



Wortprotokoll der 76. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 21. Juni 2023, 14:45 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum Webex-Meeting werden an
den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 6

a) Antrag der Fraktion der CDU/CSU

Für verbesserte Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten von Lipödem-Betroffenen
BT-Drucksache 20/7193

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Petitionsausschuss

Rechtsausschuss

Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

Ausschuss für Digitales

Haushaltsausschuss



- b) Antrag der Abgeordneten Heidi Reichinnek, Kathrin Vogler, Susanne Ferschl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Bedarfsgerechte medizinische Versorgung für alle Lipödem-Betroffenen

BT-Drucksache 20/6713

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

Haushaltsausschuss

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
SPD	Baehrens, Heike Baradari, Nezahat Engelhardt, Heike Heidenblut, Dirk Mende, Dirk-Ulrich Mieves, Matthias David Moll, Claudia Müller, Bettina Pantazis, Dr. Christos Rudolph, Tina Stamm-Fibich, Martina Wollmann, Dr. Herbert	Bahr, Ulrike Cademartori Dujisin, Isabel Katzmarek, Gabriele Koß, Simona Machalet, Dr. Tanja Mesarosch, Robin Peick, Jens Schmidt (Wetzlar), Dagmar Schwartz, Stefan Stadler, Svenja Troff-Schaffarzyk, Anja Westphal, Bernd
CDU/CSU	Borchardt, Simone Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Monstadt, Dietrich Müller, Axel Pilsinger, Stephan Rüddel, Erwin Sorge, Tino Stöcker, Diana Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Czaja, Mario Föhr, Alexander Janssen, Anne Knoerig, Axel Lips, Patricia Müller, Sepp Stracke, Stephan Straubinger, Max Stumpp, Christina Timmermann-Fechter, Astrid
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Grau, Dr. Armin Heitmann, Linda Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes Weishaupt, Saskia	Aeffner, Stephanie Bsirske, Frank Ganserer, Tessa Klein-Schmeink, Maria Piechotta, Dr. Paula Rüffer, Corinna Walter-Rosenheimer, Beate
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Lindemann, Lars Lütke, Kristine Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Adler, Katja Funke-Kaiser, Maximilian Helling-Plahr, Katrin Kober, Pascal Kuhle, Konstantin
AfD	Baum, Dr. Christina Dietz, Thomas Schneider, Jörg Sichert, Martin Ziegler, Kay-Uwe	Bachmann, Carolin Bollmann, Gereon Braun, Jürgen Reichardt, Martin Rinck, Frank
DIE LINKE.	Gürpınar, Ates Vogler, Kathrin	Möhring, Cornelia Sitte, Dr. Petra



Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung

Lipödem

Mittwoch, 21. Juni 2023, 14:45 bis 15:45 Uhr

Paul-Löbe-Haus, Sitzungssaal E 300

Verbände/Institutionen

- Deutsche Gesellschaft für Phlebologie und Lymphologie e.V. (DGPL)¹
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)^{2, 3}
- GKV-Spitzenverband KdöR^{1, 3}
- Lipödem Gesellschaft e. V.³
- Selbsthilfegruppe Fett oder Fett¹
- Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)¹

Namentlich benannte Sachverständige

- Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG-Selbsthilfe))⁴
- Prof. Dr. Tobias Hirsch (LipödemGesellschaft e.V., Chefarzt Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie Fachklinik Hornheide)⁴
- Dr. Michael Offermann (Praxis Gefäßkrankheiten Rhein-Ruhr)¹
- Priv.-Doz. Dr. Anett Reißhauer (Deutsche Gesellschaft für physikalische Medizin und Rehabilitation e.V. (DGPMR))¹
- Priv.-Doz. Dr. Maurizio Podda (Klinikdirektor der Hautklinik Klinikum Darmstadt)^{1, 3}

¹ Auf Vorschlag der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

² Auf Vorschlag der Fraktion der AfD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

³ Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

⁴ Auf Vorschlag der Fraktion DIE LINKE. zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Einzigster Tagesordnungspunkt

a) Antrag der Fraktion der CDU/CSU

Für verbesserte Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten von Lipödem-Betroffenen

BT-Drucksache 20/7193

b) Antrag der Abgeordneten Heidi Reichinnek, Kathrin Vogler, Susanne Ferschl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Bedarfsgerechte medizinische Versorgung für alle Lipödem-Betroffenen

BT-Drucksache 20/6713

Die **amtierende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirsten Kapert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Abgeordnete, liebe Expert:innen, liebe Zuschauende, ich begrüße Sie ganz herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit, die, wie wir das schon lange jetzt gewöhnt sind, erneut eine Mischung ist aus Präsenz-Sitzung und Online-Meeting. Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmenden, die per Webex zugeschaltet sind, bitten, sich mit ihrem vollen Namen anzumelden, sodass ihre Teilnahme für uns alle erkennbar ist. Ich habe gesehen, im digitalen Raum wurden manche Lichter angemacht, damit wir die Expert:innen sehen können. Das ist sehr gut, vielen Dank. So wie ich das überblicke, sind alle Mikrofone stumm geschaltet, so soll das sein. Danke dafür. Liebe Kolleg:innen, sehr geehrte Damen und Herren, ich stelle einmal vor, worum es in unserer heutigen Anhörung geht, wie wir vorgehen bei den Fragen und den Antworten und alles, was sonst noch notwendig für Sie ist, zu wissen.

In der heutigen Anhörung geht es um den Antrag der Fraktion der CDU/CSU mit dem Titel „Für verbesserte Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten von Lipödem-Betroffenen“, den können Sie nachlesen auf der Bundestagsdrucksache 20/7193, und um den Antrag der Fraktion DIE LINKE., der den Titel trägt „Bedarfsgerechte medizinische Versorgung für alle Lipödem-Betroffenen.“ Diesen finden Sie auf der Bundestagsdrucksache 20/6713.

Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe Anwesende auch hier auf den Tribünen, herzlich willkommen. Ich fasse kurz zusammen für alle, die dabei sind, worum es bei diesen beiden Vorlagen im Kern geht. Die meisten von Ihnen wissen, das Lipödem ist

eine Störung der Fettverteilung, bei der es zu einer unkontrollierten Fettvermehrung vor allem an Beinen, Hüften, am Gesäß und in einigen Fällen auch an den Armen kommt. Betroffen sind in Deutschland nahezu vier Millionen Personen, praktisch ausschließlich Frauen. Das ist also im Wesentlichen eine Frauenerkrankung. Die beiden vorliegenden Anträge widmen sich dieser Krankheit, die mit Schmerzen verbunden ist, und die die Betroffenen in ihrem Alltag einschränken und zumeist auch psychisch schwer belasten. Der Gemeinsame Bundesausschuss untersucht seit 2021 in einer Erprobungsstudie, welchen Nutzen eine Liposuktionsbehandlung im Vergleich zu einer konservativen Behandlung des Lipödems bietet. Inzwischen werden die Kosten für eine Liposuktionsbehandlung bei einem Lipödem im Stadium III von den gesetzlichen Krankenversicherungen regelhaft übernommen. Die Fraktion der CDU/CSU fordert nun in ihrem Antrag, dass bei entsprechender Indikation auch außerhalb der sogenannten LIPLEG-Studie die Kosten einer Liposuktion von der gesetzlichen Kasse übernommen werden sollen. Die Fraktion DIE LINKE. geht noch einen Schritt weiter und will, dass nicht nur die Kosten für Liposuktion im Stadium III der Krankheit erstattungsfähig sein sollen, sondern bis zum Vorliegen der Ergebnisse der LIPLEG-Studie auch in den Stadien I und II eine Kostenübernahme erfolgen soll. Weiter ist DIE LINKE. der Ansicht, dass die Forschung verstärkt werden muss. Außerdem soll das Robert Koch-Institut in einer bundesweiten Studie die Zahl der Lipödem-Erkrankten erheben und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine Kampagne starten. Auch die CDU/CSU fordert in Ihrem Antrag eine Aufklärungskampagne, es müssten aber auch die medizinischen Berufe und die Öffentlichkeit für die Krankheit sensibilisiert und insbesondere die Selbsthilfegruppen und das Selbstmanagement der Betroffenen unterstützt werden. Soweit sehr grob zum Inhalt der beiden Anträge.

