

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie (QS-RL) zur
Liposuktion bei Lipödem im Stadium III:

QS-RL zur Liposuktion bei Lipödem

Vom 17. Juli 2025

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Zu § 1 Rechtsgrundlage und Gegenstand der Richtlinie	3
2.2	Zu § 2 Ziele	3
2.3	Zu § 3 Methode	4
2.4	Zu § 4 Diagnose und Prüfung der Indikationsvoraussetzungen zur Liposuktion.....	4
2.5	Zu § 5 Indikationsstellung zur Liposuktion und eingriffsbezogene Qualitätssicherung.....	8
2.6	Zu Anlage I Checkliste zur Abfrage der Qualitätskriterien der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem	9
2.7	Zur Änderung der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie	9
3.	Würdigung der Stellungnahmen	9
4.	Bürokratiekostenermittlung	10
5.	Verfahrensablauf	13
6.	Fazit.....	14

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) kann der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten Richtlinien zur Qualitätssicherung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V erlassen. Er kann insbesondere Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen bestimmen. Dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Auf der Grundlage eines Antrags zur Überprüfung der Liposuktion bei Lipödem gemäß § 135 Absatz 1 und § 137c SGB V hatte der G-BA die beiden hierzu eingeleiteten Methodenbewertungsverfahren mit Beschlüssen vom 20. Juli 2017 zunächst befristet bis zum 30. September 2022 ausgesetzt und die Beratungen zu einer Richtlinie gemäß § 137e Absatz 1 SGB V zur Erprobung der Liposuktion bei Lipödem aufgenommen.

Grundlage der Beratungen zur sektorenübergreifenden, einheitlichen Bewertung des Nutzens der Liposuktion bei Lipödem war der durch den G-BA erstellte Bericht vom 23. November 2015 („Lipödem“). Die Ergebnisse der bei dieser Evidenzrecherche identifizierten Studien erfüllten nicht die Voraussetzungen für den hinreichenden Beleg eines Nutzens im Sinne der Verfo. Aus den Daten ergab sich jedoch, dass die Liposuktion bei Lipödem das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet. Daher wurde am 18. Januar 2018 die Richtlinie zur Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems beschlossen. Die Erprobung soll der Beantwortung der Frage dienen, ob bei Patientinnen mit Lipödem die zusätzliche Liposuktion gegenüber einer alleinigen konservativen, symptomorientierten Behandlung - insbesondere unter Einsatz der komplexen physikalischen Entstauungstherapie - zu einer Verbesserung patientenrelevanter Zielgrößen führt. Zum Zeitpunkt der hiesigen Beschlussfassung läuft die Erprobung noch, es liegen aber die Ergebnisse der randomisierten Studienphase zum Beobachtungszeitraum von 12 Monaten nach Abschluss der Liposuktion in der Interventionsgruppe mit Vergleich zur konservativen Behandlung vor. Gemäß Erprobungsrichtlinie ist daran anschließend eine 24-monatige Nachbeobachtungszeit für alle Studienteilnehmerinnen vorgegeben.

Mit Beschluss vom 21. Februar 2019 hat der G-BA die Verfahren gemäß § 135 Absatz 1 und § 137c SGB V zur Bewertung der Methode der Liposuktion bei Lipödem im Hinblick auf Stadium III vor Ablauf der Aussetzungsfrist wiederaufgenommen und im Ergebnis seiner Bewertung mit Beschlüssen vom 19. September 2019 die Liposuktion bei Lipödem im Stadium III befristet bis zum 31. Dezember 2024 in die Anlage I (Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden) der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) sowie in die Anlage I (Methoden, die für die Versorgung mit Krankenhausbehandlung erforderlich sind) der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung (KHMe-RL) aufgenommen. Gleichzeitig wurde die Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem im Stadium III beschlossen, die ebenfalls befristet bis zum 31. Dezember 2024 galt.

Mit Beschlüssen vom 19. September 2024 – zu diesem Zeitpunkt lief noch die Ergebnisauswertung der Erprobung zum Beobachtungszeitraum von 12 Monaten nach Abschluss der Liposuktion – hat der G-BA die Befristungen bis zum 31. Dezember 2025 verlängert, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit einem Lipödem im Stadium III bis zu einer abschließenden Entscheidung des G-BA zu gewährleisten.

Am 10. Februar 2025 wurden dem G-BA die Ergebnisse der Erprobungsstudie „LIPLEG“ zum Beobachtungszeitraum von 12 Monaten nach Abschluss der Liposuktion vorgelegt, die im Anschluss von der Fachberatung Medizin des G-BA ausgewertet wurden [siehe Kap. C-1 Zusammenfassende Dokumentation (ZD)]. Daraufhin kommt der G-BA zum Ergebnis, die Liposuktion bei Lipödem in allen Krankheitsstadien in die Anlage I (Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden) der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) sowie in die Anlage I (Methoden, die für die Versorgung mit Krankenhausbehandlung erforderlich sind) der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung (KHMe-RL) aufzunehmen.

