

LIPLEG ist ein Meilenstein – aber kein Freibrief für eine eindimensionale Therapie

Die im September 2026 im *Lancet* publizierte LIPLEG-Studie ist zweifellos ein Meilenstein.

Sie ist die erste große multizentrische randomisierte kontrollierte Studie, die Liposuktion und konservative Therapie beim Lipödem direkt miteinander vergleicht. 410 Patientinnen mit Lipödem der Stadien I bis III wurden randomisiert. 278 erhielten eine Liposuktion, 132 eine konservative Therapie.

Das zentrale Ergebnis ist eindeutig:

Nach zwölf Monaten erreichten **68 Prozent** der Patientinnen nach Liposuktion eine Reduktion ihrer Beinschmerzen um mindestens zwei Punkte auf einer Zehn-Punkte-Skala. In der konservativ behandelten Kontrollgruppe waren es lediglich **8 Prozent**.

Die Odds Ratio betrug 26,2; der Unterschied war hochsignifikant. Auch verschiedene Parameter der Lebensqualität und der körperlichen Funktion verbesserten sich stärker nach Liposuktion.

Das muss man anerkennen.

Die Liposuktion hat damit eine Evidenzqualität erreicht, die es beim Lipödem bisher in dieser Form nicht gegeben hat.

Aber wissenschaftliche Redlichkeit verlangt, nicht nur das Ergebnis, sondern auch die Fragestellung und die Grenzen einer Studie zu betrachten.

Und genau hier beginnt die eigentliche Diskussion.

Was hat LIPLEG wirklich untersucht?

LIPLEG hat nicht untersucht, ob Liposuktion grundsätzlich besser ist als jede Form einer optimalen konservativen Therapie.

Untersucht wurde die Liposuktion im Vergleich zu der im Studienprotokoll definierten konservativen Behandlung.

Alle Patientinnen erhielten zunächst eine konservative Therapie über bis zu sieben Monate. Danach wurden sie randomisiert. Die konservative Gruppe wurde weitere zwölf Monate konservativ behandelt; die Operationsgruppe erhielt bis zu vier Liposuktionssitzungen und konnte zusätzlich konservativ behandelt werden.

Das ist ein wichtiger Unterschied.

Denn die konservative Therapie ist keine einzelne Behandlung.

Sie besteht aus verschiedenen Bausteinen:

- Kompression,
- Bewegung und körperlichem Training,
- gegebenenfalls manueller Lymphdrainage,
- Selbstmanagement,
- Hautpflege,
- Gewichts- und Ernährungsmanagement,
- gegebenenfalls weiteren physikalischen Maßnahmen.

Die deutsche S2k-Leitlinie von 2024 empfiehlt die Kompression zur Schmerzreduktion und Bewegung als Bestandteil des therapeutischen Gesamtkonzeptes. Die manuelle Lymphdrainage kann insbesondere dann ergänzend eingesetzt werden, wenn Kompression allein nicht ausreicht oder nicht möglich ist.

Auch der internationale Lipedema-World-Alliance-Konsens von 2026 bestätigt diesen multimodalen Ansatz. Dort erreichte die Aussage, dass konservatives Management Ernährung und Lebensstil, Kompression und Bewegung umfassen sollte, einen Konsens von über 93 Prozent. Gleichzeitig bewerteten die Experten die Evidenz für diese Aussage nur mit etwa 63 Prozent – ein bemerkenswert ehrlicher Hinweis darauf, dass Konsens und Evidenz nicht dasselbe sind.

Es wäre falsch, aus den acht Prozent der LIPLEG-Kontrollgruppe zu schließen:

„Konservative Therapie wirkt nicht.“

Diese Aussage gibt die Studie nicht her.

Richtig ist:

Unter den Bedingungen dieser Studie erreichten nur acht Prozent der Patientinnen unter alleiniger konservativer Therapie den definierten primären Endpunkt einer mindestens zweipunktigen Schmerzreduktion.

Das ist etwas anderes.