Ich erläutere jetzt, wie die Anhörung vonstattengehen wird. Es stehen uns insgesamt für Fragen und Antworten 60 Minuten zur Verfügung. Die Zeitmessung beginnt ab dem Moment, wo die erste Frage gestellt werden wird. Die Fragen werden immer abwechselnd von den Abgeordneten gestellt. Es beginnen immer die antragstellenden Fraktionen, heute die Union und DIE LINKE.. Dann gibt es eine festgelegte Fragenreihenfolge, wie die weiteren Ab-



geordneten zum Zuge kommen. Für Frage und Antwort stehen immer insgesamt drei Minuten zur Verfügung. Hier im Raum läuft die Zeit rückwärts. Sie können das sehen, wenn ich anfangs, mich zu straffen, dann heißt das, jetzt geht es zu Ende. Wenn ich so mache [Geste], heißt es, jetzt ist wirklich Schluss. Wenn Sie darauf nicht reagieren, sage ich, jetzt ist es vorbei. In der Regel funktioniert das einwandfrei, da mache ich mir keine Sorgen. Wenn Sie aufgerufen werden als Sachverständige, dann bitten wir Sie jedes Mal, wenn Sie sprechen, Ihren Namen und Ihre Institution zu nennen, auch wenn Sie zwei, dreimal hintereinander aufgerufen werden. Das hat was damit zu tun, dass es für das Protokoll notwendig ist, aber auch damit, wir sind live im Bundestagsfernsehen, dass die, die später dazu kommen, immer genau wissen, wer von den Sachverständigen gerade spricht und welcher Organisation Sie zuzuordnen sind. Außerdem, das ist nicht ganz neu, aber für einige von Ihnen neu, bitten wir Sie gemäß der neuen Regelung in § 70 Absatz 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestags beim ersten Aufruf, das reicht einmal, wenn Sie beginnen zu sprechen, etwaige finanzielle Interessenverknüpfungen in Bezug auf den Beratungsgegenstand offen zu legen. Das dient der Transparenz hier intern, aber auch für die Zuschauer:innen. Vielen Dank allen Expert:innen, dass Sie gekommen sind, dass Sie Ihren Sachverstand zur Verfügung stellen. Auch denen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben, noch mal besonders herzlichen Dank. Ich sagte es schon: Wir sind live im Bundestagsfernsehen zu sehen. Die ganze Anhörung wird übertragen, später auf die Homepage des Bundestages gestellt und in der Mediathek abrufbar sein. Auch das Protokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Gesundheitsausschusses veröffentlicht. Wenn es hier im Saal zum Klingeln der Telefone kommen sollte, dann kostet das fünf Euro für einen guten Zweck. Ich darf sagen, heute Morgen im Ausschuss ist schon ordentlich etwas eingegangen für einen guten Zweck. Sie können das auch verhindern, indem Sie Ihre Mobiltelefone auf lautlos stellen oder aus machen. Den Gästen auf der Besucher:innen-Tribüne, noch einmal ein herzliches Willkommen. Ich muss Sie darauf hinweisen, dass Sie weder klatschen dürfen noch Missfallensbekundungen äußern dürfen, sie dürfen auch nicht filmen. Ansonsten freuen wir uns sehr, dass Sie da sind. Nun beginnen wir mit der ersten Frage, die stellt Dr. Kippels von der

CDU. Sie haben das Wort, Herr Kollege.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Meine erste Frage würde ich gerne an Dr. Lelgemann richten. Es ist so, dass die Betroffenen auf alsbaldige Hilfe und Leistung hoffen, das ist nachvollziehbar und verständlich. Gleichwohl aber an dieser Stelle die Frage an Sie: Sehen Sie eine Gefährdung des Erfolgs der LIPLEG-Studie, falls vor deren Abschluss die Leistung über das Erkrankungsstadium III hinaus auch nur übergangsweise in den Leistungskatalog aufgenommen wird?

Dr. Monika Lelgemann (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Die Frage ist nicht ganz eindeutig zu beantworten. Wir sind relativ optimistisch, ich kann nicht sagen, dass es nicht zu einer Gefährdung kommen würde. Das gibt mir aber die Chance, kurz auf den Stand einzugehen. Die Patientinnen sind nicht nur alle rekrutiert, sondern werden im Sommer dieses Jahres auch alle operiert sein, wenn sie aus der Gruppe sind, die diese Operation erhalten haben. Für diese Gruppe schließt sich eine einjährige Nachbeobachtung an. Aber es ist nicht davon auszugehen, dass es zu einem größeren Drop-out kommt. Für die Gruppe, die nur die konservative Therapie erhalten hat, ist es so, dass jetzt schon die ersten Frauen, nachdem ein Jahr der Beobachtung abgeschlossen ist, operiert werden. Wir haben ja allen angeboten, dass sie dann auch in den operativen Arm wechseln können. Insofern haben wir vielleicht argumentativ ein bisschen eine Not, darzustellen, warum wir, wo doch jetzt einen Abschluss der Studie in Aussicht steht, trotzdem zu dieser Maßnahme greifen würden beziehungsweise sie zu dieser Maßnahme greifen würden. Aber ich denke, zu einer akuten Gefährdung würde es wahrscheinlich nicht kommen. An dieser Stelle noch mal: Wir brauchen diese Studie nicht nur in Deutschland, alle brauchen diese Studie.

Abg. **Heidi Reichinnek** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an Dr. Danner. Ich wollte Sie zu Beginn fragen: Wie beurteilen Sie die Nutzenbewertung der Liposuktion bei Lipödem? Können Sie ein bisschen was dazu sagen?



Dr. Martin Danner: Dr. Martin Danner, Sachverständiger, keine Interessenkonflikte. Es ist so, dass wir in der Patientenvertretung schon sehr lange Berichte von Betroffenen hatten, dass die Versorgung unzureichend war. Viele mussten jahrelang sparen, um sich eine Operation überhaupt leisten zu können. Aus diesem Grund haben wir als Patientenvertretung im Jahr 2014 den Antrag auf Nutzenbewertung beim Gemeinsamen Bundesausschuss gestellt. Es hat fünf Jahre gedauert, bis es letztendlich zu einer Entscheidung kam. Und schon das war für viele Betroffene wirklich schwierig, weil es insofern dann keine Erklärung gab, die wir eigentlich viel früher erreichen wollten. Im Jahr 2019 kam es dann zu der kuriosen Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses, indem er gar nicht die Nutzenbewertung begründet hat, dass er also die Wirksamkeit oder Sicherheit des Eingriffs in das Zentrum der Erwägung gestellt hat, sondern die Frage der Zumutbarkeit. Das war insofern aus unserer Sicht problematisch, weil es hier nicht darum gehen kann, ob die Nichtbehandlung unzumutbar ist, sondern ob es einen Nutznachweis gibt. Der ist aus unserer Sicht gegeben. Leider ist es dann in der Folgezeit zu dieser Situation gekommen, wonach gerade für die Betroffenen des Stadiums I und II diese Unzumutbarkeit nicht gesehen wurde. Deswegen ist es zu dieser noch andauernden Phase gekommen, wonach eine Erprobungsstudie durchgeführt werden muss. Leider hatte damals das Gesundheitsministerium nicht interveniert und auch das Bundessozialgericht hat sich nicht gerade mit Ruhm bekleckert. Der Hintergrund dieser Unterscheidung zwischen den verschiedenen Phasen war damals, dass das Bundessozialgericht ursprünglich entschieden hatte, dass man noch nicht mal in der Erprobungsphase im Krankenhaus eine Liposuktion durchführen durfte. Im Jahr 2021 hatte das Bundessozialgericht das dann revidiert. Insgesamt kann man sagen, dass die Institutionen, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben, sich nicht zielgerichtet verhalten haben. Deswegen kann man unterm Strich durchaus sagen, dass man es hier mit einem Systemversagen zu tun hat.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage geht an Frau Effertz von der LipödemGesellschaft e. V. Da der Nutzen der Liposuktion in den Stadien I und II derzeit nicht belegt werden kann, weichen Teile der Betroffenen auf die Selbstzahlung der Behandlung aus. Wir möchten die LipödemGesellschaft

fragen, wann sich Betroffene in der Regel zu diesem Schritt entscheiden und welche Begleiterkrankungen hier gegebenenfalls auch ausschlaggebend sind.

Claudia Effertz (LipödemGesellschaft e. V.): Claudia Effertz, Lipödem Gesellschaft, keine Interessenkonflikte. Wann Betroffene ausweichen, hat mit der Ausprägung der Erkrankung zu tun, weil Schmerz, der begleitend bei der gesamten Erkrankung auch im Stadium I schon sehr stark ausgeprägt ist, das Leben sehr stark beeinträchtigen kann. Ein großer Faktor sind die Begleiterscheinungen von Dauerschmerz, Konzentrationsproblemen, Schlafstörungen, psychischen Problemen, sodass für viele [die Liposuktion] eine notwendige Maßnahme ist, um ihre Berufstätigkeit und Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Wir erleben, dass die Patientinnen, die sich besser informiert haben, sich aus Angst davor, ins Stadium III mit den massiven Folgeerkrankungen zu gelangen, die dann entstehen können, manchmal auch schon im Stadium II frühzeitig operieren lassen. Sie sparen nicht nur dafür, wie Sie sagten, sondern ganz oft nehmen sie auch Kredite dafür auf, verschulden sich. Hier ist eine ganz hohe Not unterwegs. Folgeerkrankungen, die in die Berufsfähigkeit eingreifen, sind neben den Schmerzen vor allem orthopädische Erkrankungen, sind massive Bewegungseinschränkungen. Das Tragen der Kompression, das als eine der maßgeblichen konservativen Säulen empfohlen und ausgeführt wird, führt dazu, dass das Leben damit oft unerträglich wird. Wenn Sie sich bei diesen Temperaturen vorstellen, Sie müssen an den Armen und Beinen eine komplette Kompressionsversorgung tragen und Sie arbeiten vielleicht als Briefträgerin oder in der Produktionshalle oder im Krankenhaus, in dem es keine Klimaanlage gibt, Sie bekommen massive Kreislaufprobleme, sind dadurch massiv erschöpft und können so weder ihre Erwerbstätigkeit dauerhaft sichern noch am Leben großartig teilhaben, weil das eben ganz viel Kraft kostet.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Sachverständigen Dr. Podda. Wie beurteilen Sie die vorhandene medizinische und ärztliche Versorgung der Lipödem-Patientinnen insbesondere hinsichtlich der Stigmatisierung der Erkrankung und der Liposuktion als Behandlungsmethode? Vielleicht können Sie auch etwas zu den Heilungsmöglichkeiten und -chancen sagen.