Dabei wird die bisherige Nummer 14 „Liposuktion bei Lipödem im Stadium III“ in der Anlage I der KHMe-RL ersetzt durch die neue Nummer 14 „Liposuktion beim Lipödem“. Die Aufnahme der Methode für alle drei Stadien des Lipödems basiert auf den o.g. Nutzaussagen zu den ersten Ergebnissen der LIPLEG-Studie, die für alle drei Stadien gleichermaßen ableitbar sind. Ergänzend kann angeführt werden, dass diese Stadieneinteilung nach aktuellem wissenschaftlichem Konsens zukünftig lediglich als morphologische Beschreibung, nicht jedoch mehr als Schweregradeinteilung begriffen werden soll.

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung sowie die Sicherheit von Patientinnen, bei denen eine Liposuktion durchgeführt werden soll, zu gewährleisten, wird die Anerkennung der Methode durch die Festlegung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie von Anforderungen an die Dokumentation mittels der hier gegenständlichen Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem (QS-RL Liposuktion, im Folgenden: „Richtlinie“) begleitet.

Diese Richtlinie baut auf der bisher bestehenden Qualitätssicherungs-Richtlinie für die Liposuktion im Stadium III auf. Seit deren Erstellung ist eine neue Leitlinie veröffentlicht worden, die frühere S1-Leitlinie aus dem Jahr 2016 wurde im Jahr 2024 durch eine S2k-Leitlinie ersetzt. Bedeutende Änderungen gegenüber der früheren S1-Leitlinie betreffen unter anderem die Diagnosekriterien der Erkrankung, die Einschätzung der „Progression“, die Ursache-Wirkungsbeziehung zwischen der häufigsten Begleiterkrankung Adipositas und dem Lipödem sowie die erstmalige Berücksichtigung psychosozialer Belastungen und Komorbiditäten und deren Wechselwirkungen mit der Erkrankung. Aus dem veränderten Krankheitsverständnis ergeben sich auch andere Therapieansätze.

Die zitierten Richtungsänderungen und Ergänzungen zum Kenntnisstand finden in der vorliegenden Qualitätssicherungs-Richtlinie Berücksichtigung.

2.1 Zu § 1 Rechtsgrundlage und Gegenstand der Richtlinie

Die Liposuktion zur Behandlung des Lipödems kann in Abhängigkeit von den Bedingungen des Einzelfalls sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt werden. Aus diesem Grund wird diese Richtlinie gemäß dem Grundsatz des § 136 Absatz 2 Satz 1 SGB V sektorenübergreifend erlassen.

Die Beschränkung auf „Stadium III“ entfällt.

2.2 Zu § 2 Ziele

Die chirurgische Fettabsaugung hat zum Ziel, die durch das Lipödem verursachten Beeinträchtigungen der Betroffenen zu lindern. In erster Linie sind dies Schmerzen in den Extremitäten, die auch durch konsequent angewendete konservative Therapie nicht hinreichend gelindert werden können. Ebenfalls sollen Mobilitätseinschränkungen beseitigt

und dadurch eine Steigerung der körperlichen Aktivität möglich werden, um ein Voranschreiten der sehr häufig koinzidenten Adipositas effektiv zu vermeiden. Kosmetische oder ästhetische Aspekte sind ausdrücklich kein Ziel der Lipödem-Behandlung durch Liposuktion.

2.3 Zu § 3 Methode

§ 3 beschreibt die Vorgehensweise bei der Liposuktion. Diese grundsätzliche Vorgehensweise ändert sich nicht im Vergleich zu der vorherigen Version der QS-Richtlinie, die das Vorgehen im Stadium III beschreibt. Aus diesem Grund gelten auch die zu § 3 zugehörigen Tragenden Gründe zum Beschluss über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion): Erstfassung vom 19. September 2019 in unveränderter Form fort, lediglich alle Formulierungen, die sich auf das Stadium III beziehen, entfallen.

2.4 Zu § 4 Diagnose und Prüfung der Indikationsvoraussetzungen zur Liposuktion

Absatz 1 und 2

Der korrekten Diagnosestellung eines Lipödems kommt vor der Indikationsstellung zu einer invasiven Operationsserie eine herausgehobene Bedeutung zu. Bis jetzt gibt es keine objektivierbaren Mess- oder Diagnosemethoden, etwa im Sinne von Biomarkern oder bildgebenden Verfahren. Die Vorgaben zur Diagnose des Lipödems orientieren sich zur sachgerechten Eingrenzung der Patientinnenpopulation an den Kriterien der genannten Leitlinie der einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften.

Da das Lipödem in der Regel nicht isoliert auftritt und auch zu Erkrankungen mit ähnlichen Erscheinungsformen und zugleich anderem therapeutischem Bedarf abzugrenzen ist, dienen die in Absatz 2 Buchstabe a. bis c. aufgeführten Kriterien als verbindliche Grundlage für eine abgesicherte Diagnose und müssen daher zur Stellung der Diagnose sämtlich erfüllt sein.