Denn die konservative Therapie verfolgt mehrere Ziele. Sie soll nicht nur Schmerzen beeinflussen, sondern unter anderem die körperliche Funktion verbessern, Ödeme beziehungsweise zusätzliche Ödemkomponenten kontrollieren, Beweglichkeit fördern, Selbstmanagement ermöglichen und die Lebensqualität verbessern.

Und für einzelne dieser Komponenten gibt es durchaus wissenschaftliche Hinweise auf einen Nutzen.

Die deutsche S2k-Leitlinie empfiehlt Kompression bei diagnostiziertem Lipödem zur Schmerzreduktion. Gleichzeitig sagt die Leitlinie ausdrücklich, dass Kompression das krankhaft vermehrte Fettgewebe nicht reduziert.

Das ist wissenschaftlich plausibel und klinisch wichtig.

Kompression muss beim Lipödem daher nicht mit dem Anspruch verordnet werden, Fettgewebe „wegzudrücken“.

Ihr Ziel ist vielmehr die **Symptomkontrolle**.

Eine kleine randomisierte Pilotstudie aus Polen verglich Kompression plus Bewegung mit Bewegung allein. Trotz der sehr kleinen Stichprobe von nur sechs Patientinnen zeigte sich unter Kompression unter anderem eine Verringerung der subjektiven Hämatomneigung und der Druckschmerzen.

Eine weitere randomisierte Studie aus den USA untersuchte pneumatische Kompression zusätzlich zur konservativen Versorgung. Dort verbesserten sich unter der zusätzlichen Kompression unter anderem Beinumfang, Bioimpedanz und Schmerzparameter stärker als unter konservativer Versorgung allein. Die Studie war allerdings als Proof-of-Principle-Studie angelegt und zudem industriefinanziert.

Das sind keine Belege von derselben Evidenzstufe wie LIPLEG.

Aber sie sind eben auch **kein Beleg für Wirkungslosigkeit**.

Die wissenschaftliche Datenlage speziell zur manuellen Lymphdrainage beim **isolierten Lipödem** ist begrenzt.

Die deutsche S2k-Leitlinie stellt fest, dass für die manuelle Lymphdrainage beim Lipödem keine isolierten Studien in ausreichender Qualität vorliegen, sondern Untersuchungen überwiegend in Kombination mit anderen Therapieformen existieren.

Das bedeutet:

Wir sollten nicht behaupten, dass die Lymphdrainage in randomisierten Studien eindeutig eine langfristige Veränderung des Lipödem-Fettgewebes nachgewiesen hätte.

Das wäre wissenschaftlich nicht haltbar.

Aber daraus folgt ebenso wenig, dass sie klinisch nutzlos ist.

Eine randomisierte kontrollierte Studie von Atan und Bahar-Özdemir mit 31 auswertbaren Patientinnen mit schwerem Lipödem verglich komplexe Entstauungstherapie plus Bewegung, intermittierende pneumatische Kompression plus Bewegung und Bewegung allein. Die Gruppe mit komplexer Entstauungstherapie zeigte unter anderem Verbesserungen bei Extremitätenvolumen, Schmerzen und körperlicher Funktion.

Auch hier gilt:

kleine Studie, begrenzte Übertragbarkeit, keine LIPLEG-Evidenz.

Aber die wissenschaftlich korrekte Schlussfolgerung lautet eben:

Die Evidenz ist begrenzt – nicht: Die Therapie ist wirkungslos.

Ein weiterer Punkt wird in der Diskussion häufig unterschätzt: Bewegung.

Die internationale Literatur der vergangenen Jahre weist darauf hin, dass individuell angepasstes Training – insbesondere Krafttraining, Ausdauertraining und Bewegung im Wasser – Schmerzen, Funktion, körperliche Leistungsfähigkeit und Lebensqualität verbessern kann.

Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit zum Bewegungstraining bei Frauen mit Lipödem schloss sechs Studien mit insgesamt 115 Patientinnen ein. Die Autoren fanden Hinweise auf Verbesserungen von Schmerzen, Symptomen, Lebensqualität, Funktion und teilweise Extremitätenumfang. Gleichzeitig betonten sie die geringe Stichprobengröße und die hohe Heterogenität der Studien. Die Effekte schienen insbesondere bei Kombination mit Kompression günstiger zu sein.