Priv.-Doz. Dr. Maurizio Podda: Die Stigmatisierung ist ein Riesenthema beim Lipödem. Es ist schon immer das Problem gewesen, dass es eine Erkrankung ist, die wahrgenommen wurde als Frauen mit dicken Beinen. Das wurde eher als ästhetisches oder als Übergewichtsproblem gesehen als eine Erkrankung. Mittlerweile ist das für alle, die sich mit der Erkrankung ernsthaft beschäftigen, vom Tisch. Aber es ist in der Wahrnehmung so. Insofern ist es ein problematisches Stigma, das ich als ein Schubladendenken bezeichne. Das Zweite ist, dass leider die Methode, die angewandt wird, die Liposuktion, auch stigmatisiert ist. Fettabsaugung ist etwas, das man aus der Ästhetik und nicht aus der behandelnden Medizin kennt. Das sind zwei Dinge, die daran gehaftet haben, was über viele Jahre dazu geführt hat, dass diese Methode nicht akzeptiert wurde, obwohl sie sehr lange und sehr viel durchgeführt wird und viele Frauen danach sehr glücklich sind. Sie fragten nach Heilung. Heilung ist in der Medizin immer ein schwieriges Wort. Das wünschen wir uns immer. Man hat die Pathogenese des Lipödems noch immer nicht ganz verstanden. Wir haben darüber gesprochen, dass es sich um eine entzündliche Erkrankung des Fettgewebes handelt. Das heißt, auf Dauer können wir das nicht sagen. Was wir haben, ist die Erfahrung mit vielen, vielen Patientinnen, die eine Liposuktion erhalten haben, die dauerhaft eine Verbesserung haben. Das ist aber nicht im Rahmen einer kontrollierten Studie. Das muss man klar sagen. Deshalb ist es auch so gut, dass diese Studie nicht nur bis zum ersten Ergebnis geht, sondern darüber hinaus auf fünf Jahre angelegt ist, damit man auch die Langzeitergebnisse bekommt. Das ist schon von vornherein so geplant gewesen. Das ist auch sehr gut, um genau die Frage, ob eine Heilung für zumindest fünf Jahre möglich ist, zumindest teilweise kontrolliert beantworten zu können. Wie gesagt, die Erfahrung scheint zu sein, dass es sehr lange ist.

Abg. **Saskia Weishaupt** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an den Sachverständigen Dr. Michael Offermann. Mich würde interessieren: Die LIPLIG-Studie läuft seit einigen Jahren, sie ist noch länger beschlossen. Trotzdem lassen sich viele Betroffene letztendlich auf die Liposuktion auf eigene Kosten ein. Mich würde interessieren, ob Sie einschätzen können, welche Kosten auf die Betroffenen zukommen, was für Kosten anfallen und was die Beweggründe der Betroffenen sind,

diese Kosten auf sich zunehmen.

Dr. Michael Offermann: Ich bin der grauhaarigste Chirurg eines der größten Gefäßzentren in Deutschland, und zwar rein vertragsärztlich. Das heißt, wir machen nur Medizin und operieren auch nur mit medizinischen Indikationen, insofern keine Kosmetik. Ich habe keinerlei finanziellen Interessen oder welche Connections bezüglich meiner Stellungnahme. Und sind Sie nicht böse, wenn ich relativ deutlich antworte und spreche, denn auch im September, als ich im Petitionsausschuss gefragt worden bin, und auch schon 2019, als wir die intensive Kommunikation mit Herrn Spahn und dem G-BA hatten, waren wir ebenfalls schon so deutlich, denn wir gehören zu den ganz wenigen Zentren, die das Lipödem seit sage und schreibe 20 Jahren aus medizinischen Indikationen operieren. Wir haben damals schon dem G-BA und Herrn Spahn geschrieben, es muss sein, dass Stadium I und Stadium II sofort operiert werden können, weil man diese Patientinnen noch heilen kann. Wie kann es sein, dass eine Krankenkasse jetzt die fünffache, die sechsfache Anzahl von Operationen plus Hautplastiken bei den Stadien III bezahlen muss? Und wie kann es sein, dass die Stadien III zu 99 Prozent irrsinnige Übergewichte haben, dass die sozusagen plastisch, kosmetisch operiert werden sollen? Die müssen erst in aller Regel 50, 60, 70, 80 kg abnehmen. Dann wird man zum ersten Mal sehen, welches Stadium das Lipödem wirklich hat. Das haben damals der G-BA und Herr Spahn in gewissen Grenzen akzeptiert. Sie haben gesagt: Okay, ab einem Bodymaß-Index von 35 müsste man erstmal Diät machen im Stadium III und ab 40 würde eine Operation eher nicht gehen. Den Bodymaß-Index kann man aber nicht gebrauchen. Was das kostet und warum die Patientinnen das Geld investieren? Gut, das Lipödem macht erhebliche Beschwerden. Die meisten haben das Pech, dass es von vornherein schmerzt. Und die Kosten gehen in Deutschland Tausende von Euro auseinander. Wir selbst haben keine Festpreise, bei uns richtet sich das nach der Operation. Das sind teilweise 4 000, 5 000 Euro, weil enorm viel an Material, Zeit etc. gebraucht wird. Aber die Patienten, wenn sie früh genug kommen, sind danach geheilt. Die Beschwerden, die sie haben, treten am Tag danach nicht mehr auf.



Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine Frage geht an den Sachverständigen Professor Doktor Tobias Hirsch. Für viele Betroffene steht vor der Diagnose und daraus resultierender Versorgung ein langer Leidensweg. Wie beurteilen Sie die Transparenz der Versorgung für Lipödem-Patientinnen und welche Maßnahmen halten Sie für geboten, um die Transparenz zu verbessern?

Prof. Dr. Tobias Hirsch: Ich bin Chefarzt für plastische Chirurgie der Fachklinik Hornheide und im Vorstand der LipödemGesellschaft. Sofern das einen Interessenkonflikt darstellt, ich operiere GKV-Patientinnen, privatversicherte Patientinnen und Selbstzahlerpatientinnen, die keine Kostenübernahme bekommen. Zu Ihrer Frage der Transparenz: Das ist natürlich ein großes Problem, weil dadurch, dass das Stadium I und II in vielen Fällen oder in der Mehrzahl der Fälle fast komplett nicht übernommen wird von den Krankenkassen, sind die Patientinnen, wie schon gesagt, gezwungen, das als Selbstzahlerleistungen in Angriff zu nehmen. Das findet vielerorts in Privatpraxen statt, die damit eine sehr lukrative Marktsituation vorfinden. Das hat zur Folge, dass die Patientinnen zu großen Teilen komplett aus der GKV-Versorgung herausfallen und damit auch aus dieser Transparenz. Das heißt, das ist mit ein Grund, warum wir wenig Studiendaten haben. Das ist ein Grund, warum es schwer ist, wissenschaftliche Erkenntnisse und Erkenntnisse über die Behandlungen zu bekommen. Wir sind aktuell dabei, mit der Barmer-Versicherung die Daten der bei der Barmer versicherten Lipödem-Patientinnen aufzuarbeiten. Das ist sehr interessant. Auch da haben wir viele Erkenntnisse. Aber ich gebe Ihnen ein Beispiel: Wir können zum Beispiel nicht herausfinden, ob diese Patientinnen operiert worden sind, weil sie nicht über die Barmer operiert wurden. Wir können sehen, wie viele diagnostiziert worden sind, wer stellt die Diagnose in welchem Alter und so weiter. Aber wir wissen nicht, ob sie operiert worden sind. Wir können das höchstens daran sehen, wenn sie deutlich weniger Kompressionstherapie brauchen. Ich kann meinen Vorrednern auch nur zustimmen. Die Kosten für die konservative Therapie betragen gut und gerne mehrere zehntausend Euro pro Jahr. Wir können mit der operativen Therapie, die zum Teil 4 000, 5 000 Euro pro Eingriff kostet, deutlich effizienter helfen und ursächlich helfen, was wir mit der konservativen Therapie gar nicht können. Insofern fällt es mir als

behandelndem Chirurgen schwer nachzuvollziehen, warum diesen Patientinnen das vorenthalten wird. Es kommt noch dazu, Stichwort Transparenz, dass, wenn Sie das als Selbstzahlerin bezahlen, Sie nicht eindeutig klar krankgeschrieben werden können, weil das auch über die Krankenkassen läuft. Wir wissen nicht, wie lange die Arbeitsunfähigkeiten der Patientinnen sind, weil diese dafür ihren Urlaub opfern. Das ist eine ganz, ganz missliche Situation. Ich würde mir wünschen, dass wir durch eine Integration in das GKV-System hier mehr Transparenz bekommen.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Meine Frage richte ich an den G-BA, Frau Dr. Lelgemann. Ich habe in der Pharmazeutischen Zeitung gelesen, dass Lipödeme unter anderem in Phasen hormoneller Umstellung auftreten. Nun werden im Zusammenhang mit der Gender- und der Transgender-Ideologie zunehmend besonders Kinder und Jugendliche in den Schulen mit der Möglichkeit einer Behandlung mit Hormonen-Blockern konfrontiert, um ihre eigene Pubertät hinauszuzögern, um sich zunächst darüber im Klaren zu werden, welches Geschlecht zu ihnen passt. Wie bewerten Sie dieses Vorgehen? Gibt es Erkenntnisse, inwieweit Transpersonen, die sich Hormonbehandlung unterzogen haben, von Lipödem betroffen sind?