Die derzeit gebräuchliche Verschlüsselung des Lipödems in der amtlichen Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification: ICD-10-GM Version 2019, hier E88.20, E88.21, E88.22) bildet die möglichen morphologischen Ausprägungen des Lipödems ab. Die Bezeichnung als „Stadien“ mit der Implikation einer unterschiedlichen Krankheitsschwere und auch -progredienz wird aber mittlerweile explizit abgelehnt. Die aktuelle S2k-Leitlinie empfiehlt hierzu: „Die in der Literatur bisher gebräuchliche Stadieneinteilung der Morphologie soll nicht als Maß für die Schwere der Krankheit verwendet werden. Eine Stadieneinteilung für die Beschwerden existiert bisher nicht.“ (Empfehlung 2.4, Empfehlungsgrad ↑↑, starker Konsens).

In Bezug auf das Vorhandensein von Ödemen hat in den letzten Jahren ein echter Paradigmenwechsel stattgefunden. Während die S1-Leitlinie aus 2016 hier noch das Vorliegen von Ödemen mit „+++“ als starkes Diagnosekriterium wertet, wird dies in der aktuellen Leitlinie komplett negiert und mit „Ø“ als „nicht vorhanden“ eingestuft.

Daher wurde dieses, in der aktuellen Fassung der ICD-10-GM aufgeführte Kriterium nicht als Kriterium für eine Diagnosestellung nach der gegenständlichen QS-Richtlinie übernommen. Gleiches gilt für eine erhöhte Hämatoneigung.

Anhand der beschriebenen diagnostischen Kriterien wird deutlich, dass zur korrekten Diagnosestellung umfangreiche Expertise erforderlich ist, um insbesondere Komorbiditäten im Bereich des Lymphgefäßsystems festzustellen bzw. vom Lipödem abzugrenzen. Ebenfalls müssen internistische/endokrinologische Ursachen der Beschwerden wie beispielsweise eine Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) ausgeschlossen worden sein. Darüber hinaus soll sichergestellt sein, dass alle nicht-invasiven Maßnahmen zur Behandlung eines Lipödems korrekt und in ausreichendem Umfang angewendet worden sind und auch, ob eine begleitende Adipositas vorliegt, die zunächst bzw. anders zu behandeln ist.

Aus diesem Grund wird in Absatz 1 festgelegt, dass die Diagnosestellung sowie die Prüfung der Erfüllung sämtlicher spezifischer Indikationskriterien gemäß Absatz 3 durch eine Fachärztin / einen Facharzt mit lymphologischer oder gefäßmedizinischer Expertise erfolgen muss. Geeignete Arztgruppen sind Fachärztinnen oder Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie, für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Fachärztinnen oder Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Phlebologie. In der derzeitigen Versorgung finden die o.g. Beurteilungen vielfach auch an Fachkliniken oder Klinikambulanzen für Lymphologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin statt.

Absatz 3: spezifische Indikationskriterien

Bei der Liposuktion handelt es sich um einen invasiven Eingriff bzw. im Falle des Lipödems in aller Regel um eine Serie von mehreren solcher Operationen. Die Richtlinie definiert daher eine Reihe von Anforderungen, die erfüllt sein müssen, um sicherzustellen, dass die behandelten Frauen von den Eingriffen profitieren und nicht weniger invasive oder andere Behandlungen besser geeignet wären. Insbesondere sollen die erzielten Behandlungserfolge nachhaltig sein, das heißt, die Lipödembeschwerden sollen dauerhaft zufriedenstellend gelindert sein. Dieses Ziel wird gefährdet, wenn bestimmte Begleiterkrankungen nicht ausgeschlossen bzw. nicht ausreichend berücksichtigt bzw. nicht behandelt werden. Dies betrifft in besonderem Maße die Adipositas.

Buchstabe a): Ausschöpfung der konservativen Therapiemöglichkeiten

Die Tumeszenz-Liposuktion wird empfohlen, wenn konservative Therapiemaßnahmen nicht zu einem ausreichenden Erfolg geführt haben. Dies liegt dann vor, wenn die Beschwerden auf anderem Wege nur unzureichend gelindert werden oder weiterhin eine Progredienz der Erkrankung vorliegt. Dies ist im Allgemeinen dann der Fall, wenn trotz einer konservativen Therapie über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten vor Indikationsstellung die Krankheitsbeschwerden mit diesen Maßnahmen nicht hinreichend gelindert werden konnten. Gemäß S2k-Leitlinie sind dies insbesondere die Kompressionsbehandlung und sachgerechte (Anleitung zur) Bewegungstherapie und Muskelaufbau unter Kompression, ggf. ergänzt durch manuelle Lymphdrainage.

Ob diese konsequent und in ausreichendem Maße durchgeführt worden ist, kann nur von demjenigen Arzt/derjenigen Ärztin bestätigt werden, der oder die diese Therapie auch verordnet und die Patientin während dieser Zeit betreut hat. Zur Indikationsstellung muss sich daher der Operateur bzw. die Operateurin davon überzeugen, dass die konservative Therapie über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten vor Indikationsstellung ohne hinreichende Linderung der Krankheitsbeschwerden stattgefunden hat.