Auch ein italienischer Konsensus von 2024 kommt zu dem Ergebnis, dass körperliche Aktivität eine wichtige therapeutische Säule darstellt, weist aber ausdrücklich darauf hin, dass standardisierte langfristige Trainingskonzepte noch fehlen.

Das zeigt ein grundsätzliches Problem der Lipödemforschung:

Wir haben viele klinische Erfahrungen und zunehmend positive Studienergebnisse – aber noch zu wenige große, sauber standardisierte Langzeitstudien.

Der amerikanische Standard of Care von Herbst und Kollegen aus dem Jahr 2021 wurde mittels Delphi-Konsens entwickelt und nach GRADE bewertet. Er beschreibt Kompression, Bewegung und manuelle Therapie als Bestandteile einer individualisierten umfassenden Behandlung. Gleichzeitig ist bemerkenswert, dass viele dieser Empfehlungen auf Evidenz niedriger Qualität beruhen.

Auch der 2026 veröffentlichte internationale Delphi-Konsens der Lipedema World Alliance, an dem

Experten aus 19 Ländern beteiligt waren, kommt zu einem ähnlichen Ergebnis:

Es gibt einen breiten internationalen Konsens für ein integriertes Behandlungskonzept – aber in vielen Bereichen fehlt noch hochwertige Evidenz.

Von den 59 konsentierten Aussagen erreichten 36 eine Zustimmung von 90 bis 100 Prozent. Gleichzeitig weisen die Autoren ausdrücklich darauf hin, dass viele Aussagen nur durch eine begrenzte Evidenzbasis gestützt werden.

Das ist für die Gesundheitspolitik eine zentrale Botschaft.

Konsens ist nicht Evidenz.

Aber:

fehlende Evidenz ist auch kein Beweis für fehlende Wirksamkeit.

LIPLEG selbst liefert eine bemerkenswerte Bestätigung für die operative Therapie.

Aber auch LIPLEG hat Grenzen.

Die Patientinnen waren ausgewählt: Es wurden nur Frauen mit mindestens vier Punkten Beinschmerz eingeschlossen; Patientinnen mit vorausgegangener Liposuktion wurden ausgeschlossen, ebenso bestimmte Begleiterkrankungen und weitere Konstellationen. Von 1.973 gescreenten Personen wurden letztlich 410 randomisiert.

Die Studie war außerdem nicht verblindet gegenüber den Patientinnen. Die Untersucher wurden zwar aufwendig verblindet, unter anderem durch das Abkleben möglicher Operationsnarben. Dennoch ist eine vollständige Verblindung bei einem sichtbaren operativen Eingriff praktisch nicht möglich.

Der primäre Endpunkt war zudem ein subjektiver Schmerzendpunkt.

Das ist legitim – Schmerz ist schließlich das zentrale Symptom.

Aber wir müssen wissen, was wir messen.

Und wir müssen wissen, was wir **nicht** messen.

LIPLEG beantwortet die Frage nach der langfristigen Krankheitsentwicklung noch nicht.

Die 36-Monats-Nachbeobachtung läuft weiter. Fragen nach Rezidiven, langfristiger Sicherheit und der Abhängigkeit von konservativer Therapie sind deshalb noch nicht abschließend beantwortet. Ein besonders wichtiger Befund wird häufig übersehen!!

Die Patientinnen nach Liposuktion wurden nicht einfach aus der konservativen Versorgung entlassen.

Im Gegenteil:

Ein großer Anteil der operierten Patientinnen erhielt weiterhin konservative Therapie. Die Publikation berichtet, dass bei einem erheblichen Teil der Patientinnen konservative Maßnahmen nach der Operation fortgeführt wurden.

Und genau das entspricht auch der deutschen S2k-Leitlinie.