Dr. Monika Lelgemann (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Das sind spannende Aspekte, allein, ich kann Ihnen keine substantiierte Antwort darauf geben.

Abg. **Heidi Reichinnek** (DIE LINKE.): Ich würde gern noch mal Herrn Dr. Danner fragen. Sie haben in der Antwort auf meine erste Frage sehr gut dargestellt, warum durch diese Nutzenbewertung Ihrer Meinung nach, und durch diese ganze Situation, die jetzt aufgekommen ist, auch ein Systemversagen vorliegt. Das haben Sie auch in Ihrer Stellungnahme noch mal sehr umfassend begründet. Das ist in meinen Augen beziehungsweise für meine Fraktion auch der Ansatzpunkt, warum akutes Handeln notwendig ist, eben auch bei der Kostenübernahme für Stadium I und II. Deswegen würde ich Sie an der Stelle bitten, auf dieses Thema ein bisschen näher einzugehen. Was genau muss jetzt passieren,



damit wir tätig werden können? Ist dieses Systemversagen für uns nicht vielmehr Verpflichtung als nur Legitimation, auch zu handeln?

Dr. Martin Danner: Dieser Begriff des Systemversagens klingt wie ein politischer Vorwurf, aber juristisch betrachtet geht es gar nicht darum. Es ist vielmehr eine Rechtsfigur in der Rechtsprechung, wonach festgestellt wird, dass die üblichen Verfahren, die hinsichtlich der Leistungsgewährung im SGB V vorgesehen sind, nicht so funktionieren, wie sie funktionieren sollen. Genau das, das habe ich vorhin schon geschildert, ist hier der Fall. Insofern wäre es sehr hilfreich, wenn der Bundestag im Wege eines Beschlusses das Systemversagen feststellen würde, weil das dann wiederum von der Rechtsprechung aufgegriffen werden könnte, um dann im Leistungsrecht zumindest akut den Betroffenen die Möglichkeit der Kostenerstattung zu gewähren beziehungsweise eine Leistungsgewährung zu erleichtern. Es ist bei der Rechtsprechung so, das habe ich vorhin auch erwähnt, dass die Linie, die im Jahr 2018 von der Rechtsprechung Gefahren wurde, aufgegeben wurde. Insofern sehe ich durchaus Möglichkeiten, auf diesem Weg eine Verbesserung der Situation in rechtlicher Hinsicht herbeizuführen.

Abg. Heike Engelhardt (SPD): Ich habe eine Frage an Frau Dr. Lelgemann. Ich hätte gern einen Überblick, wie es im Ausland speziell bei unseren europäischen Nachbarn aussieht. Wie ist da die Versorgungssituation von Betroffenen mit Lipödem? In welchen Ländern wird die Liposuktion von den Krankenkassen übernommen?

Dr. Monika Lelgemann (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Wir haben recherchiert. Nach unserer Erkenntnis gibt es allein Luxemburg, welches im Nachklang unserer Entscheidungsfindung auch die Leistung für die schwer betroffenen Frauen, also das Stadium III, aufgenommen hat. Nach unserer Erkenntnis hat ansonsten keines der Länder [die Leistung aufgenommen]. Im Rahmen der aktuellen Recherchen nach Studien können wir berichten, dass es jetzt eine Studie aus Norwegen gibt, die gestartet ist. Weitere Aktivitäten leider noch nicht.

Abg. Diana Stöcker (CDU/CSU): Meine Frage geht an Claudia Effertz von der LipödemGesellschaft. Was sind die wesentlichsten Erleichterungen durch die Liposuktion auch im Hinblick auf den Vergleich zur konservativen Therapie?

Claudia Effertz (LipödemGesellschaft e. V.): Die wesentlichen Erleichterungen sind sofortige Schmerzfreiheit. Man hat nach der OP im operierten Areal noch etwa zwei Wochen mit den Nachwehen der OP zu tun. Wir haben Frauen erlebt, die mit Krücken, mit Gehstöcken in die Klinik reingegangen sind und schon nach einer Entlastungs-OP ohne Gehstöcke wieder rauslaufen konnten. Also wirklich sofortige physische Erleichterung. Bei einem Großteil, der früh genug operiert wird, fallen dann auch die Kompressionsversorgung und die manuellen Lymphdrainagen weg, leider meistens nicht im Stadium III, weil dann oft schon sekundäre Lymphödeme bestehen. Aber dadurch werden neue Lebenschancen gegeben. Die Patientinnen sind wieder bewegungsfähig. Viele können dadurch ihre Erwerbstätigkeit erhalten oder wieder herstellen. Das habe ich vorhin ausgeführt. Wir haben auch bei vielen Frauen die Situation, dass sie danach, weil scheinbar der Stoffwechsel auch besser arbeitet und sie wieder beweglicher werden, die Gewichtsreduzierung oder das Gewicht zu halten, dann auch viel leichter geht.

Abg. Saskia Weishaupt (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an den Gemeinsamen Bundesausschuss, an Frau Lelgemann. Wir haben gerade von Herrn Dr. Offermann und von Prof. Dr. Hirsch gehört, dass das Lipödem mit der Liposuktion erfolgreich behandelt wird und die Kosten der Patientinnen zwischen 4 000 bis 5 000 Euro liegen pro OP; mehrmalige OPs sind eigentlich eher die Regel als die Ausnahme. Der Antrag auf die Methodenprüfung wurde 2014 gestellt und nach über zehn Jahren wird mit den Ergebnissen gerechnet. Mich würde interessieren, wie Ihrer Ansicht nach sich diese Prozesse zur Methodenprüfung im G-BA beschleunigen lassen und was vielleicht auch die Gesetzgebung tun kann, um Sie dabei zu unterstützen, diese Methodenprüfung schneller abzuschließen.



Dr. Monika Lelgemann (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Zweiteilige Antwort. Erstens konkret zur Liposuktion und zum Lipödem: Nach der Entscheidung, eine Erprobungsstudie auf den Weg zu bringen und für das Stadium III die Leistung aufzunehmen, ist alles einen kaum zu beschleunigenden Gang gegangen, muss ich an dieser Stelle sagen. Wir sind dann verpflichtet, in einem europäischen Vergabeverfahren eine unabhängige wissenschaftliche Institution auszuwählen etc. pp. Es hat leider noch zwei Verzögerungen gegeben. Das war für uns alle die Pandemie. Man darf nicht vergessen, dass die Liposuktion ein elektiver Eingriff ist und es eine Zeit lang überhaupt nicht möglich war, in den Studienzentren Patientinnen zu operieren, weil das unter die Regelung „elektiver Eingriff“ fiel. Der zweite Punkt war eine Sonderregelung des Bundessozialgerichtes, welches uns aufgetragen hat, einen diskriminierungsfreien Zugang der Frauen zur Studie zu ermöglichen. Das hat dazu geführt, dass auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes ein Portal eingerichtet worden ist, wo sich alle melden konnten und wir dann ein Losverfahren, welches wir so gestalten mussten, dass die Frauen nicht Hunderte von Kilometern durch die Republik fahren mussten, um einem Studienzentrum zugeteilt werden zu können, durchführen mussten. Das sind die zwei Verzögerungen, die sehr bedauerlich sind. Von daher finden wir, sind wir noch ganz gut rausgekommen. Dieser lange Prozess der Methodenbewertung ist schon vielfach diskutiert worden. Wir haben inzwischen Fristen von zwei Jahren, die wir auch – einmal im Jahr geben wir einen Fristenbericht ab – einhalten. Oft ist diese lange Dauer der Nicht-Entscheidung dem Dilemma geschuldet, das ist in diesem Fall ganz besonders gut zu sehen, dass es keine ausreichenden Daten für den Einschluss der Leistung gibt, man aber andererseits auch nicht sagen möchte, wir nehmen diese Leistung nicht auf. Das ist der Grund, warum es hier so lange gedauert hat, bis die Möglichkeit bestand, Erprobungsstudien auf den Weg zu bringen. Das ist der Hintergrund. Wir haben immer nur hopp oder topp.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband, Frau Dr. Gottberg. Frau Dr. Gottberg, gibt es von Ihrer Seite strukturierte Zahlen zu den Krankentagen und den durchschnittlichen Kosten bei konservativ behandelten Betroffenen?