Buchstaben b) und c): Adipositas

Das Lipödem geht in einer hohen Zahl der Fälle mit einer Adipositas einher, die zugleich als Risikofaktor für das Auftreten und Voranschreiten des Lipödems gilt [S2k-LL]. Obwohl hierzu kein einheitlicher Standard etabliert ist, weisen die Empfehlungen verschiedener Autoren darauf hin, dass bei Patientinnen mit Lipödem und einer im Vordergrund stehenden Adipositas diese vorrangig bzw. begleitend behandelt werden sollte, bevor die Indikation zu einer Liposuktion gestellt wird. Unklar bleibt jedoch, ab wann die Adipositas dieses Kriterium erfüllt. Die S-1-Leitlinie, die zum Zeitpunkt der Konzeption der Erprobungsstudie gültig war, nannte als Grenzwert für eine „kritische Indikationsstellung“ ein Körpergewicht von 120 kg oder einen BMI von 32 kg/m². Die vom G-BA beschlossene Richtlinie zur Liposuktion im Stadium III des Lipödems hatte die Schwelle bei 35 kg/m² für die Mitbehandlung einer Adipositas und bei 40 kg/m² für den Ausschluss von Liposuktionen gesetzt. Diese höheren Grenzwerte waren der Tatsache geschuldet, dass diese Richtlinie ausschließlich für eine Patientinnengruppe galt, bei der von einem sehr hohen Anteil mit begleitender, schwerer Adipositas auszugehen war. Die aktuelle S2k-Leitlinie nennt im Kapitel zur operativen Behandlung des Lipödems einen Wert von 40 kg/m² bei einer maximalen Waist-to-Height-Ratio (WHtR) von 0,55 und bezieht sich in den Quellenangaben auf die Einschätzung von „in der Liposuktion erfahrenen Operateuren“. Ähnlich wie in der oben zitierten früheren Version der Leitlinie scheinen bei dieser Empfehlung die eingriffsbezogenen Aspekte bzw. Risikoabwägungen im Vordergrund zu stehen. Zugleich empfiehlt die Leitlinie die vorrangige Behandlung einer koinzidenten Adipositas. Auch andere Kapitel der Leitlinie widmen sich sehr viel ausführlicher der Bedeutung der Adipositas, als das in der Vergangenheit der Fall war. Diese Begleiterkrankung gilt als ein wichtiger Faktor für ein Voranschreiten des Lipödems (Empfehlung 10.4), umgekehrt kann durch eine Gewichtsreduktion auch das Beinvolumen reduziert werden (Empfehlung 10.2). Aus diesem Grund hat der G-BA in der vorliegenden Richtlinie die Kriterien für die Behandlungsbedürftigkeit der Adipositas in Abgrenzung zur operativen Behandlung des Lipödems als wesentlichen Faktor berücksichtigt. Zugleich sollten dabei die spezifischen Fettverteilungsmuster beim Lipödem mittels WHtR einbezogen werden.

Eine Adipositas liegt grundsätzlich ab einem BMI von 30 kg/m² vor (Adipositas Grad I). Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass zusätzliche Fettvermehrungen durch ein Lipödem zu einem höheren BMI beitragen können, wird ein Wert von 32 kg/m² toleriert, der über einen Zeitraum von 6 Monaten nicht überschritten werden soll, bevor die Indikation zur Liposuktion gestellt wird. Ausnahmen von dieser Regelung können nur in bestimmten Konstellationen erfolgen: Sofern ein BMI größer 32 kg/m² offenkundig maßgeblich durch Fettansammlungen an Armen und Beinen überschritten wird, werden die altersadaptierten Grenzwerte für die WHtR als Abgrenzung zur allgemeinen (heißt: auch den Körperstamm betreffenden) Adipositas als Obergrenzen akzeptiert. Dies gilt bis zu einem BMI von 35 kg/m² (Adipositas Grad II). Wird auch dieser Wert überschritten, darf keine Liposuktion erfolgen, da in diesem Fall vorrangig zunächst die Adipositas zu behandeln ist. Dies steht auch im Einklang mit der aktuellen S-3-Leitlinie zur „Prävention und Therapie der Adipositas“¹, in der für diesen Gewichtsbereich auch keine weitere Differenzierung in Bezug auf die Fettverteilung als Voraussetzung für die Behandlungsbedürftigkeit erfolgt. Vielmehr steht die Reduktion kardiovaskulärer und metabolischer Risikofaktoren im Vordergrund, die nicht durch lokale Fettabsaugungen erreicht werden kann. Als zielführend hierfür gilt insbesondere die Umsetzung eines multimodalen Behandlungskonzeptes, welches aus einer Kombination von Ernährungsumstellung, Bewegungssteigerung und Verhaltensmodifikation besteht².

1 Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V. S3-Leitlinie Adipositas - Prävention und Therapie Version 5.0 Oktober 2024 Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-001> Zugriff am 22.07.2025

Wird tatsächlich ein operativer Eingriff bei Patientinnen mit Lipödem in Erwägung gezogen, so sollte bei begleitender Adipositas geprüft werden, ob (auch) die Indikationskriterien für einen bariatrischen Eingriff vorliegen und ob die Patientin davon möglicherweise mehr profitieren könnte als von der lokalen Absaugung des Fettgewebes an den Extremitäten. Eine retrospektive Kohortenstudie an 31 Patientinnen zeigt eine signifikante Verminderung der Beinvolumina nach bariatrischer Operation, vergleichbar mit Kontrollpatientinnen ohne Lipödem.