Sie empfiehlt ausdrücklich, nach einer Liposuktion abhängig von der Beschwerdesymptomatik weiterhin konservativ zu behandeln.

Deshalb ist die wissenschaftlich richtige Schlussfolgerung nicht:

Operation oder konservative Therapie.

Sondern:

Operation und konservative Therapie können unterschiedliche Funktionen innerhalb eines individuellen Behandlungskonzeptes haben.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat 2025 auf Grundlage der neuen Evidenz die Liposuktion beim Lipödem in den regulären Leistungskatalog aufgenommen. Seit Oktober 2025 gelten dafür entsprechende Regelungen auch unabhängig vom Stadium, unter definierten Voraussetzungen.

Das war ein wichtiger Schritt.

Denn eine medizinisch notwendige Operation darf nicht länger allein deshalb verweigert werden, weil die Erkrankung eine Frau betrifft, die jahrzehntelang mit Vorurteilen über Gewicht und Lebensführung konfrontiert wurde.

Aber jetzt dürfen wir nicht den nächsten Fehler machen.

Wir dürfen nicht eine neue Einseitigkeit schaffen.

Wenn die Operation Kassenleistung ist, muss auch die **medizinisch notwendige konservative Begleit- und Nachbehandlung** gesichert sein.

Denn was nützt eine erfolgreiche Liposuktion, wenn die Patientin anschließend keinen Zugang zu qualifizierter Kompression, Physiotherapie, Bewegungstherapie oder lymphologischer Nachsorge erhält?

Das wäre medizinisch widersinnig.

Wenn wir wirklich evidenzbasierte Medizin wollen, dann müssen wir die Forschungsfrage erweitern.

Wir brauchen nicht nur die Frage:

„Liposuktion oder konservative Therapie?“

Wir brauchen Studien zu:

- Kompression allein,
- Kompression plus Bewegung,
- manueller Lymphdrainage in definierten Indikationen,
- intermittierender pneumatischer Kompression,
- strukturierten Bewegungsprogrammen,
- Ernährung und Gewichtsmanagement,
- psychosozialer Unterstützung,
- Kombinationstherapien,
- präoperativer konservativer Therapie,
- postoperativer lymphologischer Behandlung,
- Langzeitverläufen über fünf, zehn und mehr Jahre.

Und wir brauchen standardisierte Endpunkte.

Nicht nur Schmerzen.

Sondern auch:

Mobilität. Funktion. Arbeitsfähigkeit. Lebensqualität. Ödeme. Hämatomneigung. körperliche Leistungsfähigkeit. psychische Belastung. Medikamentenbedarf. Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Komplikationen. Rezidive.

Erst dann können wir wirklich beantworten, welche Patientin welche Therapie zu welchem Zeitpunkt benötigt.

Mein Appell an die Politik

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir sollten die Diskussion über das Lipödem nicht als ideologischen Kampf zwischen konservativer Medizin und Chirurgie führen.

Das hilft niemandem.

Wir sollten vielmehr das tun, was gute Medizin auszeichnet:

Wir müssen die beste verfügbare Evidenz mit klinischer Erfahrung und den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen verbinden.

Die LIPLEG-Studie hat uns einen großen Schritt nach vorne gebracht.

Sie zeigt überzeugend, dass Liposuktion bei geeigneten Patientinnen Schmerzen und Lebensqualität erheblich verbessern kann.

Aber sie zeigt gleichzeitig nicht, dass konservative Therapie überflüssig geworden ist.

Die internationale und deutsche Literatur spricht vielmehr für einen multimodalen Ansatz.

Und deshalb brauchen wir drei Dinge:

Erstens: einen gesicherten Zugang zur konservativen Therapie – qualifiziert, individuell und ausreichend lange.

Zweitens: einen ebenso gesicherten Zugang zur Liposuktion, wenn die medizinische Indikation gegeben ist.

Drittens: eine konsequente wissenschaftliche Begleitforschung, die nicht zwischen chirurgischen und konservativen Lagern unterscheidet, sondern die Patientin in den Mittelpunkt stellt.