Dr. Antje Gottberg (GKV-Spitzenverband KdÖR): Keine finanziellen Interessen in Bezug auf diesen Gegenstand. Zu den Krankentagen haben wir indikationsbezogen keine konkreten Daten. Die einzelnen Krankenkassen schreiben jährlich Berichte über Fehlzeiten und derartiges. Auch dort werden diese Daten, muss man sagen, nur sehr aggregiert dargestellt, also nach Krankheitsgruppen. Wir wissen, dass unter den Top Ten ... das fängt an mit Rücken und Bewegungsapparat und Infektionen. Die Krankheitsgruppe, in der das Lipödem vorkommen könnte, ist dort gar nicht erwähnt. Also wir können dazu nicht sagen. Das ist das eine. Die Kosten der konservativen Versorgung können wir ganz gut überblicken. Wir hatten im Jahr 2022 beispielsweise etwa 82 000 Versicherte, die mit physikalischer Therapie behandelt wurden. Im Mittel kostet das jährlich 1 800 Euro. Es mögen auch mal 10 000 sein, das halte ich aber eher für die Ausnahme als für die Regel. Das ist die physikalische Therapie. Dazu kommen die Kompressionsmittel, also Strumpfhosen, die oft maßgefertigt sein müssen, zweimal im Jahr. Die können auch mal mehrere 100 Euro kosten, das tun sie, glaube ich, auch. Das sind die groben Kosten zur konservativen Behandlung. Ich möchte ein bisschen vor der Versuchung warnen, diese Zahlen ins Verhältnis zueinander zu setzen. Es steht oft im Raum, wenn die Frauen operiert werden, spart, in Anführungsstrichen, die Krankenversicherung das Geld für die konservative Behandlung. Auch dazu gibt es Annahmen. Das klingt in Teilen plausibel, das mag auch so sein. Aber auch diese Daten wollen wir erst im Rahmen der Studie so erheben, dass sie belastbar sind und wir dazu Aussagen treffen können.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ich möchte meine Frage an Herrn Dr. Offermann richten. Ich habe in der Pharmazeutischen Zeitung weiterhin gelesen, dass es bis zur konkreten Diagnosestellung eines Lipödems oft Jahrzehnte dauert. Können Sie mir erklären, warum das so sein könnte? Liegt es daran, dass die ambulant tätigen Ärzte in der Regel wenig Zeit für die Patienten haben? Oder kann es daran liegen, dass diese Erkrankung bei der Aus- und Weiterbildung zu wenig Berücksichtigung findet?

Dr. Michael Offermann: Keine finanziellen Interessen. Sie haben vollkommen Recht. Das dauert manchmal sehr lange. Das liegt einfach daran, dass



sich viele Kollegen auch heutzutage noch nicht des Lipödems bewusst sind. Der Hintergrund: 1944 hat ein amerikanischer Kollege erstmals eine kleine Studie darüber gebracht. Diese Studie ist 60 Jahre lang vergessen worden. Anfang 2000 haben wir diese gelesen und haben gedacht, ja, tatsächlich, auch bei uns gibt es eine ganze Menge Patientinnen. Und so wie ich Ihnen eben gesagt habe, 2003 haben wir angefangen diese zu operieren. Inzwischen haben wir Tausende von Erfahrungen. Aber Anfang 2017, am 1.1.2017 ist das Lipödem erst als Erkrankung offiziell in Deutschland anerkannt worden. Trotzdem gibt es leider immer noch Kollegen, die sich nicht mit dem Lipödem zwingend beschäftigen. Deswegen sind diese Patienten leider, leider oftmals einfach nur adipös. Das heißt, es müsste rein theoretisch schon im Studium, aber spätestens bei irgendwelchen Facharztausbildungen, da kommen eigentlich nur die Chirurgen, vielleicht die Hautärzte und eventuell die plastischen Chirurgen infrage, wenn es um medizinische Indikation geht [Thema sein]. Ich hatte auch gesagt: Wir machen keine Plastik. Das ist ein großes Problem. Deswegen kommen viele Patientinnen viel zu spät. Wer in einem Stadium II kommt, hat die günstigste Phase der Operation, nämlich das Stadium I, bereits überschritten. Da braucht man die wenigsten Operationen, da braucht man das wenigste Geld und die Wahrscheinlichkeit, dass es danach komplett geheilt ist, ist am größten. Aber wir haben damals auch den G-BA und Herrn Spahn gefragt: Wieso darf es denn sein, dass jemand durch ein Stadium I über ein Stadium II in ein Stadium III kommen muss, das nicht mehr heilbar ist, und das das Zehnfache an Kosten produziert? Wir haben viele Kollegen aus aller Welt ausgebildet, von Südamerika über Amerika, Europa, überall. Die haben als Allererste angefangen, in ihren Ländern das Lipödem zu behandeln. Da ist das Phänomen genauso: Keiner weiß, was das Lipödem ist. Das ist ein großes Problem. Es wird zwar von Monat zu Monat und Jahr für Jahr besser. Nichtsdestotrotz: Es gibt immer wieder Patientinnen, die nach wer weiß wie langer Zeit, die Zeit ich kann nicht genau benennen, erst erfahren, manchmal viel zu spät, dass sie ein Lipödem haben.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Sachverständige Frau Dr. Reißhauer. Frau Dr. Reißhauer, Sie sind Leiterin des Arbeitsbereichs Physikalische Medizin an der Charité Berlin

und führen in Ihrer Ambulanz eine Studie zur Diagnosesicherung bei Lipödem durch. Einigkeit besteht darin darüber, dass belastbare Daten zur Häufigkeit des Lipödems fehlen. Liegen Ihnen aus Ihrer Ambulanz neue Erkenntnisse vor? Wie ist Ihre klinische Einschätzung?

Priv.-Doz. Dr. Anett Reißhauer: Keine Interessenskonflikte. Wir haben neue Daten, was die Situation des Lipödems betrifft. Wir haben eine Studie durchgeführt, haben 520 Patientinnen eingeschlossen, die mit der Diagnose Lipödem in unsere Spezialprechstunde überwiesen worden sind. Wir haben die aktuell gültigen Kriterien angewendet und sind zu dem Schluss gekommen, dass 89,1 Prozent der Patientinnen uns nicht mit einer Lipödem-Diagnose verlassen konnten. Das heißt, es gibt offensichtlich eine große Unschärfe in der Einschätzung, was ein Lipödem ist. Daran muss unbedingt gearbeitet werden. Die Vorredner haben es gesagt, es gibt lange Anamnesezeiten für die Patienten. Die Patienten haben unendlich viele Sorgen, vor dem Rollstuhl, vor Unbeweglichkeit, die kosmetische Situation spielt eine große Rolle. Aber auch die Ärzte haben Sorge, den vielen Sorgen der Patienten gar nicht gerecht zu werden. Das spielt auch eine sehr große Rolle, weil dieses Lipödem mit psychischen Erkrankungen einher gehen kann, die auch schon vor dem Lipödem gestanden haben. Dazu gibt es gute Studien. Es gibt diese Schmerzsituation, es gibt die Bewegungs- und Funktionseinschränkungen. Daher muss man sagen, dass unsere neuen Daten gezeigt haben, dass wir noch viele ungeklärte Fragen haben, was das Lipödem betrifft. Ich würde noch einen Schritt zurückgehen und sagen, es braucht unbedingt Mittel, um diese Genderproblematik, die unglaublich schwerwiegend ist für die Patientinnen, besser zu erforschen. Wir wissen noch viel zu wenig.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die LipödemGesellschaft, Frau Effertz. Sie haben Erfahrung damit. Mich würde interessieren, wie wichtig für die betroffenen Frauen die Lipödem-Selbsthilfe ist und welche Maßnahmen aus Ihrer Sicht wichtig wären, um die Selbsthilfe noch mehr zu unterstützen?

Claudia Effertz (LipödemGesellschaft e. V.): Ich bin



im Vorstand der LipödemGesellschaft für Selbsthilfe zuständig und auch Leiterin von zwei Selbsthilfegruppen. Dadurch habe ich viel mit Kolleginnen, die Selbsthilfegruppen leiten, zu tun. Ich glaube, was unsere Arbeit oder die Arbeit aller Selbsthilfegruppenleitungen noch mehr unterstützen würde, wäre ein vernetzter Austausch. Diesen versuchen wir über die LipödemGesellschaft zu ermöglichen, das heißt eine gute Vernetzung zu Ärzten und Behandlern in der Region und insgesamt für das Thema mehr Öffentlichkeitsarbeit. Denn im Grunde fängt momentan jede Selbsthilfegruppe an, Gelder zu beantragen und eigene Flyer drucken zu lassen, um in der Region Behandler und Ärzte zu informieren und um ein Netzwerk aufzubauen, mit dem die Selbsthilfegruppe dann betroffenen Frauen hilft. Wir haben Anfragen: Wo kann ich mich behandeln lassen? Wo finde ich überhaupt noch einen Lymphtherapeuten, der Patientinnen aufnimmt? Wo kann ich mich diagnostizieren lassen? Wir haben zwischenzeitlich aber Gott sei Dank die Tatsache, dass auch Ärzte die Patientinnen an die Selbsthilfegruppen weiterverweisen, weil dort unglaublich viel Unterstützung bei der Krankheitsakzeptanz stattfindet. Selbsthilfegruppen finanzieren sich über Mittel der Krankenkassen, die sie als Pauschal- oder Individualförderung pro Jahr beantragen müssen. Das ist, glaube ich, ein Weg, der auch eine gute Grundlage bietet. Unterstützende Öffentlichkeitsarbeit und Ausbildung und entsprechende Information der Ärzte wäre, glaube ich, eine große Hilfestellung.

