen sechs Monaten
- BMI-Grenzen beachten: unter 32 in der Regel möglich; 32–35 nur unter Zusatzkriterien (u. a. WHtR); über 35 zuerst Adipositas therapie
- Durchführung nur durch qualifizierte Operateurinnen/Operateure; nach der OP beginnt in der Regel KPE Phase I

Termin und Beratung

Heilmasseur Daniel Wieger · Mitschastraße 8, 2130 Mistelbach
massage@wieger.at · www.wieger.at