Neben dem absoluten Ausmaß einer begleitenden Adipositas kommt deren zeitlichem Verlauf bzw. Voranschreiten eine wichtige Bedeutung zu. Entgegen früheren Postulaten, dass das Lipödem grundsätzlich per se progredient sei und das Körpergewicht demzufolge zwangsläufig ansteigen müsse, wird in der S2k-Leitlinie mittlerweile deutlich formuliert, dass ein wissenschaftlicher Nachweis für die Progredienz nicht existiert, sondern das Voranschreiten vielmehr von verschiedenen Faktoren abhängig ist (Empfehlung 2.9). Ein enger Zusammenhang jedoch besteht zur Zunahme des Körpergewichts. So konnte eine jüngere Studie aus Spanien zeigen, dass die Progression mit der Gewichtszunahme korreliert, im Umkehrschluss das Lipödem bei weitgehender Gewichtsstabilität auch über viele Jahre dauerhaft stabil sein kann (S2k-LL).

In Bezug auf die Indikationsstellung zur Liposuktion kommt der Gewichtsstabilität also eine besondere Bedeutung zu. Es wird angenommen, dass ein kontinuierlicher Gewichtsanstieg auch durch eine Liposuktion nicht unterbrochen wird, wenn es nicht zu einer erkennbar dauerhaft einhaltbaren Änderung des Lebensstils kommt. Bei unveränderter Stoffwechselsituation besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass entfernte Fettdepots erneut aufgebaut werden und der „Erfolg“ der Operationen allenfalls vorübergehend ist bzw. zunichte gemacht wird. Hinzu kommt: wenngleich erneute Fetteinlagerungen nicht an den behandelten Körperregionen auftreten, so besteht umso mehr das Risiko, dass andere Körperbereiche betroffen sein können.

Buchstabe d): Psychische Komorbidität

Im Gegensatz zur vorangegangenen Version widmet die aktuelle S2k-Leitlinie dem Aspekt der möglichen psychischen Beeinträchtigungen bzw. Komorbiditäten beim Lipödem ein eigenes Kapitel.

Die Leitlinie empfiehlt:

- „In die Diagnostik Lipödem-assoziiierter Schmerzen sollen gemäß dem bio-psycho-sozialen Konzept neben den medizinischen auch die psychosozialen Faktoren einbezogen werden.“ (Empfehlung 8.1)
- „Psychische Störungen können die Symptome und Lebensqualität von Lipödempatientinnen beeinflussen und sollten bei der Diagnostik und Therapie des Lipödems beachtet werden. Hierzu zählen z. B. Essstörungen, Depression, posttraumatische Symptome nach Gewalt und Missbrauch. Dabei sollte ein interdisziplinärer Therapieansatz verfolgt werden“ (Empfehlung 8.2)
- „Gravierende psychische Erkrankungen (z. B. eine schwere Essstörung oder schwere Depression) sollen vor operativen Eingriffen behandelt werden (Empfehlung 8.3)“.

Die Erhebung möglicher psychischer Komorbidität ist Teil der Anamnese. Dieses Kriterium stellt jedoch keine Mindestanforderung gemäß §9 dieser Richtlinie dar.

Begründung zur Streichung des Absatzes 4:

siehe Begründung zu § 4 Abs.3 lit. b und c (siehe oben)

Absatz 5

Alter Absatz 5, neuer Absatz 4 legt fest, dass das Vorliegen sämtlicher Diagnosekriterien und sonstigen Voraussetzungen in der Patientenakte des diagnosestellenden Arztes / der diagnosestellenden Ärztin dokumentiert werden muss.

2.5 Zu § 5 Indikationsstellung zur Liposuktion und eingriffsbezogene Qualitätssicherung

In **§ 5 Absatz 2** wird geregelt, dass es zur Durchführung der Liposuktion einer Überweisung des diagnosestellenden Arztes/der diagnosestellenden Ärztin gemäß §4 Absatz 1 bedarf. Auf diese Weise wird der Einbezug dieser Ärztinnen und Ärzte vor der eigentlichen Indikationsstellung zur Liposuktion durch den Operateur / die Operateurin nachvollziehbar sichergestellt.

Die Notwendigkeit eines Überweisungsvorbehaltes ergibt sich nach Auffassung des G-BA aus den vor der Durchführung der Liposuktion durchzuführenden diagnostischen und therapeutischen Schritten, die für die Indikationsstellung erforderlich sind. Diese können nur von dem überweisenden Arzt / der überweisenden Ärztin festgestellt werden. Die Expertise für die Behandlung des Lipödems und zur Beurteilung des Vorliegens der Voraussetzungen für die Liposuktion sieht der G-BA in besonderem Maße durch die oben aufgeführten Facharztgruppen als gegeben an.