Abg. **Dirk-Ulrich Mende** (SPD): Ich will daran anschließen, was Sie gesagt haben. Die Anträge sprechen davon, dass es bei der Ärzt:innenschaft vereinzelt an den notwendigen Fachkenntnissen in Sachen Lipödem mangelt. Das ist auch das, was mir immer wieder berichtet wird. Was meinen Sie, die Frage geht an Dr. Danner, welche Maßnahmen durch die Selbstverwaltung ergriffen werden müssen? Hinweise alleine dürften wohl nicht reichen.

Dr. Martin Danner: Es ist zunächst so, das ist schon angesprochen [worden], dass die Frage der ärztlichen Ausbildung, Fort- und Weiterbildung eine ganz zentrale Rolle spielt. Wir haben schon gehört, dass das Krankheitsbild erst seit einem überschaubaren Zeitraum in Deutschland als solches bekannt, erkannt ist und als behandlungsbedürftig

eingestuft wird. In dieser Situation ist es erstmal die Sache der Ärzteschaft, den Ausbildungsstand zu verbessern. Es ist aber darüber hinaus erforderlich, dass Institutionen wie beispielsweise das ÄZQ [Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin] ganz gezielt Informationen produzieren, die den Kenntnisstand in der Versorgungspraxis anwendungsorientiert verbessern. Auch Institutionen wie das IQWiG sind hier gefordert. Man muss allerdings dazu sagen, dass sich die Informationen nicht nur auf die medizinischen Sachverhalte beschränken dürfen, denn wir haben es mit einem Versorgungsproblem zu tun, das sehr komplex ist, was Erstattungsfragen anbelangt, aber auch, was die psychosoziale Situation der Betroffenen betrifft. Hier würde ich mir wünschen, dass wir künftig beispielsweise ein Public Health Institut oder Ähnliches haben, das dann ganz gezielt, wenn es um Versorgungsprobleme in diesem Umfang, in dieser Dimension geht, mit Öffentlichkeitskampagnen in die Ärzteschaft hineinwirken würde.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Ich darf meine Frage zu dem Verhältnis der Kosten der Liposuktionsbehandlung zu einer konservativen Therapie mittels Lymphdrainagen und Kompressionsstrümpfe an den GKV-Spitzenverband, Frau Dr. Gottberg, richten. Sie hatten ausgeführt, dass die Lymphdrainagen ungefähr 1 600 Euro im Jahr kosten und die Kompressionsstrümpfe zweimal im Jahr beansprucht werden können. Das muss man ins Verhältnis setzen. Wie lange wirkt eine solche Behandlung? Wie steht das Kostenverhältnis zueinander? Wenn Sie das vielleicht noch mal näher ausführen könnten.

Dr. Antje Gottberg (GKV-Spitzenverband KdÖR): Ich möchte zunächst voranstellen, weil das immer mitschwingt, unser maßgebliches Kriterium ist grundsätzlich der medizinische Nutzen einer Behandlung. Wenn sich bei der Nutzenbewertung eine Überlegenheit gegenüber der Standardbehandlung zeigt, wird die Leistung bezahlt, muss sie bezahlt werden. Bei den Kosten haben Sie mich eben falsch verstanden: Im Mittel hat jede Versicherte für 1 800 Euro physikalische Therapie bekommen. Das können aber auch gerne bei dauerhafter, konsequenter Anwendung aufwändigerer manueller Lymphdrainagen mehrere 1 000 Euro jährlich sein,



die dann dauerhaft anfallen. Gemäß der Hilfsmittelrichtlinie dürfen pro Jahr zweimal Kompressionsmaterialien verordnet werden, die auch mehrere 100 Euro kosten können. Das wäre eine lebenslange, dauerhaft durchzuführende Behandlung. Das Verhältnis: Die Operationen kosten im Stadium III ungefähr, wenn man sie ambulant macht und es drei bis vier Eingriffen sind, 6 000, 7 000, 8 000 Euro die GKV. Im Krankenhausaufenthalt dürften je Aufenthalt so ungefähr 3 000 bis 4 000 Euro anfallen. Das dann entsprechend multipliziert mit der notwendigen Anzahl der Eingriffe.

Abg. **Saskia Weishaupt** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an den Sachverständigen Dr. Martin Danner von der BAG-SELBSTHILFE. Mich würde interessieren, wie Sie als BAG-SELBSTHILFE den Ablauf und die Dauer der Methodenbewertung zur Liposuktion im G-BA bewerten und welche Vorschläge Sie haben, um diese Methodenüberprüfung zu verbessern.

Dr. Martin Danner: Es ist schon angesprochen worden, dass der Gesetzgeber reagiert hat und die Beratungszeiten beim Gemeinsamen Bundesausschuss mit Fristen versehen hat. Das war gut, weil das Beispiel unseres Antrags zur Liposuktion zeigt, dass viel zu viel Zeit in den Beratungen verstrichen ist, bevor es zur Beschlussfassung beim G-BA gekommen ist. Frau Dr. Lelgemann hat zutreffend festgestellt, dass das Verfahren, das durch die Notwendigkeit einer Erprobung stattgefunden hat, durch die damit verbundenen Regularien notgedrungen sehr zeitaufwändig ist. Aus meiner Sicht ist aber ohnehin zu hinterfragen, ob dieses Verfahren, Evidenzlücken im Wege von Erprobungsstudien zu schließen, adäquat ist. Meine Vorstellung war, als der Innovationsausschuss eingerichtet wurde, dass man dann, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss eine unbefriedigende Evidenzsituation vorfindet, gezielt den Innovationsausschuss einschaltet, um dann gezielt Evidenzgenerierung in Gang zu setzen. Insofern gibt es aus meiner Sicht durchaus Reformbedarf, um bei der Evidenzgenerierung schneller und besser zu werden. Das setzt aber aus meiner Sicht voraus, dass wir uns generell hinsichtlich der Methodenbewertung klar machen, dass der Gesundheitsbegriff nicht nur somatisch orientiert sein kann. Bei der Liposuktion haben wir ein sehr schönes Beispiel, an dem man sehen kann,

dass die Erkrankung zu psychischen Belastungen bei den Betroffenen in wichtigen Lebensphasen führt, die mit Stigmatisierungen verbunden sind, die aber auch hinsichtlich der Entwicklung der Persönlichkeit der Betroffenen ganz massiv sind. Hier ist es unzureichend, wenn man nur darauf abhebt, ob Depressionen oder andere psychische Erkrankung im Hinblick auf das Outcome-Spektrum zu beachten sind. Ein weiterer Punkt ist heute auch schon angesprochen worden: Die Teilhabechancen, die Teilhabe am Arbeitsleben, am Leben in der Gemeinschaft sind auch zu berücksichtigen. Insofern ist zu hinterfragen, inwieweit wir die Zielstellungen von Methodenbewertungsverfahren nicht überdenken müssen, gerade wenn es um Sachverhalte, wie den heute diskutierten, geht.

Abg. **Heidi Reichinnek** (DIE LINKE.): Meine letzte Frage für heute geht an Prof. Dr. Hirsch. Ich wollte darauf zu sprechen kommen, wir haben schon viel darüber diskutiert, dass für Stadium I und II die aktuelle Situation höchst problematisch ist. Das war auch in der Petition, die wir im Petitionsausschuss diskutiert haben, sehr deutlich bezüglich der Betroffenen. Mich würde aber auch die Situation in Stadium III interessieren. Man denkt immer, das ist quasi geklärt, da kann man eine Liposuktion durchführen lassen. Aber das ist leider nicht ganz so einfach, wie sich das anhört. Es gibt momentan viel Diskussion darüber, wie die Qualitätsrichtlinien überprüft werden und wie Kliniken potenziell in Regress genommen werden. Vielleicht könnten Sie noch mal etwas sagen, wozu das führt, ob das weniger Kliniken anbieten und wie Sie das einschätzen, weil Sie vorhin in Ihrer Antwort sehr gut dargestellt haben, dass immer mehr Betroffene sich an private Kliniken wenden und das privat bezahlen. Haben Sie das Gefühl, dass sich sozusagen ein Nebenmarkt aufbaut? Wie hochwertig ist der am Ende?

Prof. Dr. Tobias Hirsch: Im Stadium III ist leider eine ganz ähnliche Problematik zu beklagen wie bei Stadium I und II. Die Ursachen sind nur etwas anders. Es ist so, dass wir diese Kostenübernahme haben im Rahmen der Qualitätssicherungsrichtlinie, die momentan überprüft wird. Da fallen einige Klinik raus, oft mit schwer nachvollziehbaren Begründungen. Damit haben wir sehr stark zu kämpfen.