Denn die eigentliche Frage lautet nicht:

„Operation oder konservative Therapie?“

Die eigentliche Frage lautet:

„Welche Behandlung braucht diese Patientin, damit sie wieder möglichst schmerzfrei, mobil und selbstbestimmt leben kann?“

Das muss unser Maßstab sein.

Nicht die Tradition.

Nicht die Interessen einzelner Berufsgruppen.

Nicht wirtschaftliche Einzelinteressen.

Und auch nicht politische Vorurteile.

Sondern **gute wissenschaftliche Evidenz, ärztliche Verantwortung und die Lebensqualität der betroffenen Frauen.**

Das Lipödem ist eine chronische Erkrankung.

Die Versorgung muss deshalb ebenfalls langfristig gedacht werden.

Nicht Operation gegen konservative Therapie.

Wissenschaftliche Kernliteratur:

1. **Podda M et al.** *Liposuction versus conservative therapy for patients with lipoedema in Germany: a multicentre, randomised controlled clinical trial.* **The Lancet.** **2026;408:910–923.** DOI: 10.1016/S0140-6736(26)00910-4. Die LIPLEG-Studie ist die entscheidende neue RCT-Evidenz.
2. **Fäber G et al.** *S2k-Leitlinie Lipödem*, Version 5.0, AWMF-Registernummer 037-012, 2024. Sie fasst nationale und internationale Evidenz sowie Expertenkonsens zusammen und enthält konkrete Empfehlungen zu Kompression, Physiotherapie, Bewegung und Liposuktion.
3. **Herbst KL et al.** *Standard of care for lipedema in the United States.* **Phlebology.** **2021;36:779–796.** DOI: 10.1177/02683555211015887. International bedeutender US-Konsens auf Delphi-/GRADE-Basis.
4. **Atan T, Bahar-Özdemir Y.** *The Effects of Complete Decongestive Therapy or Intermittent Pneumatic Compression Therapy or Exercise Only in the Treatment of Severe Lipedema: A Randomized Controlled Trial.* **Lymphat Res Biol.** **2021;19:86–95.** DOI: 10.1089/lrb.2020.0019. Kleine RCT, aber relevant für die konservative Therapie.
5. **Wright T et al.** *Effect of pneumatic compression device and stocking use on symptoms and quality of life in women with lipedema.* **Phlebology.** **2023;38:51–61.** DOI: 10.1177/02683555221145779. Randomisierte Proof-of-Principle-Studie zur Kompression.
6. **Czerwińska M et al.** *The Usefulness of the Application of Compression Therapy among Lipedema Patients—Pilot Study.* **Int J Environ Res Public Health.** **2023;20:914.** Sehr kleine Pilotstudie; deshalb nur vorsichtig zu interpretieren.
7. **Kruppa P et al.** *Lipedema World Alliance Delphi Consensus-Based Position Paper on the Definition and Management of Lipedema.* **Nature Communications.** **2026;17:427.** Internationaler Konsens von Experten aus 19 Ländern; wichtig gerade wegen der expliziten Kennzeichnung vieler Evidenzlücken.
8. **Vazirnia A et al.** *Lipedema Diagnosis, Clinical Manifestations, and Therapeutics: A Systematic Review.* **International Journal of Dermatology.** **2026;65:1811–1819.** Die aktuelle internationale systematische Übersicht bewertet die Evidenz für konservative Verfahren und Liposuktion getrennt und weist zugleich auf die weiterhin begrenzte Zahl hochwertiger Studien hin.
9. **Annunziata G et al.** *The Role of Physical Exercise as a Therapeutic Tool to Improve Lipedema.* **Curr Obes Rep.** **2024;13:667–679.** Italienischer interdisziplinärer Konsens zu Bewegungstherapie.
10. **Günay UB et al.** *Health-related quality of life among lipedema patients: A systematic review and meta-analysis.* **Phlebology.** **2026;41:570–578.** 14 Studien aus neun Ländern mit 3.851 Teilnehmerinnen zeigen die erhebliche Belastung der Lebensqualität durch das Lipödem.