Absatz 2 und 3: Zur Indikationsstellung und Durchführung berechnigte Leistungserbringer

Wie in den Begründungen zu § 4 ausgeführt, sollen die Diagnosestellung und Prüfung der Indikationsvoraussetzungen durch andere Ärztinnen und Ärzte erfolgen, als die späteren chirurgischen Eingriffe selbst. Auf diese Weise wird ein „4-Augen-Prinzip“, in der Regel auch durch Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Facharztgruppen sichergestellt. Die in der Richtlinie vorgenommene Eingrenzung im Hinblick auf die Indikationsstellung und zur Durchführung einer Liposuktionsbehandlung berechtigten Leistungserbringer berücksichtigt die Vorgaben der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer.

Fachärztinnen und Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie sind derzeit die einzige Fachgruppe, für die die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer überhaupt das Verfahren der Aspirationslipektomie in der Auflistung der Qualifikationsvoraussetzungen nennt. Die bisherige Version der QS-Richtlinie ermöglicht die Leistungserbringung zu Lasten der GKV neben den Ärztinnen und Ärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie auch „anderen operativ tätigen Facharztgruppen“. Dies erscheint jedoch zu unbestimmt und soll daher in der aktuellen Überarbeitung konkretisiert werden. Zulässig ist die Leistungserbringung demnach zukünftig weiterhin durch Fachärztinnen und Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie, außerdem für Haut- und Geschlechtskrankheiten, sowie anderen Fachärztinnen und Fachärzte des Gebiets Chirurgie. Bei diesen genannten kann von einer allgemeinchirurgischen Grundausbildung bzw. Kenntnissen in der operativen Behandlung von Haut und Unterhaut ausgegangen werden. Da keine der genannten Facharztweiterbildungen explizit Kenntnisse in der operativen Behandlung des Lipödems erfordert, müssen alle Leistungserbringer die entsprechende Mindestanzahl durchgeführter Eingriffe gemäß §5 Absatz 3 nachweisen.

Für Ärztinnen und Ärzte anderer operativ tätiger Fachgebiete, die bereits Liposuktionen zu Lasten der GKV unter den Regularien der bisherigen QS-Richtlinie durchgeführt haben, soll ein „Bestandsschutz“ gelten, der in Satz 3 dieses Absatzes formuliert ist.

Zu § 5 Absatz 5

Die Änderung des maximalen Aspirationsvolumens von 8% auf 10% des Körpergewichtes erfolgte gemäß den Empfehlungen der aktuell gültigen Leitlinie (vgl. S2k-LL Empfehlungen 12.4).

§ 5 Absatz 6:

In Absatz 6 wird ausgeschlossen, dass Liposuktionen in Regionen durchgeführt werden, die bereits zuvor abschließend in dieser Weise operiert worden sind. Zwar wird, u. a. auch in der S2k-Leitlinie beschrieben, dass „keine Rezidive“ auftreten, die Auswertung zu diesem in der LIPLEG-Studie erhobenen Endpunktes steht jedoch noch aus. Es ist davon auszugehen, dass es bei der mechanischen Entfernung des Unterhautfettgewebes zu Vernarbungen kommt. Weder zur Wirksamkeit noch zu spezifischen Risiken, die mit einer erneuten Operation in derselben Region einhergehen können, konnten belastbare Daten gefunden werden. In der Erprobungsstudie „LIPLEG“ des G-BA waren vorangegangene Liposuktionen ein Ausschlusskriterium.

2.6 Zu Anlage I Checkliste zur Abfrage der Qualitätskriterien der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem

Die Änderungen der Anlage I Checkliste beruhen auf den Änderungen des § 5 der QS-RL.

2.7 Zur Änderung der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie

Die Liposuktion bei Lipödem im Stadium III ist bisher durch die Qualitätssicherungs-Richtlinie (QS-RL) zur Liposuktion bei Lipödem im Stadium III gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V mit Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung sowie an eine hierfür notwendige Dokumentation verbunden. Diese QS-RL gilt gemäß des Beschlusses über eine Änderung der QS-RL am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger für die Indikation Lipödem ohne Nennung eines Stadiums. Der Verweis auf die QS-RL (Nummer 7) in der Anlage „Richtlinien gemäß Abschnitt 2 Teil B“ der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V wird deshalb am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger geändert, indem die Angabe „im Stadium III“ gestrichen wird.

3. Würdigung der Stellungnahmen

Der UA MB hat in seiner Sitzung am 22. Mai 2025 die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens beschlossen. Innerhalb der gesetzten Frist (4 Wochen) sind fünf Stellungnahmen eingegangen.

Aufgrund der Stellungnahmen ergaben sich folgende Änderungen im Beschlussentwurf:

- Die Überschrift zum § 4 der QS-RL wurde wie folgt geändert: „§ 4 Diagnose und Prüfung der Indikationsvoraussetzungen zur Liposuktion“.
- § 4 Abs. 3 lit. c QS-RL wurde wie folgt neu formuliert: „c) Die Liposuktion bei BMI-Werten zwischen 32 kg/m² und 35 kg/m² ist nur dann zulässig, wenn das Übergewicht maßgeblich durch die durch das Lipödem verursachte Fettanlagerung an Beinen und Oberarmen bedingt ist. Davon ist auszugehen, wenn die Waist-to-Height-Ratio (WHtR) folgenden altersentsprechenden Grenzwert nicht überschreitet:
 - o 40 Jahre und jünger: 0,5

- o 41 bis 49 Jahre: Anstieg um 0,01 je weiteres Lebensjahr
- o 50 Jahre und älter: 0,6

Bei einem BMI-Wert von mehr als 35 kg/m² ist die Liposuktion unzulässig.