Ein weiteres großes, riesiges Problem ist, dass beispielsweise im stationären Bereich – viele Stadium-III-Patientinnen haben schon erhebliche Nebendiagnosen und müssen stationär behandelt werden – die Operationen, die operativen Maßnahmen für die Kliniken nicht kostendeckend sind. Das ist Punkt eins. Punkt zwei ist, dass die Krankenkassen fast regelhaft bis zu 40 Prozent aller Fälle nachprüfen. Sie wissen, es gibt Strafzahlungen für Nachprüfungen der Kliniken, egal ob diese positiv oder negativ beschieden werden, es wird versucht, Tage zu kürzen, sodass das unterm Strich für die Kliniken nicht mehr kostendeckend ist. Das hat zur Folge, dass ich immer mehr Informationen von Kollegen bekomme, die sagen, sie ziehen sich aus der GKV-Versorgung des Stadium III zurück. Das heißt, es gibt immer mehr Kliniken, die diese Versorgung, die ohnehin schon rar gesät ist, nicht mehr anbieten. Das ist schwierig. Man sieht auf Seiten der Krankenkassen, dass die Qualitätssicherungsrichtlinie bei der Prüfung schwierig interpretiert wird, die Versorgung nicht kostengerecht vergütet wird und das dann auch noch vom MDK nachgeprüft wird. Und selbst wenn wir Recht bekommen, sind wir mit Strafzahlungen behaftet. Das ist ein System, das es den Medizinern schwer macht, weil sie nicht nur für die Patienten kämpfen müssen, sondern auch noch mit der eigenen Geschäftsführung und mit den Krankenkassen, sodass wir da große Probleme haben. Im Privatsektor, muss man sagen, sind viele von den etablierten Lipödem-Privatkliniken von Investoren übernommen worden. Dort ist auch eine sehr schwierige Situation im Moment zu verzeichnen, die noch deutlich abrutscht.

Abg. Nicole Westig (FDP): Meine Frage geht auch an Herrn Prof. Dr. Hirsch. Es herrscht in weiten Teilen Einigkeit darüber, dass erhebliche Evidenzlücken im Bereich der Behandlung von Lipödem-Betroffenen bestehen. Welche Maßnahmen halten Sie für erforderlich, um Evidenzlücken gezielt zu schließen?

Prof. Dr. Tobias Hirsch: Wir brauchen mehr Daten, um Evidenzlücken zu schließen. Das ist völlig klar. Wir brauchen vor allem eine GKV-Versorgung für diese Patientinnen. Dann kommen wir auch an diese Daten. Dann gibt es eine strukturierte Versorgung und wir kommen an diese Evidenz heran. Diese Studien müssen auf verschiedensten Wegen

gefördert werden durch die Krankenkassen, durch die Fachgesellschaften, durch die Universitätsklinik. Aber nochmal, die Patientinnen kommen in Universitätsklinik etc. kaum an, weil die Versorgungssituation so ist, wie wir es gerade ausführlich gesehen und besprochen haben. Da ist deutlich zu fordern, dass wir in diesem Bereich Unterstützung bekommen, damit die Patientinnen bedarfsgerecht versorgt werden können. Wir hören es in den Statements, dass wir auch im Bereich des GKV-Verbandes oft nicht richtig unterscheiden zwischen Lip- und Lymphöden. Dass die Kosten sehr unterschiedlich interpretiert werden, haben wir auch gehört. Also auch da haben wir Daten, die wir relativ einfach generieren können, noch nicht vorliegen. Das müssen wir unbedingt forcieren.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Ich möchte gerne nochmal Herrn Dr. Podda ansprechen in seiner Funktion als Leiter der Erprobungsstudie. Herr Dr. Podda, wann könnten nach Ihrer Einschätzung gegebenenfalls Zwischenergebnisse der noch bis 2024 laufenden LIPEG-Studie vorliegen, um möglichst zeitnah die weitere Beratung im G-BA beginnen zu können?

Priv.-Doz. Dr. Maurizio Podda: Ich habe keine Interessenskonflikte. Im Prinzip ist das, was wir 2024 bekommen, eine Zwischenauswertung. Es ist die Auswertung des sogenannten primären Endpunkts. Das ist der Moment, wo das, wonach in der Studie gefragt wird, ausgewertet werden kann. Die Frage bei dieser Studie ist, wird der Schmerz bei den Patientinnen reduziert, also weniger im Vergleich Liposuktion versus komplexe physikalische Therapie? Das wird eine klare Antwort werden. Die kommt 2024. Erst danach werden wir alle anderen Dinge bekommen. Parallel dazu bekommen wir noch viele andere Antworten, weil wir noch andere Fragen gestellt haben. Aber der erste Moment, wo man auswerten kann, ist dieser. Vorher, das wäre statistisch nicht regelhaft, darf man das bei einer kontrollierten Studie gar nicht machen; die Daten mal angucken und schauen, wie sieht es denn aus? Das wäre schlichtweg statistisch falsch, denn manche werden aus irgendwelchen Gründen früher eingeschlossen, manche später. Die Zahlen wurden alle vorher genau bestimmt. Es eine Riesenzahl an Patientinnen, das muss man sich klar machen. In dieser Studie werden 450 Patientinnen untersucht,



150 pro Stadium, also jedes einzelne Stadium. Das ist wirklich viel. Wir behandeln schon sehr lange, weit über 20 Jahren Lipödem-Patientinnen am Klinikum Darmstadt. 450 sind eine Menge Patientinnen, das muss man klar sagen. Es ist vorher einfach nicht möglich, klare Aussagen zu treffen. Deshalb muss 2024 abgewartet werden.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Dr. Offermann. Dr. Offermann, nur falls es untergegangen ist, Sie sagten vorhin, die Heilungschancen sind im Stadium I und II sehr gut. Ich hätte gerne, dass Sie das noch einmal ausführen, weil ich das wirklich sehr, sehr wichtig finde. Vielleicht könnten Sie noch darauf eingehen, inwiefern diese Behandlung auch ambulant möglich wäre.

Dr. Michael Offermann: Lassen Sie mich Folgendes sagen: Das habe ich auch schon mehrfach so formuliert, nicht böse sein. Unserer Meinung nach gibt es keine konservative Therapie. Das ist ein „nice to have“; Kompressionsstrümpfe können die Spannung ein bisschen nehmen, die können die Schwellung ein bisschen nehmen. Aber die Lymphdrainage zum Beispiel ist beim Lipödem überhaupt nicht indiziert, weil das Lipödem eine trockene Erkrankung ist, es gibt keinerlei Flüssigkeit zwischen den Zellen. Die Holländer haben das schon vor Jahren aus den Empfehlungen herausgenommen. Wenn ich sage, das Stadium I und das Stadium II sind diejenigen, wo operiert werden muss, dann deswegen, weil ich an tausenden Patientinnen belegen könnte, dass sie danach geheilt sind. Mit anderen Worten: Je früher, desto besser, wegen der Beschwerden und wegen der Ausmaße. Denn im Stadium II braucht man in aller Regel schon zwei, drei, teilweise auch vier Operationen mehr als in Stadium I. Und, wir sprachen auch über hormonelle Beeinflussung, unseres Erachtens muss so früh wie möglich operiert werden. Wir operieren teilweise 14-, 15-, 16-Jährige, damit die bloß nicht, wenn sie 18 sind, in ein Stadium II kommen. Wir empfehlen dringend, vor einer Schwangerschaft zu operieren, weil man nie weiß, ob durch die Hormonumstellung in der Schwangerschaft nicht das Lipödem explodieren kann. Das Gleiche gilt für eine Menopause in dem Alter von 40, 45, 50. Das heißt, immer so früh wie möglich. Dann kann man die Patientinnen heilen. In Stadium III kann man niemanden mehr heilen und es geht niemals mehr ohne

Hautplastik. Das Wichtigste ist auch, selbst in einem Stadium I oder im Stadium II würden wir dringend dazu raten, keine übergewichtigen Patientinnen zu operieren, denn dann hat es möglicherweise nichts mehr mit Medizin zu tun, sondern veranlasst den Verdacht auf kosmetische Operationen. Das tun wir die ganzen Jahre nicht. Aber es sind im ersten Stadium ganz, ganz viele Patientinnen superschlank, haben trotzdem massive Beschwerden. Diese sind glücklich, wenn sie in einem so frühen Stadium von diesen Beschwerden befreit werden. Danach kommt das Lipödem nicht wieder, jedenfalls nicht im operierten Bereich.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ich möchte auch noch mal gerne auf Ihre langjährige Erfahrung, Dr. Offermann, zurückgreifen. Wir haben bis jetzt immer nur über Therapien gesprochen. Nur ganz kurz wurde erwähnt, dass die Ursachen unklar sind. Ich greife nochmal den Artikel aus der Pharmazeutischen Zeitung auf, Sie haben es eben angesprochen, wonach es vermutlich einen Zusammenhang mit Hormonveränderungen gibt. Sie sprachen aber eben davon, dass Sie die Erkrankung behandeln wollen, bevor Hormonveränderungen stattfinden. Können Sie aufgrund ihrer langjährigen Erfahrungen und aufgrund von Anamnesen sagen, dass diese Hormonveränderungen, Hormonschwankungen durch verschiedene Lebensphasen die Ursache sein könnten? Oder liegen da gar keine Erkenntnisse vor?

Dr. Michael Offermann: Nein, es tut mir leid, ich kann zwar aus sehr viel Erfahrung berichten, aber ich kann das nicht belegen. Wenn es um die Wahrscheinlichkeiten geht, dann ist die hormonelle Umstellung zum Beispiel mit 14, 15 oder wenn man die erste Pille nimmt, die Schwangerschaft oder die Menopause, ziemlich wahrscheinlich. Es gibt auch offensichtlich eine genetische Veranlagung. Wenn man bei manchen Familien hört, dass durch ganze Erbreichen alle Frauen betroffen waren, dann kann es eigentlich auch nur genetisch bedingt sein. Wir haben herausgefunden, dass bei uns bestimmt 75 Prozent aller Patientinnen Schilddrüsenprobleme haben. Dazu gibt es aber, wenn ich das richtig weiß, nur eine klitzekleine Untersuchung. Das müsste auch mal gecheckt werden. Aber wie gesagt, ich kann das leider nicht belegen. Aber sicher ist,



das Lipödem ist operativ therapierbar und deswegen sollte die Operation aus den verschiedensten Gründen, die ich eben erwähnt habe, so früh wie möglich durchgeführt werden und nicht die Stadien einfach in ein Desaster kommen lassen mit einem Stadium III. Und noch mal die Frage: Warum sollen die Krankenkassen so viel Geld bezahlen müssen?

Abg. **Saskia Weishaupt** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage würde an die Lipödem-Gesellschaft gehen, an Frau Effertz. Mich würde interessieren, wie Sie die aktuellen Therapien einschätzen, ob diese gut verfügbar sind, wie Kompressionswäsche und Lymphdrainagen oder auch der Zugang zu Reha-Maßnahmen.

Claudia Effertz (LipödemGesellschaft e. V.): Ich kann das aus der Sicht der Selbsthilfegruppenleitung und der Erfahrung aus den vielen Gesprächen mit Betroffenen benennen. Ich erlebe, dass die Zugänge zur konservativen Therapie, in dem Fall zur Lymphdrainage, schwierig sind, weil viele Praxen das nicht mehr anbieten. Ich habe bei vielen Frauen in den Gesprächen einen anderen Eindruck erhalten als das, was Sie, Dr. Offermann, gerade sagten. Es gibt Gewebe, das sich verhärtet und verknotet, auch wenn sich nicht sofort Wasser einlagert. Es gibt sekundäre Lymphödeme und es gibt schon eine deutliche Indikation. Es kommt meistens auf dem Therapieversuch an, dass die Frauen schauen, ob sie durch die Lymphdrainage Erleichterung verspüren. Die macht immer nur Sinn in Kombination mit einer Kompressionsversorgung. Da haben wir das Problem, dass nach der Leitlinie im Moment zwei Kompressionsversorgungen pro Jahr, also alle sechs Monate bezahlt werden. Die Kosten liegen bei einer Strumpfhose bei durchschnittlich 800 Euro, ich habe das extra nachgeschaut. Das Problem ist, dass das einfach viel zu wenig ist. Jede Frau muss jeden Abend, das ist nämlich notwendig, damit die Strumpfhose getragen werden kann, die Strumpfhose waschen. Das heißt, wenn jemand einen längeren Tag hat oder Schichtdienst arbeitet, muss der am Abend noch anderthalb Stunden warten, bis die Waschmaschine durch ist, muss zusehen, dass das Ding trocken wird, damit er am nächsten Tag die Kompression wieder tragen kann. Wir erleben, dass die

Krankenkassen momentan schon für Erstversorgung bei klarer Diagnose den Medizinischen Dienst einschalten, dass Frauen mit klarer Diagnose die Kompressionsbestrumpfung abgelehnt wird und dass das dann in Bezug auf Schmerzen und weitere Therapie sehr schwierig auszuhalten ist.

Abg. **Heike Engelhardt** (SPD): Ich habe eine Frage an Prof. Dr. Hirsch von der LipödemGesellschaft. Mich würde interessieren, ob Sie den Anteil der Patientinnen beziffern können, die wegen später Diagnose oder nicht rechtzeitiger Behandlung in ihrer Lebensführung so sehr eingeschränkt sind, dass sie ihrem Beruf nicht mehr nachgehen können und deshalb eine Umschulung brauchen. Gib es dazu signifikante Erkenntnisse, Zahlen?

Prof. Dr. Tobias Hirsch: Das kann man ganz klar und pauschal mit Ja beantworten. Das betrifft wahrscheinlich fast alle Patientinnen. Wir haben umfangreiche Studien durchgeführt, eigene Studien, die decken sich interessanterweise mit den Barmer-Daten. Wir sehen, dass es im Moment eine Diagnoseverzögerungen im Mittel von ungefähr 20 Jahren gibt. Die meisten Patientinnen, ein ganz großer Teil, berichten die ersten Symptome in der Pubertät und die Diagnose wird im Mittel mit 30, 40 Jahren gestellt. Das deckt sich auch mit den Operationszeitpunkten. Herr Offermann hat es schon berichtet, es gibt an vielen Stellen Missverständnisse auch bei den Kollegen, dass gesagt wird: Sie müssen weniger essen, mehr Sport machen und so weiter. Wir sehen bei ganz vielen Patientinnen, dass sie in ihrem Beruf strugeln. Ich habe Lehrerinnen, die sagen, sie können nicht über Kopf schreiben, weil sie das Lipödem an den Armen haben, und müssen deshalb die Schüler nach vorne rufen; Polizistinnen, die sagen, mit einer Kompressionshose kann ich nicht kontrollieren, ob meine Waffe noch im Holster steckt, ich kann nicht über Kniehöhe kicken, ich kann auf Streife nicht auf einer öffentlichen Toilette gehen. Das betrifft einfach wahnsinnig viele Frauen. Ich kann Ihnen noch mal sagen, wir haben bei 800 Patienten nach Schmerzen gefragt; da gibt es eine visuelle Analogskala: null gar kein Schmerz, zehn maximaler Schmerz, den man sich vorstellen kann. Wir haben eine Gruppe befragt, die nicht operiert wurde, da liegt die Schmerzempfindung mit 6,3 relativ hoch über dem Mittel; bei Patientinnen, die operiert wurden, lag



die Schmerzskala bei 6,2 vor OP und nach OP bei 2,3. Da sieht man, wie effektiv die Liposuktion ist. Diese konservativen Therapien können Schmerzen lindern, können Situationen verbessern, können aber nicht ursächlich helfen. Bei einer Patientin, die jugendlich ist und im Stadium I ist, können wir sehr effektiv liposuktionieren. Dann rutscht sie eben nicht ins Stadium II und Stadium III. Insofern kann man sagen: Alle Patientinnen, die im Stadium III sind, haben eine Therapieverzögerung erfahren, die nicht notwendig ist.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Meine Frage an Herr Dr. Offermann. Vielleicht noch mal zu der Frage, die ich vorhin gestellt hatte. Vielleicht können Sie noch mal etwas zu den ambulanten OPs sagen. Bei welchem Stadium I und II geht ambulant besser oder ist es auch bei Stadium III möglich? Damit man das nochmal auch in Bezug auf die Kosten ausführt.

Dr. Michael Offermann: Ich hatte gesagt, dass wir ein vertragsärztliches Zentrum sind. Wir beschäftigen uns zu 99 Prozent mit Gefäßkrankheiten, haben aber trotzdem Hunderte, Tausende von Lipödemem operiert, alle ambulant. Es gibt aus unserer Sicht, die wir ein Großteil der Gefäßpatienten operieren, Tausende im Jahr, in aller Regel keinen wirklichen Grund, die Patienten stationär zu operieren. Wir haben auch die Genehmigung von der KV, bis Stadium III zu operieren, aber das haben wir bis jetzt erst ein einziges Mal hingekriegt, weil alle Patientinnen viel zu übergewichtig waren. Mit anderen Worten: Man kann das natürlich stationär operieren. Wobei ich meine, das Bundessozialgericht hat komischerweise vor nicht allzu langer Zeit in dem Urteil gesagt: Wenn eine Operation ambulant möglich ist, darf das Krankenhaus diese nicht stationär abrechnen. Ambulant abrechnen darf es das sowieso nicht, weil es keine Leistung dafür gibt. Klar ist auch, die Kosten sind dennoch vergleichbar hoch, weil die Zeit, der Aufwand, das Personal, das dafür benötigt wird, enorm ist. Nichtsdestotrotz, die Patientinnen gehen in aller Regel bei uns allesamt zwei, maximal zweieinhalb Stunden später nach Hause und sollen rumlaufen. Denn wenn sie laufen, sind die Beschwerden, die sie haben, nur noch ähnlich wie Muskelkater. Wenn sie aber liegen, dann haben sie richtig heftige Beschwerden. Aus unserer Sicht gibt es, mit Ausnahmen, die die

Regel bestätigen, keinen Grund, stationär zu operieren, bei keinem der Stadien.

Die **amtierende Vorsitzende:** Damit sind wir am Ende unserer Anhörung angelangt. Vielen herzlichen Dank für die konzentrierten, zielführenden Fragen und vor allem Ihnen als Expert:innen ganz herzlichen Dank für Ihre Expertise, Ihre Erfahrung. Wir werden das jetzt im Ausschuss sorgfältig im Sinne der Betroffenen beraten und danken Ihnen sehr. Kommen Sie gut nach Hause und auf Wiedersehen.

Schluss der Sitzung: 15:57 Uhr

gez.
Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB
Amtierende Vorsitzende