Bei einer Überschreitung der vorgenannten Grenzwerte des BMI-Werts oder des WHtR findet zunächst eine Behandlung der Adipositas statt, bis über einen Zeitraum von 6 Monaten vor der Indikationsstellung zur Liposuktion die Grenzwerte nicht mehr überschritten werden.“

- § 4 Abs. 4 QS-RL wurde gestrichen und der bisherige Absatz 5 wurde zu Absatz 4.
- In § 5 QS-RL wurde der folgende Absatz 6 neu eingefügt: „In einer bereits zuvor abschließend mit Liposuktion behandelten Region darf kein erneuter Liposuktionseingriff durchgeführt werden.“
- Die bisherigen Absätze 6 und 7 im § 5 QS-RL wurden zu Absätzen 7 und 8.
- „§ 5 Abs. 2 QS-RL wurde wie folgt geändert: „Die Durchführung der Methode erfolgt durch Fachärztinnen und Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, andere Fachärztinnen und Fachärzte des Gebiets Chirurgie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten.“

4. Bürokratiekostenermittlung

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel Verfo die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen und Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Mit vorliegendem Beschluss wird der Wegfall der Beschränkung auf Stadium III und Aufnahme der Methode für alle (drei) Stadien des Lipödems geregelt. Die bereits mit Beschluss vom 18.06.2020 (vgl. <https://www.g-ba.de/beschluesse/4338/>) identifizierten Informationspflichten *Nachweisverfahren vor erstmaliger Leistungserbringung mittels und jährliche Nachweiserbringung mittels Anlage I* gemäß § 6 i. V. m. § 5, *Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen gemäß MD-QK-RL und gemäß QP-RL* gemäß § 8 haben nach wie vor Bestand. Aufgrund des Wegfalls der Beschränkung auf Stadium III und Aufnahme der Methode für alle (drei) Stadien des Lipödems ist davon auszugehen, dass sich die Anzahl der Patientinnen erhöhen wird und mit einer Steigerung der Leistungserbringerzahl einhergeht.

Nachweisverfahren gemäß § 6

Gemäß § 6 ist die Erfüllung der Mindestanforderungen gemäß § 5 vor erstmaliger Leistungserbringung mittels Checkliste nach Anlage I gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nachzuweisen.

Hinsichtlich der Anzahl betroffener Leistungserbringer ist bislang von etwa 50 Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und 100 Krankenhäuser ausgegangen worden. Künftig wird die Dokumentationsverpflichtung zur Erfüllung der Mindestanforderungen etwa 75 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und 150 Krankenhäuser betreffen; also steigert sich mit vorliegendem Beschluss die Zahl der Leistungserbringer um 25 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und 50 Krankenhäuser.

Die folgende Tabelle 1 gibt einen Überblick über die für die Erfüllung des Nachweisverfahrens erforderlichen Standardaktivitäten. Die darin aufgeführten Minutenwerte orientieren sich weitgehend an den Zeitwerten, die in der Standardkosten-Modell-Zeitwerttabelle vorgegeben werden:

Tabelle 1: Zeitlicher Aufwand für Erfüllung Nachweisverfahren

Standardaktivität	Min	Qualifikations-niveau	BK je Einrichtung	Frequenz
Einarbeitung in die Informationspflicht	120	hoch (62,0 €/h)	124,0	einmalig/im ersten Jahr
Datenbeschaffung	60	hoch (62,0 €/h)	62,0	einmalig/im ersten Jahr
	15	hoch (62,0 €/h)	15,5	jährlich/ Folgejahre
Formulare ausfüllen (Ausfüllen der Checkliste)	7	hoch (62,0 €/h)	7,23	jährlich
Überprüfung der Daten und Eingaben	15	hoch (62,0 €/h)	15,5	jährlich
Fehlerkorrektur (in 10% der Fälle)	5	hoch (62,0 €/h)	5,17	jährlich
Datenübermittlung (Übermittlung der Checkliste)	1	mittel (34,2 €/h)	0,57	jährlich
Archivieren	2	mittel (34,2 €/h)	1,14	jährlich
Gesamt	210		215,61	einmalig/im ersten Jahr
	45		45,11	jährlich

Mit erstmaliger Nachweiserbringung entstehen je Einrichtung Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 215,61 Euro und in den Folgejahren in Höhe von geschätzt 45,11 Euro.

Unter Berücksichtigung der weiteren 25 Vertragsärztinnen und -ärzte und 50 Krankenhäuser gehen somit mit der Nachweiserbringung vor Liposuktionsbehandlung einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 16.171 Euro (75 x 215,61 Euro) einher. Davon entfallen 5.390 Euro (25 x 215,61 Euro) auf Vertragsärztinnen und -ärzte und 10.781 Euro (50 x 215,61 Euro) auf Krankenhäuser.

Im Rahmen der jährlichen Nachweiserbringung entfällt der Aufwand für die Einarbeitung in die Informationspflicht und hinsichtlich der Datenbeschaffung wird von einem geringeren Aufwand ausgegangen. In den Folgejahren entstehen daraus Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 3.384 Euro (45,11 Euro x 75). Dabei liegen 1.128 Euro (45,11 Euro x 25) im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und 2.256 Euro (45,11 Euro x 50) im Bereich der stationären Versorgung.

Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen gemäß § 8

Gemäß § 8 erfolgt die Kontrollen zur Einhaltung der Mindestanforderungen in den Krankenhäusern auf Grundlage der Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes (MD-QK-RL) und die Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen in der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der belegärztlichen Versorgung mittels Stichprobenprüfung nach Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL).

Die Kontrolle in den Krankenhäusern erfolgt nach Anmeldung vor Ort in dem im Rahmen der Stichprobenziehung gezogenen Krankenhausstandort nach den Vorgaben des § 9 Teil A MD-QK-RL. Dabei werden gemäß § 15 Teil B MD-QK-RL aus der Grundgesamtheit von 150 Krankenhäusern jeweils neun Prozent gezogen. Im Rahmen der Liposuktion bei Lipödem sind dementsprechend 14 Krankenhausstandorte in die Stichprobenprüfung einzubeziehen.

Eine angemeldete Kontrolle vor Ort geht mit einem zeitlichen Aufwand von 675 Minuten bzw. 11,25 Stunden je Einrichtung und Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 697,5 Euro (62,0 Euro x 11,25) je Einrichtung entspricht. Im Rahmen der stationären Behandlung der Liposuktion bei Lipödem fallen bundesweit bis zu 5 Prüffälle mehr an und daraus entstehen insgesamt Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 3.488 Euro (697,5 Euro x 5).

Um die Einhaltung der Qualitätsanforderungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu kontrollieren, sind gemäß § 6 Absatz 2 QP-RL für die zufallsgesteuerte Stichprobenprüfung kalenderjährlich mindestens vier Prozent derjenigen Vertragsärztinnen und -ärzte zu überprüfen, welche die Liposuktionsbehandlung bei Lipödem abrechnen.

Laut Messung des Statistischen Bundesamtes ergeben sich je Stichprobenprüfung im Rahmen der QP-RL Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 191,67 Euro. Der Vorgabe folgend, dass vier Prozent derjenigen Ärztinnen und Ärzte zu überprüfen sind, werden zu den bislang 2 Ärztinnen und Ärzten noch eine Ärztin oder ein Arzt mehr im Rahmen der Stichprobenprüfung geprüft. Somit ergeben sich zusätzliche Bürokratiekosten hierfür in Höhe von geschätzt 192 Euro (191,67 Euro x 1).

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzustellen, dass aus den Änderungen der QS-RL Liposuktion folgende zusätzlichen Bürokratiekosten resultieren:

Tabelle 2: Zusammenfassung zusätzlich entstehender Bürokratiekosten

	Vertragsärztinnen/-ärzte	Kranken-häuser	gesamt
Nachweisverfahren vor erstmaliger Leistungserbringung mittels Anlage I	5.390 Euro	10.781 Euro	16.171 Euro
Jährliche Nachweiserbringung mittels Anlage I	1.128 Euro	2.256 Euro	3.384 Euro
Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen gemäß MDK-QK-RL	-	3.488 Euro	3.488 Euro
Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen gemäß QP-RL	192 Euro	-	192 Euro
gesamt	6.710 Euro	16.525 Euro	

5. **Verfahrensablauf**

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
20.07.2017	Plenum	Aussetzung der Bewertungsverfahren gemäß §§ 135 und 137c SGB V und Aufnahme der Beratungen zu einer Richtlinie gemäß § 137e SGB V zur Erprobung
18.01.2018	Plenum	Beschluss der Richtlinie zur Erprobung
19.09.2019	Plenum	• Aufnahme der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III befristet bis zum 31.12.2024 in die Anlage I (Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden) der MVV-RL sowie in die Anlage I (Methoden, die für die Versorgung mit Krankenhausbehandlung erforderlich sind) der KHMe-RL • Beschluss der Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem im Stadium III
08.02.2021		Beginn der Erprobungsstudie „LIPLEG – Liposuktion bei Lipödem in den Stadien I, II oder III“
08.08.2024	UA MB	• Wiederaufnahme der Beratungen zur Liposuktion beim Lipödem • Beauftragung der Fachberatung Medizin • Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zur Verlängerung der Regelungen bezüglich des Lipödems im Stadium III
08/2024		Ende Beobachtungszeitraum 12 Monate der letzten Patientin in der LIPLEG-Studie.
19.09.2024	Plenum	Beschlüsse über die Änderungen der MVV-RL, KHMe-RL und QS-RL (Verlängerung der Regelungen zum Stadium III bis 31.12.2025)
10.02.2025		Vorlage der Ergebnisse des 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraums der LIPLEG-Studie
22.05.2025	UA MB	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
26.06.2025	UA MB	Anhörung
10.07.2025	UA MB	Würdigung der Stellungnahmen und abschließende Beratung des UA MB
17.07.2025	Plenum	Beschlussfassung

6. Fazit

Der G BA beschließt die Änderung der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem.

Berlin, den 17. Juli 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken