

Bachelorarbeit
im Bachelorstudiengang
Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen
an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Neu-Ulm

Thema

Zugang neuer medizinischer Leistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung - mit Beispiel der Liposuktion

Erstkorrektor: Herr Prof. Roger Jaeckel
Zweitkorrektor: Herr Prof. Dr. Patrick Da-Cruz

Verfasser: Sarah Gruner (Matrikel-Nr.: 249339)

Thema erhalten: 01.06.2022
Arbeit abgegeben: 03.10.2022

Zusammenfassung

Diese Arbeit befasst sich mit dem Thema des Zugangs neuer medizinischer Leistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Dies wird am Beispiel des Verfahrens zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zur Liposuktion erörtert. Hierzu werden die Grundlagen des Gesundheitsmarktes, darin bestehende Informationsasymmetrien, den Versicherungsmärkten sowie der gemeinsamen Selbstverwaltung und deren Organe betrachtet. Wichtig ist der Vergleich des Verfahrens mit dem vorgegebenen Ablauf durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und die Betrachtung des Lipödems. Das Ergebnis der Arbeit ist die kritische Bewertung der langen Dauer eines solchen Verfahrens, unter anderem bedingt durch die Durchführung einer Erprobungsstudie aufgrund der unzureichenden Studienlage, sowie die darin bestehende Intransparenz aufgrund des komplexen Aufbaus.

Schlüsselworte: Leistungskatalog, Gesetzliche Krankenversicherung, Gemeinsamer Bundesausschuss, Liposuktion, Informationsasymmetrie.

Abstract

This thesis deals with the topic of the inclusion of new medical services in the catalog of services of the statutory health insurance funds. This is discussed using the example of the procedure for evaluating new examination and treatment methods for liposuction. For this, the basics of the health care market, the information asymmetries prevailing in it, the insurance markets as well as the joint self-management and its institutions will be examined. Important is the comparison of the procedure with the prescribed procedure by the Federal Joint Committee and the consideration of lipedema. The result of the work is the critical evaluation of the long duration of such a procedure, due, among other things, to the implementation of a trial study due to the insufficient study situation, as well as the existing in-transparency due to the complex structure.

Key Words: Catalog of services, Statutory Health Insurance, Federal Joint Committee, Liposuction, Information asymmetry.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis.....	VI
1 Einleitung.....	1
1.1 Gegenstand der Arbeit	1
1.2 Wissenschaftliche Einordnung	1
1.3 Aufbau der Arbeit	2
2 Begriffsbestimmung	3
2.1 Gesundheitsmarkt in Deutschland	3
2.2 Kennzeichen des Gesundheitsmarktes.....	5
2.3 Deutsches Krankenversicherungssystem	6
2.3.1 Zugang zum Gesundheitsmarkt.....	7
2.3.2 Abgrenzung Gesetzliche & Private Krankenversicherung	7
2.3.2.1 System der privaten Krankenversicherung	8
2.3.2.2 System der gesetzlichen Krankenversicherung	10
3 Die gesetzliche Krankenversicherung	12
3.1 Gemeinsame Selbstverwaltung.....	12
3.2 Teilhabende Organe.....	12
3.2.1 Bundesamt für Soziale Sicherung	13
3.2.2 GKV Spitzenverband	13
3.2.3 Deutsche Krankenhausgesellschaft	13
3.2.4 Kassenärztliche Bundesvereinigung	14
3.2.5 Gemeinsamer Bundesausschuss	14
3.2.6 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	16
3.3 Der Leistungskatalog.....	16
3.3.1 Ambulante Versorgung	17
3.3.2 Stationäre Versorgung.....	18

4 Zugang neuer Leistungen in den Leistungskatalog – Beispiel Liposuktion	19
.....	
4.1 Grundsätzliche Verfahrensabläufe	19
4.1.1 Voraussetzungen und Anforderungen an die Bewertung.....	19
4.1.2 Bewertungsverfahren.....	20
4.1.3 Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	21
4.1.4 Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	25
4.2 Definition Lipödem.....	25
4.2.1 Merkmale des Krankheitsbildes.....	26
4.2.2 Therapiemöglichkeiten.....	28
4.2.3 Studienlage Liposuktion	29
4.3 Bewertung der Methode Liposuktion bei Lipödem	30
4.3.1 Bewertungsverfahren nach §§ 135, 137c SGB V	31
4.3.2 Erprobung nach § 137e SGB V	33
4.3.3 Erprobungsstudie LIPLEG	34
4.3.4 Wiederaufnahme Bewertungsverfahren nach §§ 135, 137c SGB V	35
4.3.5 Aktueller Stand Verfahren nach §§ 135, 137c & 137e SGB V	38
5 Kritik und Perspektiven.....	39
6 Zusammenfassung und Fazit	42
Literaturverzeichnis.....	VII

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Dreiecksverhältnis deutscher Gesundheitsmarkt.	4
Abb. 2: Ablauf Methodenbewertung.	22
Abb. 3: Zeitlicher Verlauf Bewertung Liposuktion bei Lipödem.	31

Abkürzungsverzeichnis

Abb.:	Abbildung
BAnz:	Bundesanzeiger
BMG:	Bundesministerium für Gesundheit
BMI:	Body Mass Index
BSA:	Bundesamt für Soziale Sicherung
DKG:	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EBM:	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA:	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV:	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ:	Gebührenordnung für Ärzte
ICD:	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IQWiG:	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheits- wesen
KBV:	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KPE:	Komplexe Physikalische Entstauungstherapie
MDK:	medizinischer Dienst der Krankenkassen
o. S.:	ohne Seitenzahl
PKV:	Private Krankenversicherung
SGB V:	Fünftes Sozialgesetzbuch
Vgl.:	Vergleiche

1 Einleitung

Eine gute Gesundheitsversorgung ist für die Erhaltung der Gesundheit einer Gesellschaft von großer Bedeutung. Zentraler Punkt für eine bestmögliche Versorgung ist das Angebot von Gesundheitsleistungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Speziell der Zugang neuer medizinischer Methoden ist ein wichtiges Element, weshalb dessen Umsetzung in der Praxis in dieser Arbeit erörtert werden soll.

1.1 Gegenstand der Arbeit

In der folgenden Studienarbeit zum Gesundheitssystem soll die Gesundheitsversorgung in Deutschland speziell im Hinblick auf die gemeinsame Selbstverwaltung und die darin agierenden Organe, im Besonderen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der Beauftragung der Ausgestaltung des Leistungskatalogs für die gesetzlichen Krankenkassen, dargestellt werden. Zu diesem Zweck werden die grundlegenden Elemente des Systems erläutert.

Das erkenntnisleitende Interesse ist die Darstellung der praktischen Umsetzung des Verfahrens zum Zugang neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog der GKV. Anhand des Beispiels der Liposuktion bei der Erkrankung Lipödem soll die Komplexität und der Umfang eines solchen Verfahrens, mit Hintergrundwissen zum Lipödem, in der Praxis transparent gemacht und abschließend mit einigen Kritikpunkten betrachtet werden.

1.2 Wissenschaftliche Einordnung

Zentrales wissenschaftliches Element dieser Arbeit ist die Gesundheitsökonomie. Sie umfasst zudem einen Teil der Rechtswissenschaft mit den Grundlageregelungen im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V).

In Bezug auf die Thematik des Lipödems befasst sich die Arbeit mit Teilbereichen der Medizin wie den Stoffwechselstörungen¹, der Phlebologie² und der Lymphologie.³

¹ Vgl. ICD-Code (2022), o. S..

² Vgl. Phlebology.de (o. J.), o. S..

³ Vgl. Cornely (2007), S. 653.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in sechs Kapitel, innerhalb welcher das Forschungsthema erarbeitet werden soll. Zum grundlegenden Verständnis wird, nach der Einleitung in Kapitel eins, im zweiten Kapitel die Begriffsbestimmung vorgenommen. Dabei soll der Gesundheitsmarkt in Deutschland im Allgemeinen, das Kennzeichen dessen besonders im Hinblick auf Informationsasymmetrien und das darin bestehende zentrale System der Krankenversicherung betrachtet werden. Innerhalb der Krankenversicherung wird ein Blick auf den Zugang zum Gesundheitsmarkt sowie die Abgrenzung der privaten und gesetzlichen Versicherung, sowohl grundlegend als auch individuell, geworfen.

Das dritte Kapitel beschäftigt sich detaillierter mit dem System der GKV, da dieses für die vorliegende Arbeit von zentraler Bedeutung ist. Hierzu wird das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung und die daran teilhabenden Organe im Einzelnen erläutert. Zusätzlich sollen die wichtigsten Punkte des Leistungskatalogs für die ambulante und stationäre Versorgung separiert aufgezeigt werden.

Der Hauptteil im vierten Kapitel befasst sich mit dem Zugang neuer Leistungen in den vorher dargestellten Leistungskatalog am Beispiel der Liposuktion bei Lipödem. Zu diesem Zweck werden zunächst grundsätzliche Verfahrensabläufe, deren Voraussetzungen und Anforderungen und verschiedene Bewertungsmethoden, speziell die Bewertung und Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, vorgestellt. Auf dies folgt die Definition des Lipödems mit den, für das Verständnis der Arbeit, wichtigsten Punkten des Krankheitsbildes, der Therapiemöglichkeiten und der aktuellen Studienlage. Zuletzt wird der Ablauf der derzeitigen Bewertung der Liposuktion mit den wichtigsten Eckpfeilern des Verlaufs, der Einleitung der Bewertungsverfahren, das darauffolgende Erprobungsverfahren mit der zusammenhängenden Erprobungsstudie, der Wiederaufnahme der ursprünglichen Bewertungsverfahren und dem aktuellen Stand der Bewertungen erörtert.

In Kapitel fünf folgt eine kritische Betrachtung der erlangten Erkenntnisse mit Ideen zu Verbesserung.

Beendend erfolgt im letzten Kapitel eine Zusammenfassung der erworbenen Erkenntnisse über ein abschließendes Fazit zur betrachteten Thematik.

2 Begriffsbestimmung

Gesundheit lässt sich auf unterschiedliche Weisen bezeichnen. Die Weltgesundheitsorganisation definiert den Begriff in seiner Präambel zur Verfassung, dass ein Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens vorliegt und Krankheit oder Behinderung nicht nur abwesend sind.⁴

Die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit ist von essenzieller Bedeutung, aufgrund dessen ist das deutsche System rund um die Gesundheit sehr komplex und umfasst viele Regelungen und Vorschriften.

Grundlegend wird nun für das Verständnis der folgenden Arbeit ein kurzer Überblick über die wichtigsten Grundsäulen des deutschen Gesundheitsmarktes, sowie im Speziellen das Versicherungssystem mit seinen unterschiedlichen Ausprägungen gegeben.

2.1 Gesundheitsmarkt in Deutschland

Innerhalb der Gesundheitsökonomie wird der Gesundheitsmarkt betrachtet. Unter dem Umstand der Knappheit wird der Umgang mit Gütern und Dienstleistungen erörtert. Die knappen zeitlichen und finanziellen Ressourcen, welche speziell durch den demographischen Wandel begründet sind, sollen bestmöglich zur Versorgung der Gesellschaft eingesetzt werden. Der Demographische Wandel zeigt auf, dass es immer mehr ältere Menschen gibt, weshalb die Zahl der Beitragszahler⁵ sinkt aber hingegen die Höhe der Leistungsempfänger, welche versorgt werden müssen, wächst und somit die, in der Versicherung zur Verfügung stehenden, finanziellen Mittel geringer werden.⁶

Der Gesundheitsmarkt in Deutschland ist, im Gegensatz zum üblichen Markt, durch das Dreiecksverhältnis zwischen dem Versicherten, der Krankenkasse und dem Leistungserbringer geprägt. Anstelle von zwei, gibt es drei Parteien, welche an einer Leistung beteiligt sind. Die Erbringung der Leistung als Sach- oder Dienstleistung geschieht zwischen dem Leistungserbringer, das heißt beispielsweise dem Krankenhaus, der Arztpraxis oder der Apotheke und dem Patienten.

⁴ Vgl. Wendt (2013), S. 344.

⁵ Zur Vereinfachung wird im Verlauf der Arbeit die jeweils übliche Geschlechtsform angewandt.

⁶ Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (o. J.), o. S..

Der Leistungserbringer vollzieht die Leistung an dem Patienten, welcher die Leistung in Anspruch nimmt. Im Gegensatz zum üblichen Markt erfolgt die Bezahlung der in Anspruch genommenen Leistung jedoch dann meist durch die Krankenkassen.⁷



Abb. 1: Dreiecksverhältnis deutscher Gesundheitsmarkt.
Quelle: eigene Darstellung.

Zwischen dem Patienten und der Krankenkasse besteht ein Versicherungsverhältnis, was bedeutet, dass der Patient Beiträge an die Kasse zahlt und diese im Gegenzug bestimmte Kosten übernimmt. Einige Behandlungen oder Sachleistungen werden jedoch nicht übernommen und müssen von den Patienten selbst getragen werden.⁸

Aufgrund des vorliegenden Versicherungsverhältnisses, entsteht meist keine direkte Anbieter-Nachfrager Beziehung und somit keine Zahlungsverpflichtung des Patienten. Dies hat zur Folge, dass Patienten, welche in der GKV versichert sind, oft nicht wissen wieviel eine Gesundheitsleistung eigentlich kostet und ist verantwortlich für einer der Gründe, weshalb eine Regulierung des Leistungsangebots und der Wettbewerbsgegebenheiten notwendig ist.⁹

Hierfür steht das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit dem Gesundheitsminister an der Spitze der Gesundheitspolitik. Es ist zuständig für die Ausarbeitung von Gesetzesvorhaben, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften und ihm unterstehen einige aufgabenspezifische Institutionen wie beispielsweise die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und das Robert Koch-Institut.

⁷ Vgl. Auschra (2018), S. 57.

⁸ Vgl. Auschra (2018), S. 57.

⁹ Vgl. Auschra (2018), S. 58.

Außerdem unterliegen einige Organe der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen seiner Aufsicht. Das BMG gibt somit den gesetzlichen politischen Rahmen im Gesundheitswesen vor.¹⁰ Bei der Festsetzung genauer Regelungen und deren Durchführung unterliegt das Gesundheitswesen jedoch dem Prinzip der Selbstverwaltung, welches im Laufe der Arbeit noch einmal genauer erläutert wird.¹¹

2.2 Kennzeichen des Gesundheitsmarktes

Das Kennzeichen des gesamten deutschen Gesundheitsmarktes ist Marktversagen. Durch öffentliche Güter, ungleiche Informationen, das Vorliegen einer Marktmacht und Verteilungsungerechtigkeiten entsteht im allgemeinen Marktversagen.¹²

Auf dem Gesundheitsmarkt ist dies durch die im vorherigen Kapitel genannten speziellen Bedingungen im Gesundheitswesen sehr stark ausgeprägt.

Im Besonderen das Vorliegen von Versicherungsmärkten bei der sozialen Sicherung in Deutschland führt Marktversagen herbei, da dies von den üblichen ökonomischen Bedingungen abweicht.¹³

Besonders bedeutend für diese Arbeit ist das Vorliegen von Informationsasymmetrien auf dem Gesundheitsmarkt. Unter allen drei möglichen Anbieter-Nachfrager Beziehungen, der zwischen Arzt und Patient, Krankenkasse und Patient als auch zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer, liegt eine unterschiedliche Wissensbasis vor.¹⁴

Innerhalb der Beziehung zwischen Arzt und Patient unterliegt diese Informationsasymmetrie einer Double Moral Hazard Gefahr, da auf der einen Seite der Arzt umfangreicheres Wissen über die Möglichkeiten zur Behandlung besitzt, auf der anderen der Patient exakter weiß, durch welche Symptome sich sein Gesundheitszustand definiert und so können beide Parteien ihren jeweiligen Wissensvorsprung zu ihren Gunsten ausnutzen. Zudem kann der Patient als auch die Krankenkasse den Arzt in seiner Ausübung nicht direkt beobachten und in

¹⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020), S. 17.

¹¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020), S. 19.

¹² Vgl. Klodt et al. (2018), o. S..

¹³ Vgl. Klodt et al. (2018), o. S..

¹⁴ Vgl. Schneider (2002), S. 448.

anderer Richtung können Arzt und Krankenkasse nicht beobachten, wie das gesundheitsbezogene Verhalten zum Heilungserfolg des Patienten ist.¹⁵ Somit ist hier grundsätzlich eine Principal-Agent Beziehung vorhanden, welche auf den Informationsasymmetrien beruht.¹⁶

Auf Seiten der Krankenkasse liegt ebenfalls ein Wissensvorsprung vor. Sie verfügt gegenüber Patienten und Leistungserbringern über mehr Informationen zur Abrechnung und dem Nachfrageverhalten. Durch den Leistungskatalog verhindert sie überzogene Forderungen des Patienten und wirkt damit dem sittlichen Wagnis entgegen, welches durch den Versicherungsschutz entsteht, da Patienten keine direkte Zahlungsverpflichtung haben und somit in der GKV auch die Höhe der Kosten oft nicht kennen. Das medizinische Wissen des Arztes ermöglicht es ihm wiederum gegenüber der Krankenkasse Krankheitsbilder so darzustellen, dass sie durch den Leistungskatalog übernommen werden, obwohl dies eventuell nicht dem tatsächlichen Bild entspricht.¹⁷

Im Gegensatz zur GKV liegt in der Privaten Krankenversicherung (PKV) zusätzlich eine Adverse Selektion vor, da hier ein Versicherungsvertrag mit der oben beschriebenen vorliegenden Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Kasse geschlossen wurde, welche den Umfang der Leistungen regelt.¹⁸

Unter anderem auf diesen Faktoren beruht die hohe Komplexität und die damit verbundene nötige Regulierung.¹⁹

2.3 Deutsches Krankenversicherungssystem

Die Soziale Sicherung beruht in Deutschland auf den fünf Säulen der gesetzlichen Pflichtversicherungen innerhalb der Sozialversicherung. Der Krankenversicherung, Rentenversicherung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung und der Arbeitslosenversicherung.²⁰

Essenziell für diese Arbeit ist das Krankenversicherungssystem, weshalb dieses im Folgenden genauer betrachtet wird.

¹⁵ Vgl. Schneider (2002), S. 447-449.

¹⁶ Vgl. Erlei et al. (2018), o. S..

¹⁷ Vgl. Schneider (2002), S. 449.

¹⁸ Vgl. Raffelhüschen et al. (o. J.), o. S..

¹⁹ Vgl. Auschra (2018), S. 58.

²⁰ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021), o. S..

2.3.1 Zugang zum Gesundheitsmarkt

Seit 2009 besteht für jeden, der mehr als sechs Monate im Jahr in Deutschland lebt, die gesetzliche Pflicht sich hier im Land krankenversichern zu lassen.²¹ Über diesen Versichertenstatus hat jeder deutsche Staatsbürger den Zugang zum Gesundheitsmarkt. Ihm steht somit die freie Arztwahl, eine ambulante und stationäre Behandlung als auch die Versorgung mit Arzneimitteln zu.²²

Je nach Art seiner Versicherung ist der Patient damit kostenlos mit bestimmten Leistungen versorgt.

Die Aufsicht über beide Krankenkassenarten unterliegt dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), welches später noch einmal betrachtet wird.²³ Jedoch sind die beiden Versicherungssysteme in anderen Punkten voneinander abzugrenzen, da einige gravierende Unterschiede bestehen.

2.3.2 Abgrenzung Gesetzliche & Private Krankenversicherung

Die Möglichkeiten sich krankenversichern zu lassen beruhen auf dem dualen System der privaten und gesetzlichen Versicherung. Die Ursprünge liegen hier schon in den Jahren um 1883. Zu Zeiten von Bismarck wurde der Wunsch nach einer Krankenversicherung geweckt und innerhalb der Sozialreformen dann auch gegründet. Jedoch waren Nicht-Arbeitnehmer von diesem Schutz ausgeschlossen, weshalb das Bedürfnis nach einer privaten Krankenversicherung entstand.²⁴ Die GKV bezieht heute deutlich mehr Versicherte als die PKV. Derzeit sind etwa 73 Millionen Menschen in Deutschland gesetzlich krankenversichert, das entspricht 90% der Gesamtbevölkerung, demnach also dem größten Teil.²⁵ Dagegen sind nur etwas mehr als 10% privat krankenversichert, was in etwa neun Millionen Vollversicherten entspricht.²⁶

Im Jahr 2022 steht die Möglichkeit der Wahl, auf welche Weise man sich versichern lassen möchte nicht mehr jeder Person offen. Von der GKV in die PKV dürfen nur Bürger wechseln, welche nicht der Versicherungspflicht in der GKV

²¹ Vgl. pkv.de (o. J.b), o. S..

²² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020), S. 30-32.

²³ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (o. J.a), o. S..

²⁴ Vgl. pkv.de (o. J.b), o. S..

²⁵ Vgl. GKV-Spitzenverband (2022b), o. S..

²⁶ Vgl. pkv.de (o. J.b), o. S..

unterliegen. Dies sind Beamte, Selbstständige und Arbeitnehmer, bei welchen das Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt.²⁷

Die Versicherungspflichtgrenze legt fest, bis zu welchem jährlichen Einkommen man in der GKV versichert sein muss. Erst danach besteht das Wahlrecht, sich gesetzlich oder privat krankenversichern zu lassen. Diese Grenze wird jedes Jahr aufs Neue bundeseinheitlich anhand der Einkommensentwicklung angepasst. Im Jahr 2022 liegt diese bei einem jährlichen Einkommen von 64.350 Euro, was einem Monatsgehalt von 5.362,50 Euro entspricht.²⁸

Zwischen den Systemen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung bestehen einige wichtige Unterschiede hinsichtlich Struktur und Leistung. Diese umfassen die Bemessung der Beitragszahlungen, die Grundlage des Honorars der Ärzte, die Art der Bezahlung der anfallenden Kosten, die Voraussetzungen zur Aufnahme in die Kasse als auch den Umfang und das Zustandekommen des Leistungskatalogs.²⁹

Im Folgenden werden die beiden Systeme vorgestellt, um so die wichtigsten Unterschiede der beiden Versicherungen hervorzuheben.

2.3.2.1 System der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung können sich, wie im vorherigen Abschnitt genannt, nur bestimmte Personen versichern lassen. Dadurch setzt sich die Versichertenstruktur zu etwa dreiviertel aus Beamten, Pensionären, Selbständigen und Arbeitnehmern zusammen. Der übrige Anteil besteht aus Rentnern, Arbeitslosen, Studenten und sonstigen Nichterwerbstätigen.³⁰

Zudem besteht für private Kassen keine Aufnahmepflicht sowohl beim Wechsel innerhalb der PKV als auch von GKV zu PKV. Die Kasse prüft auf Grundlage eines Aufnahmeantrags die Bedingungen des Antragstellers und kann aus Gründen, wie beispielsweise dem Alter oder bestimmten risikoreichen Vorerkrankungen, die Aufnahme ablehnen. Es besteht auch die Möglichkeit, dass ein

²⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2022c), o. S..

²⁸ Vgl. Die Bundesregierung (2022), o. S..

²⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2022c), o. S..

³⁰ Vgl. PKV-Wiki (2022), o. S..

Vertrag mit Ausschluss bestimmter Fälle oder einem Risikoprämienzuschlag geschlossen wird.³¹

Auf dieser Grundlage ist auch das Prinzip der Beitragsbemessung zur Finanzierung der PKV aufgebaut. Nach dem Äquivalenzprinzip hängt die Höhe der zu zahlenden Prämie vom individuellen Risiko und dem Umfang der versicherten Leistungen ab.³²

Im Gegenzug zu den Beiträgen erfolgt die Erstattung der Kosten nach dem Kostenerstattungsprinzip. Der Versicherte zahlt hierbei die anfallenden Kosten zunächst selbst und reicht dann die Rechnung bei seiner Kasse ein, welche nach Rechnungsprüfung den Betrag zurückerstattet. Die Höhe richtet sich dabei nach den Leistungen welche vertraglich festgehalten sind. Ein großer Vorteil dieses Prinzips ist, dass hier ein transparenteres Kostensystem vorliegt. Der Versicherte weiß genau wieviel seine Behandlung kostet und dadurch was er aus seiner Versicherung tatsächlich erhält.³³

Die Rechnungserstellung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Sie gibt den Rahmen vor und unter Berücksichtigung der individuellen Behandlungsparameter ergeben sich dann die Gebühren für die Behandlung.³⁴

Aufgrund des Kostenerstattungsprinzips ergibt sich in der PKV auch ein leichter Zugang zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Die neuen Leistungen unterliegen bei der Ausführung nicht der Prüfpflicht oder einem Genehmigungsvorbehalt, es wird erst bei der Abrechnung geprüft, welche Leistungen von der Kasse übernommen werden und welche nicht. Außerdem unterliegt die Anwendung medizinischer Innovationen auch keiner Budgetierung für den Arzt. Aufgrund dessen ist die Frage nach dem Zugang zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für privat Versicherte weniger kompliziert wie für gesetzlich Versicherte.³⁵

Zusätzlich zu den beschriebenen Versicherungsmerkmalen sind zur Abgrenzung noch besondere Leistungsmerkmale hervorzuheben. Privat Versicherte haben die Möglichkeit unter allen ambulant tätigen Ärzten frei zu wählen und haben

³¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2022c), o. S..

³² Vgl. derprivatpatient.de (2022), o. S..

³³ Vgl. Krankenkassenzentrale (2022), o. S..

³⁴ Vgl. pkv.de (o. J.a), o. S..

³⁵ Vgl. pkv.de (o. J.c), o. S..

dabei den Status Privatpatient, weshalb sich ihre Wartezeit in der Praxis als auch bei der Terminvergabe verkürzt. Auch im stationären Bereich haben sie die Möglichkeit unter allen Krankenhäusern frei zu wählen. Zudem steht ihnen sowohl eine Chefarztbehandlung als auch die Belegung eines Ein- oder Zweibettzimmers zu.³⁶

2.3.2.2 System der gesetzlichen Krankenversicherung

Die GKV ist die deutlich Größere der beiden Versicherungsarten. Wie oben genannt sind fast 90% der Gesamtbevölkerung gesetzlich versichert. Diese teilen sich im Jahr 2022 auf 97 Kassen auf. Die meisten dieser Kassen fallen unter die Betriebskrankenkassen (BKKs) in welcher 15% der Versicherten versichert sind. Die meisten Versicherten haben jedoch die Ersatzkassen (EKs) mit rund 38% und die Ortskassen (AOKs) mit 37%.³⁷

Das Grundprinzip bei der Beitragsbemessung der GKV ist das Solidarprinzip. Hierbei richten sich die zu zahlenden Beiträge nach den jeweiligen finanziellen Möglichkeiten der Mitglieder wie dem Einkommen oder anderen beruflichen Stati z.B. als Student oder Arbeitsloser. Zudem sind Familienangehörige bis zu bestimmten Grenzen beitragsfrei mitversichert.³⁸

Die Bemessung des Beitrags nach dem Einkommen unterliegt der Beitragsbemessungsgrenze. Sie legt fest, bis zu welchem jährlichen Bruttoeinkommen die Beitragsbemessung erfolgt. Einkommen ab diesem Betrag fließt nicht mehr in die Bemessung mit ein und führt demnach also nicht mehr zu einer Änderung des zu zahlenden Beitrags. Im Jahr 2022 liegt diese Grenze bei 58.050 Euro. Wie auch die Versicherungspflichtgrenze wird sie jedes Jahr aufs Neue von der Bundesregierung angepasst.³⁹

Durchschnittlich lag der Beitragssatz im Jahr 2020 bei 14,6 Prozent. Die Krankenkasse hat zudem die Möglichkeit einen Zusatzbeitrag von einem Prozent zu erheben. Der Arbeitgeber übernimmt dabei von beiden Beiträgen die Hälfte. Wer mehr verdient zahlt demnach auch mehr, dies ist das Grundprinzip des

³⁶ Vgl. Nobilitas (2022), o. S..

³⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2022a), o. S..

³⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2022b), o. S..

³⁹ Vgl. Die Bundesregierung (2022), o. S..

Solidaritätsprinzips. Jeder erhält dann aber dieselben Gesundheitsleistungen, welche sich nach den einheitlichen Leistungskatalogen richten. Somit ist sichergestellt, dass jeder gut versorgt ist, egal ob er viel oder wenig verdient.⁴⁰

Die Abrechnung erfolgt in der GKV im Gegensatz zur PKV nach dem Sachleistungsprinzip also direkt mit der Krankenkasse. Die Versicherten müssen nicht in Vorleistung gehen, sondern die Rechnung wird direkt an die Kasse eingereicht. Dadurch erhalten sie eine für sie kostenfreie Versorgung von Leistungen, welche über den Leistungskatalog abgerechnet werden darf.⁴¹

Die Finanzierung der GKV erfolgt über einen Gesundheitsfonds. Alle Beiträge der Versicherten aller Kassen, Steuerzuschüsse vom Staat, Beiträge der Bundesagentur für Arbeit und Beiträge der Rentenversicherung von Arbeitslosen und Rentnern werden in den Gesundheitsfonds eingezahlt. Hier haben die Kassen über den Zusatzbeitrag, welcher kassenabhängig erhoben wird, noch die Möglichkeit eines Wettbewerbs untereinander.⁴²

Zur Versorgung ihrer Versicherten erhalten die Kassen einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Dieser wird jedes Jahr für die einzelnen Kassen neu, anhand der vorliegenden Daten zur Krankheitslast der Versicherten, festgelegt.⁴³ Er soll das Risiko der Versicherungen aufteilen und so einen fairen Wettbewerb zwischen den Kassen herstellen.⁴⁴

Im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung dürfen gesetzlich Versicherte nur unter den Ärzten mit Kassenzulassung, den Vertragsärzten, wählen. Sie werden als Kassenpatient mittels der Elektronischen Gesundheitskarte behandelt und es besteht eine Überweisungspflicht an Fachärzte sowie stationäre Einrichtungen. Somit bestimmt auch der überweisende Arzt das Krankenhaus mittels seiner Einweisung. Gesetzliche Versicherte haben bei der Krankenhausbehandlung keinen Anspruch auf eine bestimmte Arztbehandlung und werden in Mehrbettzimmern untergebracht.⁴⁵

⁴⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020), S. 9.

⁴¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020), S. 10.

⁴² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020), S. 26-27.

⁴³ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (o. J.b), o. S..

⁴⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020), S. 25.

⁴⁵ Vgl. Nobilitas (2022), o. S..

3 Die gesetzliche Krankenversicherung

Im Folgenden wird das System der Gesetzlichen Krankenversicherung im Zuge der gemeinsamen Selbstverwaltung mit den daran teilhabenden Organen und der Thematik des Leistungskatalogs genauer dargestellt.

3.1 Gemeinsame Selbstverwaltung

Das Gesundheitssystem steht, wie in der Begriffsbestimmung schon angesprochen, aufgrund der Komplexität und den vielen unterschiedlichen Interessen der einzelnen Akteure, unter der Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Dies bedeutet im Genauen, dass der Staat nur die Rahmenbedingungen und Aufgaben durch Gesetze und Verordnung zur medizinischen Versorgung vorgibt, wie dies umgesetzt, organisiert und ausgestaltet wird überlässt der Gesetzgeber hingegen den am System Beteiligten.

Eine zentrale Aufgabe innerhalb der GKV ist hier die Entscheidung, welche medizinischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Therapien und Arzneimittel von dieser finanziert werden.⁴⁶

Zusätzlich wird innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung eine Bedarfsplanung erstellt. Diese soll die haus- und fachärztliche flächendeckende Versorgung sicherstellen.⁴⁷

Die Aufgaben liegen verteilt bei den einzelnen Organen und Interessenvertretungen der beteiligten Akteure. Das zentrale Entscheidungsgremium ist jedoch der G-BA.⁴⁸

3.2 Teilhabende Organe

An der Aufrechterhaltung und Umsetzung des Systems haben einige verschiedene Organe teil. Dies schließt das Bundesamt für Soziale Sicherung, den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), den Gemeinsamen Bundesausschuss sowie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ein.

⁴⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020), S. 10.

⁴⁷ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.b), o. S..

⁴⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020), S. 10.

3.2.1 Bundesamt für Soziale Sicherung

Die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Krankenkassen unterliegt dem Bundesamt für Soziale Sicherung. Hierbei arbeitet es eng mit dem BMG zusammen. Unter die Aufsicht fällt im Rahmen der Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen die Überwachung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, die Verwaltung der Gesundheitsfonds sowie die Durchführung des Risikostrukturausgleichs. In diesem Rahmen wird auch die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung durch das BAS geprüft.⁴⁹

3.2.2 GKV Spitzenverband

Der GKV-Spitzenverband ist ein Zusammenschluss der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland und vertritt als zentrale Interessenvertretung deren Interessen gegenüber Kassenärzten, Kliniken und Apotheken.⁵⁰

Er übernimmt zusätzlich die Aufgabe der Mitgestaltung der Rahmenbedingungen in der Gesundheits- und Pflegeversorgung. Außerdem ist er für grundsätzlich Finanzierungsfragen verantwortlich, worunter unter anderem die Aufgabe der Vereinbarung von Vergütungsgrundsätzen im ambulanten als auch stationären Bereich fällt.⁵¹

3.2.3 Deutsche Krankenhausgesellschaft

Die Interessen der Krankenhäuser werden ebenfalls nicht individuell, sondern über Verbände vertreten. Der Zusammenschluss dieser Landeskrankhausgesellschaften definiert sich in der Deutschen Krankenhausgesellschaft.⁵²

Im Rahmen Ihrer gesetzlichen Aufgaben zur Selbstverwaltung sichert sie die Erhaltung und Verbesserung der Leistungsqualität der Krankenhäuser, indem sie das Vergütungssystem, sowie die Sicherung der Qualität im stationären Bereich der Krankenhäuser mitgestaltet. Sie ist zusätzlich Mitglied im G-BA.⁵³

⁴⁹ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (o. J.a), o. S..

⁵⁰ Vgl. GKV-Spitzenverband (2022a), o. S..

⁵¹ Vgl. GKV-Spitzenverband (2020), o. S..

⁵² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020), S. 20.

⁵³ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (o. J.), o. S..

3.2.4 Kassenärztliche Bundesvereinigung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist der Dachverband aller Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder in Deutschland.⁵⁴

Sie ist demnach für die ambulante Versorgung tätig und vertritt im Gegensatz zum GKV-Spitzenverband und der DKG in ihrem Auftrag der Interessenvertretung die Interessen der Vertragsärzte. In diesem Auftrag verhandelt sie alle Rahmenbedingungen mit der Politik sowie den Krankenkassen, um die niedergelassene Versorgung für Ärzte attraktiv zu gestalten.⁵⁵

Sie ist in der gemeinsamen Selbstverwaltung an der Bewertung des Nutzens neuer medizinischer Leistungen beteiligt, organisiert die flächendeckende wohnortnahe Gesundheitsversorgung auf Bundesebene und regelt die Bedarfsplanung der Ärzte in den einzelnen Regionen, um somit den Zugang zur Versorgung wie auch eine freie Arztwahl zu gewährleisten.⁵⁶ Damit stellt sie sicher, dass alle gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland dieselbe medizinische Betreuung erhalten. Dies versteht man unter dem Sicherstellungsauftrag der KBV.⁵⁷

Sie vereinbaren zusätzlich noch den Punktwert zur Abrechnung über den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit den Krankenkassen.⁵⁸

3.2.5 Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das Oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung.⁵⁹ Er unterliegt den Vorgaben des Fünften Sozialgesetzbuch.⁶⁰ Zudem wird er rechtlich durch das Bundesministerium für Gesundheit geprüft.⁶¹

Der G-BA sorgt dafür, dass Patienten und Patientinnen durch den Leistungskatalog nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse behandelt werden. Dabei prüft und legt dieser die Leistungen fest, welche von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Das Ergebnis ist der

⁵⁴ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (o. J.d), o. S..

⁵⁵ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (o. J.a), o. S..

⁵⁶ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (o. J.c), o. S..

⁵⁷ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (o. J.b), o. S..

⁵⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2016a), o. S..

⁵⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2016b), o. S..

⁶⁰ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.e), o. S..

⁶¹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.a), o. S..

Beschluss von Richtlinien, welche als untergesetzliche Normen für alle Akteure in der GKV rechtlich bindend sind.⁶² Er erfüllt zudem Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements und -sicherung in der vertragsärztlichen und stationären Versorgung.⁶³

Das Entscheidungsgremium des G-BA besteht aus 13 Mitgliedern und setzt sich aus fünf Vertretern des GKV-Spitzenverbands, fünf Vertretern der DKG und der KBV, sowie drei unparteiischen Mitgliedern zusammen. Einem der drei unparteiischen Mitgliedern steht der Vorsitz zu.⁶⁴ Vertreter aus Patientenorganisationen haben ein Antrags- und Mitberatungsrecht, jedoch kein Stimmrecht.⁶⁵

Die Ordnungsgrundlagen des G-BA finden sich in der Verfahrens- und der Geschäftsordnung.⁶⁶

Jedem Mitglied steht bei Entscheidungen innerhalb einer der ein- bis zweimal im Monat stattfindenden, öffentlichen Tagung grundsätzlich eine Stimme zu. Dies weicht nur ab, wenn Beschlüsse einen oder zwei Leistungssektoren allein betreffen. In diesem Fall erhalten die Vertreter anteilig mehr Stimmen, was in der Geschäftsordnung festgehalten ist. Prinzipiell fällt eine Entscheidung, wenn sich sieben Mitglieder einig sind.⁶⁷

Zur Vorbereitung ihrer Entscheidungen setzt das Plenum neun Unterausschüsse an. Jedem Unterausschuss unterliegt ein Themenfeld. Sie setzen sich, wie das Entscheidungsgremium, durch ein unparteiisches Mitglied, welches den Vorsitz innehält, sechs vom GKV-Spitzenverband sowie sechs von DKG und KBV, KZBV, also den Leistungserbringern, ernannten Mitgliedern zusammen. Patientenvertretungen nehmen auch hier mitberatend an den ausschließlich nicht-öffentlichen Sitzungen teil. Zusätzlich werden, je nach dem zu fassenden Beschluss, noch Vertreter anderer Organisationen, Verbände und Sachverständige hinzugezogen.⁶⁸

⁶² Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.a), o. S..

⁶³ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.a), o. S..

⁶⁴ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.e), o. S..

⁶⁵ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.g), o. S..

⁶⁶ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.a), o. S..

⁶⁷ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.e), o. S..

⁶⁸ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.f), o. S..

3.2.6 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Institution, welche ausschließlich im Auftrag des G-BA oder BMG und im Selbstauftrag handelt.⁶⁹

Das IQWiG erstellt auf der Grundlage von Studien evidenzbasierte Gutachten, um den Schaden und Nutzen von medizinischen Maßnahmen zu untersuchen. Hierunter fallen unter anderem Arzneimittel und nichtmedikamentöse Behandlungs- und Untersuchungsmethoden. Das Institut stellt auch Gesundheitsinformationen für Bürger bereit. Der Grundgedanke der unabhängigen Institution ist die Bereitstellung des Wissens für alle Beteiligten am Gesundheitswesen, um die Möglichkeit zu geben, informierte Entscheidungen zu treffen. So wird auch mehr Transparenz im Gesundheitswesen geschaffen.⁷⁰

Bei der Zusammenarbeit zwischen dem G-BA und dem IQWiG beauftragt der G-BA das Institut zu Empfehlungen für spezielle Bewertungen, um so Grundlagen für Entscheidungen und Bewertungen zu schaffen.⁷¹

Der Auftrag des IQWiG ist in § 139a SGB V festgehalten und beschreibt das oben Beschriebene.⁷²

3.3 Der Leistungskatalog

Der Begriff des Leistungskatalogs kann für Bürger sehr schnell irreführend sein und ist einer der Punkte, weshalb im Gesundheitswesen die oben beschriebene Intransparenz und Informationsasymmetrie stark ausgeprägt ist. Ein Katalog im Sinne des Wortes existiert nämlich nicht. Grundlagen aller Bestimmungen innerhalb des Leistungskatalogs der GKV sind nur als Rahmenrecht im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgegeben. Laut diesem Gesetz hat der Versicherte Anspruch auf eine ausreichende, bedarfsgerechte und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Versorgung entsprechende medizinische Leistung. Zudem müssen sie dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen, somit ausreichend,

⁶⁹ Vgl. IQWiG (o. J.b), o. S..

⁷⁰ Vgl. IQWiG (o. J.a), o. S..

⁷¹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 17.

⁷² Vgl. § 139a SGB V.

zweckmäßig und wirtschaftlich sein und sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.⁷³

Der genaue Leistungsanspruch wird im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung vom G-BA in Richtlinien für jeweils unterschiedliche Leistungsbereiche genauer konkretisiert. Diese Richtlinien sind für alle Teilnehmer am Gesundheitssystem verbindlich. Die daraus erschlossenen abrechnungsfähigen Leistungen zu Lasten der GKV werden im EBM mit ihrer Vergütung festgehalten.⁷⁴

Ausnahme ist in gewissen Fällen das Vorliegen einer lebensbedrohlichen, regelmäßig tödlichen oder einer wertmäßig vergleichbaren Erkrankung für welche keine geeignete anerkannte Leistung vorliegt, jedoch eine Methode, welche eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung besitzt. Hier kann der Versicherte auch eine vom G-BA nicht anerkannte Leistung zu Lasten der GKV beanspruchen.⁷⁵

Dies gilt sowohl für den ambulanten als auch stationären Bereich. Jedoch unterscheidet sich die Durchführung von Leistungen der GKV in den beiden Sektoren generell grundlegend.⁷⁶

3.3.1 Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung umfasst die Leistungen, welche von niedergelassenen Ärzten erbracht werden. Dies betrifft Versorgungen außerhalb der Kliniken aber auch in Klinikambulanzen oder von Belegärzten innerhalb eines Krankenhauses erbrachte Behandlungen.⁷⁷

Niedergelassene Ärzte müssen eine Zulassung als Vertragsarzt besitzen, um gesetzlich Krankenversicherte nach dem Leistungskatalog behandeln und abrechnen zu dürfen. Diese Zulassung bedeutet, dass der Arzt Mitglied in einer Kassenärztlichen Vereinigung ist. Die Zulassung ist zusätzlich an den Praxisstandort gebunden, da sie Teil der Bedarfsplanung in der jeweiligen KV-Region ist.⁷⁸

⁷³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2016b), o. S..

⁷⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2016b), o. S..

⁷⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2016b), o. S..

⁷⁶ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.d), o. S..

⁷⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020), S. 30.

⁷⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020), S. 31.

Leistungen dürfen in diesem Bereich von Vertragsärzten erst dann angeboten werden, wenn sie vom G-BA geprüft wurden und ihr Einsatz für die Patienten, speziell im ambulanten Bereich, für nutzbringend, notwendig und wirtschaftlich befunden wurde. Der Einsatz neuer Methoden steht hier demnach unter dem Erlaubnisvorbehalt, welcher durch das oben Genannte definiert ist.⁷⁹

3.3.2 Stationäre Versorgung

Die stationäre Behandlung erfolgt innerhalb von Krankenhäusern. Kliniken dürfen sowohl privat als auch gesetzlich Versicherte per Überweisung aufnehmen und behandeln. Jedoch können nur zur gesetzlichen Versorgung zugelassene Einrichtungen Patienten nach dem Leistungskatalog abrechnen.⁸⁰

Im Gegensatz zur ambulanten Versorgung steht der Einsatz von Leistungen in der stationären Versorgung unter dem Verbotsvorbehalt. Dies bedeutet, dass Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der GKV erbracht werden können, solange sie nicht durch eine Richtlinie des G-BA ausgeschlossen wurden.⁸¹

⁷⁹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.d), o. S..

⁸⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020), S. 31.

⁸¹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.d), o. S..

4 Zugang neuer Leistungen in den Leistungskatalog – Beispiel

Liposuktion

Das folgende Kapitel beschäftigt sich genauer mit der Thematik, wie neue Leistungen, im Speziellen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden.

Dies wird am Beispiel des aktuell laufenden Verfahrens der Bewertung der Liposuktion bei Lipödem veranschaulicht.

4.1 Grundsätzliche Verfahrensabläufe

Um neue Diagnose- oder Therapieverfahren in den Leistungskatalog aufzunehmen, wird vom G-BA geprüft, ob diese den Anforderungen nach SGB V genügen und somit ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind.⁸²

4.1.1 Voraussetzungen und Anforderungen an die Bewertung

Alle Voraussetzungen und Anforderungen an Verfahren des G-BA sind in der Verfahrensordnung festgelegt. Hier werden nun die wichtigsten Punkte zur Prüfung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden genannt.

Als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode gelten Leistungen, welche bisher nicht als abrechnungsfähige Leistung im EBM enthalten sind.⁸³

Grundsätzliche Voraussetzungen zur Erbringung neuer Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, sind vor der Bewertung zum einen ein der Verfahrensordnung entsprechender Antrag sowie die Einhaltung der rechtlichen Grundlagen in der ambulanten Versorgung des Erlaubnisvorbehalts, in der stationären Versorgung des Verbotsvorbehalts.⁸⁴

Zum anderen müssen andere Finanzierungsmöglichkeiten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden geprüft werden wie zum Beispiel der Möglichkeit des NUB-Verfahrens nach § 6 Absatz 2 KHEntgG für den stationären Sektor oder das Modellvorhaben nach § 36ff SGB V.⁸⁵

⁸² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2016b), o. S..

⁸³ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 38.

⁸⁴ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2013), o. S..

⁸⁵ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2013), o. S..

Innerhalb der Bewertung prüft der G-BA neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach den Bewertungskriterien des Nutzens, der medizinische Notwendigkeit sowie der Wirtschaftlichkeit. Dabei sind wesentliche Aspekte zur Prüfung des Nutzens die Abwägung dessen gegen die Risiken, die Bewertung erwünschter und unerwünschter Folgen, die Wirksamkeit mit Blick auf patientenrelevante Eckpunkte, wie der Morbidität und der Lebensqualität sowie der Vergleich dieser Aspekte mit anderen Methoden des gleichen Ziels. Aspekte zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit sind die Relevanz der medizinischen Problematik für die Patienten, therapeutische Alternativen sowie der Verlauf der Erkrankung. Zuletzt stehen noch Aspekte zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Methode an. Hierunter fallen sowohl die Kostenschätzung und Kosten-Nutzenabwägung bei den einzelnen Patienten sowie diese in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten und im Vergleich zu anderen Methoden.⁸⁶

Zur evidenzbasierten Nutzenbewertung erfolgt eine Literaturrecherche des IQWiG, einer anderen unabhängigen Institution oder einer Geschäftsstelle des G-BA selbst, welche den Nutzen durch qualitativ hochwertige Unterlagen belegen soll. Diese muss spätestens ein Jahr nach Beauftragung abgeschlossen sein.⁸⁷

Die Auswertung der Unterlagen zur Feststellung des aktuellen medizinischen Standes erfolgt dann anhand Nachweisen zur Evidenzstufe, wobei die Einteilung genau in der Verfahrensordnung festgehalten ist.⁸⁸

Auf dieser Grundlage erfolgt das Bewertungsverfahren.

4.1.2 Bewertungsverfahren

Es bestehen unterschiedliche Bewertungsverfahren und Regelungen, nach welchen der G-BA neue Leistungen prüft. Dies ist in der Verfahrensordnung festgelegt und kann sich in den Einzelfällen sehr stark unterscheiden.⁸⁹

Die wichtigsten Bewertungsfahren sind unter anderem die Nutzenbewertung nach § 35a SGB V bei der Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen

⁸⁶ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 46.

⁸⁷ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 44.

⁸⁸ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 47.

⁸⁹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.a), o. S..

Wirkstoffen. Außerdem die Verfahren nach § 37h SGB V zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten einer hohen Risikoklasse und zuletzt Verfahren nach §§ 135, 137c und 137e SGB V, nach welchen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bewertet und erprobt werden.⁹⁰ Die zuletzt genannten sind in dieser Arbeit von großer Bedeutung.

Regelungen nach § 135 SGB V beschreiben hierbei die Bewertung von Methoden für die vertragsärztliche Versorgung und beziehen sich somit auf den ambulanten Bereich.⁹¹

§ 137c SGB V ist hingegen auf Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus ausgerichtet, bezieht sich somit auf die stationäre Versorgung.⁹²

In den beiden Artikeln wird jeweils vorgegeben, unter welchen Voraussetzungen eine neue Methode in den Leistungskatalog aufgenommen werden kann und wie diese vom G-BA zu bewerten und prüfen ist.⁹³

Der § 137e SGB V kommt bei der sektorenübergreifenden Bewertung zum Tragen. Dieser regelt das Vorgehen zur Erprobung neuer Methoden.⁹⁴

4.1.3 Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Die Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für den stationären als auch ambulanten Bereich hat bestimmte Schritte einzuhalten, welche in einer Verfahrensordnung des G-BA konkretisiert festgehalten wurden.

Auslöser eines Bewertungsverfahrens ist meist ein Antrag durch einen gesetzlichen Antragsberechtigten. Darunter fallen unter anderem die DKG und der GKV-Spitzenverband sowie die KBV. Gesetzlich Antragsberechtigt sind auch die drei unparteiischen Mitglieder des G-BA sowie die maßgeblich anerkannten Patientenorganisationen. Jede KV kann zudem einen Antrag zur Bewertung im ambulanten Bereich stellen.⁹⁵

Zur Anerkennung des Antrags ist in diesem die neue Methode mit Indikationen und indikationsbezogenen Zielsetzungen zu beschreiben. Der therapeutische

⁹⁰ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.c), o. S..

⁹¹ Vgl. § 135 Absatz 1 SGB V.

⁹² Vgl. § 137c SGB V.

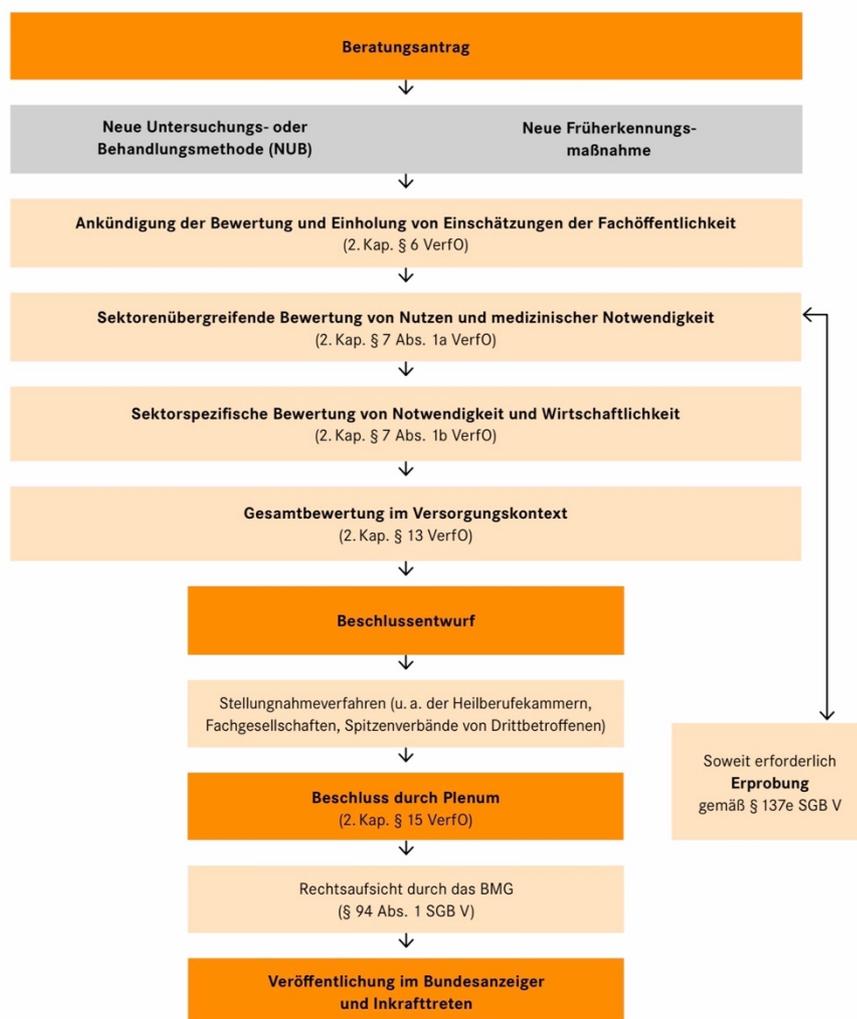
⁹³ Vgl. §§ 135, 137c SGB V.

⁹⁴ Vgl. § 137e SGB V.

⁹⁵ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 41-42.

und diagnostische Nutzen und die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit verglichen mit bestehenden erbrachten Methoden muss durch indikationsbezogene Literatur fundiert begründet werden. Zudem sind noch Angaben zur Relevanz der Methode sowie Dringlichkeit der Prüfung zu machen.⁹⁶

Es besteht noch ein weiterer Auslösegrund für eine Methodenbewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Durch den Antrag eines Hilfsmittels des GKV-Spitzenverbandes, welches nachgewiesenermaßen untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuch- und Behandlungsmethode ist. Nach Prüfung des G-BA wird automatisch ein Verfahren eingeleitet.⁹⁷



Grafik: G-BA

Abb. 2: Ablauf Methodenbewertung.

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss (2017a), o. S..

⁹⁶ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 42.

⁹⁷ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 40-41.

In Abbildung 2 wird der Ablauf einer Methodenbewertung veranschaulicht dargestellt.

Wie bereits bekannt, beginnt dieser Prozess mit dem sogenannten Beratungsantrag zu einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode. Wie an der Abbildung zu erkennen ist, werden auch neue Früherkennungsmaßnahmen nach diesem Prozess geprüft.⁹⁸

Jedes Verfahren zur Bewertung unterliegt dabei einem zuständigen Unterausschuss des G-BA.⁹⁹

Vor Beginn der eigentlichen Bewertung wird das Thema im Bundesanzeiger und auf der Internetseite des G-BA veröffentlicht. So wird allen Sachverständigen, welche im medizinischen Bereich tätig sind, die Möglichkeit gegeben, sich über einen Fragebogen zu dem Beratungsthema zu äußern, auch wenn sie nicht explizit stellungnahmeberechtigt sind. Die Organisationen und Sachverständigen, welche der G-BA für das jeweilige Thema in der entsprechenden Richtlinie als stellungnahmeberechtigt ermittelt hat, werden zusätzlich schriftlich über die Anzeige und die Möglichkeit eine Einschätzung abzugeben, benachrichtigt.¹⁰⁰

Nach der Ankündigung erfolgt in zwei Schritten die Bewertung der Methode. Hierfür ist eine themenbezogene Aufgabengruppe zu beauftragen. Im Ersten wird eine für den ambulanten und stationären Bereich einheitliche sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit durchgeführt. Es werden alle Studien, welche weltweit vorliegen und die Indikation für die Patientengruppe untersuchen, vom G-BA oder durch Beauftragung des IQWiG untersucht. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind dann die Grundlage für alle weiteren Schritte und Beratungen im Verfahrensablauf.¹⁰¹

Im zweiten Schritt wird die sektorenspezifische Bewertung von der jeweiligen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit im ambulanten und stationären Bereich durchgeführt.¹⁰²

⁹⁸ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017a), S. 1.

⁹⁹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 17.

¹⁰⁰ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 43.

¹⁰¹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 43-44.

¹⁰² Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 44.

Nach Vorlage der Ergebnisse prüft der Unterausschuss die Aussagekraft dieser und erstellt einen Beschlussentwurf.¹⁰³

Nun werden die gesetzlich Stellungnahmeberechtigten nochmals aufgerufen sich schriftlich oder mündlich mit einer Frist von bis zu vier Wochen zum Entwurf zu äußern. Nach Auswertung der Stellungnahmen erfolgt die Gesamtbewertung der zusammengetragenen Unterlagen über die in Kapitel 4.1.1 genannten Bewertungskriterien.¹⁰⁴

Für den Inhalt des Beschlusses liegen grundsätzlich vier Ergebnisse der Beratung vor. Die erste Möglichkeit ist, dass die Methode in den Leistungskatalog aufgenommen wird oder erhalten bleibt. Im Gegensatz dazu, ist es als zweites möglich, dass die Methode nicht aufgenommen oder ausgeschlossen wird. Es besteht zudem als dritter Punkt die Option das Bewertungsverfahren zeitlich befristet auszusetzen und zuletzt als vierter Punkt kann eine Richtlinie zur Erprobung unter Aussetzung des Verfahrens beschlossen werden.¹⁰⁵

Nach Aussetzung zur Erprobung setzt das Verfahren wieder an der sektorenübergreifenden Bewertung an.¹⁰⁶

Die Beschlussempfehlung wird dem Plenum des G-BA vorgelegt und das Ergebnis durch dieses getroffen.¹⁰⁷

Die Prüfung des Beschlusses erfolgt auf Grund der Rechtsaufsicht durch das BMG nach § 94 SGB V und erst nach erfolgreicher Nichtbeanstandung des Beschlusses tritt dieser mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger am darauffolgenden Tag in Kraft, woraufhin die betroffene Richtlinie entsprechend geändert wird. Das gesamte Vorgehen innerhalb der Bewertung wird in einem Abschlussbericht zusammengefasst und mit einem, für Patienten verständlich formulierten, Dokument zu den tragenden Gründen des Beschlusses im Internet unter dem jeweiligen Beschluss veröffentlicht.¹⁰⁸

¹⁰³ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 48-49.

¹⁰⁴ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 49.

¹⁰⁵ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 50.

¹⁰⁶ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017a), S. 1.

¹⁰⁷ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 52.

¹⁰⁸ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 19-20.

4.1.4 Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Bei Vorliegen eines Beschlusses zur Aussetzung eines Bewertungsverfahrens zur Erprobung, wurde der Nutzen einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode noch nicht hinreichend durch evidenzbasierte Literatur und Studien belegt, jedoch wurde das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative erkannt. Mit diesem Beschluss geht der Beschluss einer Erprobungsrichtlinie nach § 137e SGB V einher.¹⁰⁹

Es wird entweder eigenständig durch den G-BA eine unabhängige wissenschaftliche Institution zur Durchführung einer Erprobungsstudie beauftragt oder über einen Rahmenvertrag an einen maßgeblichen Wissenschaftsverband übergeben.¹¹⁰

Nach Vorlage der Studienergebnisse wird das ursprüngliche Bewertungsverfahren fortgesetzt und der G-BA prüft, ob die neue Evidenzlage zum Beschluss einer Richtlinie zur Aufnahme der Methode in den ambulanten beziehungsweise stationären Leistungskatalog ausreichend ist.¹¹¹

4.2 Definition Lipödem

Bei der Diagnose Lipödem liegt bei den betroffenen Patienten eine krankhafte Fettverteilungsstörung im Unterhautfettgewebe vor.¹¹² Es entsteht vermehrt eine symmetrische Volumenvergrößerung der Fettzellen in Gesäß, Hüften, Beinen und Armen, welche mit Schmerzen an den betreffenden Stellen sowie einer erhöhten Blutergussneigung zusammenhängen. Dabei sind Hände und Füße nicht betroffen und erweisen sich als schlank.¹¹³ Diese Volumenvergrößerung kann nicht durch diätische Maßnahmen reduziert werden.¹¹⁴ Es führt zu einer Einschränkung der Lebensqualität aufgrund der im Krankheitsverlauf steigenden Zunahme dieser Körperregionen und den damit einhergehenden Bewegungseinschränkungen sowie der Hautlappenbildung in besonders schweren Fällen.¹¹⁵

¹⁰⁹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 51.

¹¹⁰ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 58.

¹¹¹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e), S. 60.

¹¹² Vgl. Phlebology.de (o. J.), o. S..

¹¹³ Vgl. Jandali et al. (2021), S. 19.

¹¹⁴ Vgl. Brenner et al. (2016), S. 1.

¹¹⁵ Vgl. Jandali et al. (2021), S. 48-50.

Zum Verständnis und für die Wissenschaft ist es wichtig das Lipödem von der Lipohypertrophie, sowie der Adipositas abzugrenzen. Bei der Lipohypertrophie liegt ebenfalls eine Fettverteilungsstörung an den oben genannten Körperregionen vor, jedoch hat der Betroffene keine Schmerzen an diesen Stellen. Es besteht die Theorie, dass dies eine Vorstufe des Lipödems sein kann. Diese ist bei sehr vielen Patientinnen zu beobachten.¹¹⁶

Bei Vorliegen einer Adipositas besteht lediglich eine Vergrößerung der Fettzellen, jedoch keine Verteilungsstörung. Sie verteilt sich meist ausgeglichen über den Körper. Diese kann durch diätische Maßnahmen behandelt werden.¹¹⁷

Das Lipödem betrifft hauptsächlich Frauen, eine genaue Datenlage zur Prävalenz ist aber nicht vorhanden, da Daten und Studien zum Thema Lipödem stark unterrepräsentiert sind.¹¹⁸ In einer Studie von Marshall und Schwahn-Schreiber im Jahr 2011, zur Prävalenz des Lipödems bei berufstätigen Frauen in Deutschland, wurde eine Prävalenz des Lipödems von etwas 9,7% angegeben. Dies entspricht etwas 3,5 Millionen geschätzten Patientinnen.¹¹⁹ Im Jahr 2021 ist in einem Artikel der zehnten Ausgabe der *Aktuellen Dermatologie* des Springer Verlags von schätzungsweise vier Millionen Patientinnen die Rede.¹²⁰

Es lässt sich demnach sagen, dass fast bis zu jeder zehnten Frau an Lipödem erkrankt ist, jedoch kann dies aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Evidenz nicht sicher bestätigt werden.¹²¹ 2016 wurde die wissenschaftliche Lage beispielsweise durch zwei Leitlinien, vier Übersichtsarbeiten sowie drei klinischen Studien definiert.¹²²

4.2.1 Merkmale des Krankheitsbildes

Die Ursache des Krankheitsbildes ist ebenfalls noch nicht sicher geklärt. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass die erbliche Komponente eine große Rolle spielt, da zu beobachten ist, dass die Erkrankung häufig Frauen aus demselben Familienstamm betrifft. Der Einfluss von Ernährung und Körpergewicht auf die

¹¹⁶ Vgl. Jandali et al. (2021), S. 19.

¹¹⁷ Vgl. Jandali et al. (2021), S. 9 & 35-48.

¹¹⁸ Vgl. Jandali et al. (2021), S. 12-13.

¹¹⁹ Vgl. Marshall et al. (2011), S. 127.

¹²⁰ Vgl. Hesse et al. (2021), S. 441.

¹²¹ Vgl. Bertsch et al. (2018), S. 268.

¹²² Vgl. Brenner et al. (2016), S. 1.

Entstehung wird als eher unwahrscheinlich angegeben, jedoch ist zu erkennen, dass es die Krankheit dennoch verschlimmern oder verbessern kann.¹²³

Meist tritt die Krankheit in Phasen des hormonellen Umschwungs wie der Pubertät, der Schwangerschaft oder den Wechseljahren auf. Deshalb wird angenommen, dass das weibliche Hormon Östrogen eine bedeutende Rolle in diesem Krankheitsbild spielt. Zudem erklärt es die Tatsache, dass es fast nur bei Frauen auftritt.¹²⁴

Zur äußerlichen Diagnose dient das Krankheitsbild der symmetrischen Fettverteilungsstörung. Ausschlaggebend ist außerdem, aufgrund der oben genannten Abgrenzbarkeit anderer Krankheiten, das Bestehen der Schmerzen, welche sich durch ein unangenehmes Spannungs- und Druckgefühl sowie einer erhöhten Berührungsempfindlichkeit der Haut und Hämatomneigung äußern.¹²⁵

Die Hämatomneigung sowie die Druckempfindlichkeit der Haut ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass die Durchlässigkeit der feinen Blutgefäße, die sogenannte Kapillarpermeabilität, in den betroffenen Körperregionen abnimmt. Hierdurch entstehen vermehrt Wasseransammlungen in den Gefäßen, sogenannte Ödeme.¹²⁶ Diese sollen über die Lymphgefäße abtransportiert werden. Jedoch kommt es aufgrund der hohen Volumenvergrößerung der Fettzellen mit der Zeit zu einem Rückgang der Transportkapazität der Lymphgefäße und damit zu einem Lymphstau, wodurch das Wasser nicht oder nur schwer abtransportiert werden kann und so zu den Schmerzen führt.¹²⁷ Es ist demnach klar herauszustellen, dass diese Ödeme Folge der erhöhten Kapillarpermeabilität im Laufe des Krankheitsbildes sind und von Lymphödemen, welche durch eine krankhafte Veränderung des Lymphsystems entstehen, abzugrenzen sind.¹²⁸

Zur weiteren Diagnostik werden Bildgebungsverfahren wie die Sonographie, die Magnetresonanztomographie und die indirekte Lymphographie eingesetzt.¹²⁹ Die Einteilung der Entwicklung und Stärke der Ausprägung der Krankheit erfolgt in

¹²³ Vgl. Phlebology.de (o. J.), o. S..

¹²⁴ Vgl. Phlebology.de (o. J.), o. S..

¹²⁵ Vgl. Brenner et al. (2016), S. 1.

¹²⁶ Vgl. Phlebology.de (o. J.), o. S..

¹²⁷ Vgl. Cornely (2007), S. 654.

¹²⁸ Vgl. Jandali et al. (2021), S. 26-27.

¹²⁹ Vgl. Brenner et al. (2016), S. 1.

drei Stadien. In Stadium I ist die Haut glatt und das Fett feinknotig. Stadium II bedeutet, dass Vorliegen von unebener Haut und grobknotigem Fett. In Stadium III ist das Lipödem schon sehr stark ausgeprägt und es entstehen deformierte Haut-Fettlappen sowie ein derbes Gewebe.¹³⁰

Seit 2020 ist das Lipödem in der aktuellen internationalen, statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) aufgeführt und somit eine anerkannte Krankheit.¹³¹ Sie wird mit dem ICD-Code E88.2x codiert. Dabei unterscheidet man in der Endziffer die drei Stadien, sowie sonstige nicht näher bezeichnete Lipödeme. Die Klassifikation der ICD-10 stellt die Basis zur Möglichkeit der Abrechnung der Therapie.¹³²

4.2.2 Therapiemöglichkeiten

Für die Therapie des Lipödems stehen zwei Verfahren zur Verfügung. Zum einen die Konservative Therapie mittels Komplexer Physikalischer Entstauungstherapie (KPE) durch manuelle Lymphdrainage. Bei dieser sollen die entstehenden Ödeme durch professionelle Massage der betroffenen Körperregionen behandelt werden. Die Lymphgefäße sollen angeregt werden die überschüssige Flüssigkeit über die Lymphknoten abzutransportieren. Dazu werden Kompressionsmaßnahmen, beispielsweise das Tragen von Kompressionsstrümpfen oder anderen Begleitmaßnahmen, angewandt.¹³³

Anstatt der manuellen besteht auch die Möglichkeit der apparativen Lymphdrainage. Hierbei wird an die zu behandelnde Stelle eine Manschette angelegt über die sich durch einen Kompressor Druck aufbaut und so die Lymphgefäße zur einer höheren Transportkapazität anregt. Dies kann über Arztpraxen zum Gebrauch zuhause vermittelt werden.¹³⁴

Die KPE erfüllt ihren Zweck zur Umfangreduzierung und Schmerzlinderung aufgrund der Ödemreduzierung, jedoch muss sie lebenslang wiederholt werden.¹³⁵

¹³⁰ Vgl. Jandali et al. (2021), S. 55.

¹³¹ Vgl. Cornely (2020), S. 3.

¹³² Vgl. Jandali et al. (2021), S. 181.

¹³³ Vgl. Meier-Vollrath et al. (2005), S. A1065.

¹³⁴ Vgl. Jandali et al. (2021), S. 121.

¹³⁵ Vgl. Patientenvertretung (2014), S. 3.

Die zweite Therapiemöglichkeit ist die symptomatische Therapie, welche mittels Liposuktion die krankhafte Fettmenge mit relativ dauerhaftem Erfolg reduziert.¹³⁶ Dieser operative Eingriff wurde mit den Jahren verbessert. Bei dieser Fettab-saugung wird mittels Kanülen das überschüssige Fett abgesaugt. Dabei wird das Volumen, welches der Grund für den Lymphstau ist, verringert und somit kann die Transportkapazität der Lymphgefäße wieder zunehmen. Zu dieser chirurgischen Therapie ist eine Nachsorge mittels Lymphdrainage notwendig, um die Erfolgschancen zu sichern.¹³⁷

4.2.3 Studienlage Liposuktion

Das Krankheitsbild des Lipödems wurde bereits 1940 von den Amerikanern Allen und Hines erstmals geprägt und ist schon 1995 in der deutschen Literatur in Abgrenzung zur Adipositas erläutert worden.¹³⁸

Die Therapie mittels Liposuktion ist eher neuartig. 2003 wurde berichtet, dass die Therapie des Lipödems über eine Liposuktion aufgrund Verfahren mit großen Kanülen weder kosmetisch noch funktionell gute und ebenso nicht vergleichbar bessere Ergebnisse erbrachte als die konservative Therapie. In Folge neuer modernerer Verfahren wurde das operative Verfahren durch Mikrokanülen, welche das Gewebe nicht mehr so stark irritieren, bedeutend verbessert und verspricht dadurch mehr Erfolg.¹³⁹ Auch schon 2005 wurde die Kombination aus konservativen und operativen Maßnahmen als das Optimum beschrieben.¹⁴⁰

Diese Entwicklung setzt sich fort und 2007 berichtet das Schweizer Med Forum über eine dauerhafte Aussehensverbesserung, Verringerung der Beschwerden sowie einem deutlichen Gewinn an Lebensqualität durch das operative Verfahren mit folgender konservativer Nachbehandlung.¹⁴¹

Diese positiven Ergebnisse konnten sowohl 2010 durch eine Langzeitbeobachtung von 112 Patientinnen über acht Monate bis zu sieben Jahren¹⁴² als auch 2011 durch eine Studie des Hautklinikums Darmstadt an 25 Patientinnen mit

¹³⁶ Vgl. Brenner et al. (2016), S. 1.

¹³⁷ Vgl. Jandali et al. (2021), S. 121-127.

¹³⁸ Vgl. Herpertz (1995), S. 1.

¹³⁹ Vgl. Schmeller et al. (2003), S. 24-25.

¹⁴⁰ Vgl. Meier-Vollrath et al. (2005), S. A1067.

¹⁴¹ Vgl. Schmeller et al. (2007), S. 150.

¹⁴² Vgl. Schmeller et al. (2010), S. 17-27.

sechsmonatiger postoperativer Untersuchung bestätigt werden. Zudem konnte erkannt werden, dass die Ergebnisse bei Patientinnen im Frühstadium deutlich besser ausfielen als bei Patientinnen in späteren Stadien.¹⁴³ Die zuletzt vorliegende Kölner Lipödem Studie beschrieb eine Erfolgsquote zur Heilung des Lipödems, im Sinne dessen, dass keine konservative Therapie mehr notwendig ist, in einem Beobachtungszeitraum von 15 Jahren über 97%.¹⁴⁴

Im Zuge der Recherche für diese Arbeit konnten keine allgemeinen negativen Ergebnisse über den Einsatz der modernen Liposuktion bei Lipödem gefunden werden.

4.3 Bewertung der Methode Liposuktion bei Lipödem

Die Behandlung des Lipödems mittels Liposuktion ist derzeit keine Leistung, welche in Abrechnung mit dem Leistungskatalog der GKV erbracht werden darf, wohingegen die konservative Therapie meist ein Leben lang übernommen wird.¹⁴⁵

Die Kostenübernahme ist aktuell im Rahmen einer Einzelfallentscheidung, in Zusammenarbeit mit den zuständigen Ärzten, bei der Kasse zu beantragen.¹⁴⁶

Der Kostenübernahmeantrag ist von der Krankenkasse durch den zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) prüfen zu lassen. Dieser soll medizinisches Wissen in das System bringen und Art und Umfang der Leistungen prüfen. Die Einholung der resultierenden gutachterlichen Stellungnahme des MDK ist für die GKV verpflichtend.¹⁴⁷

Derzeit laufen jedoch Bewertungsverfahren des G-BA, welche separat für den ambulanten und stationären Sektor den Einsatz der Liposuktion auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen bewerten. Abbildung drei veranschaulicht den zeitlichen Verlauf der Bewertung nach den Bekanntmachungen der einzelnen Verfahrensschritte, welche im nachfolgenden genauer erläutert werden.

¹⁴³ Vgl. Rapprich et al. (2010), S. 40.

¹⁴⁴ Vgl. Cornely et al. (2014), S. 18.

¹⁴⁵ Vgl. Jandali et al. (2021), S. 181-182.

¹⁴⁶ Vgl. Motamedi et al. (2018), S. 140.

¹⁴⁷ Vgl. Schmeller et al. (2009), S. 95.

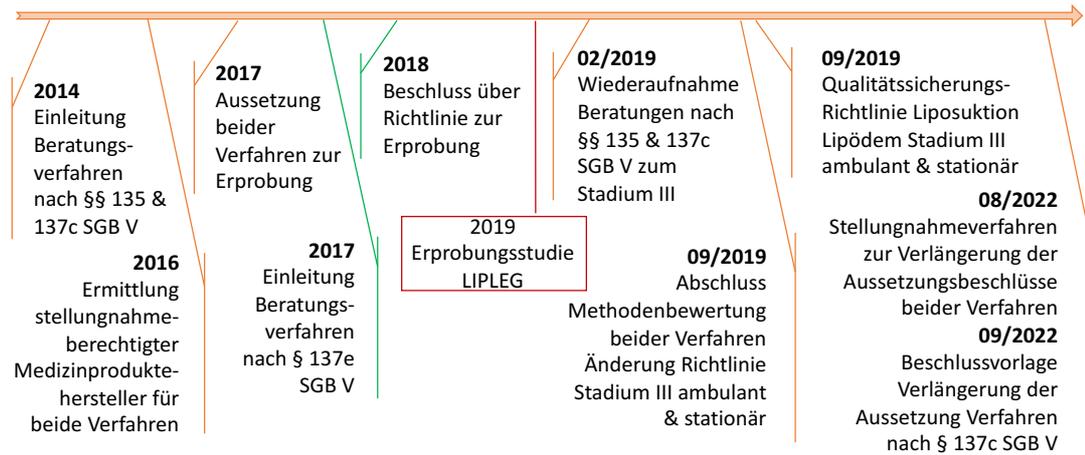


Abb. 3: Zeitlicher Verlauf Bewertung Liposuktion bei Lipödem.
Quelle: eigene Darstellung.

4.3.1 Bewertungsverfahren nach §§ 135, 137c SGB V

Die Einleitungen der Verfahren sind aufgrund eines Antrags der Patientenvertretung mit Beschluss am 22.05.2014 initiiert worden.¹⁴⁸ Die Patientenvertretung stützt sich in ihrem Antrag hauptsächlich auf die schmerzhaften Beschwerden, welche mit dem Lipödem einhergehen und die Lebensqualität verschlechtern, sowie den Umstand, dass die KPE lebenslang durchgeführt werden muss und langfristig nicht zu einem vergleichbar guten Ergebnis führt, wie es durch Liposuktion bei vielen Patientinnen erlangt wird.¹⁴⁹

Mit diesem Beschluss sind zwei verschiedene Verfahren eingeleitet worden. Zum einen für den ambulanten Sektor, welches sich nach § 135 SGB V richtet.¹⁵⁰ Zum anderen für den stationären Sektor, welches durch § 137c SGB V festgelegt wird.¹⁵¹ Mittlerweile laufen innerhalb der Bewertung dieser Methode drei Verfahren. Das dritte Verfahren wurde 2017 nach Beschluss zur Aussetzung der Bewertungsverfahren zur Erprobung eingeleitet und wird später betrachtet.¹⁵²

Die Einleitung der Beratungsverfahren ging, nach Vorgabe der Verfahrensordnung für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, mit Beschlusstext und der Bekanntmachung des Beratungsthemas im Bundesanzeiger sowie einer

¹⁴⁸ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2014a), S. 1.

¹⁴⁹ Vgl. Patientenvertretung (2014), S. 1-5.

¹⁵⁰ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2014b), o. S..

¹⁵¹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2014c), o. S..

¹⁵² Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017d), o. S..

Pressemitteilung einher. Außerdem liegt die Zuständigkeit bei dem Unterausschuss Methodenbewertung und es sind die Richtlinien für Methoden der vertragsärztlichen Versorgung und der Krankenhausbehandlung betroffen.¹⁵³

Die Ermittlung stellungnahmeberechtigter Medizinproduktehersteller für beide Verfahren wurde mit der Bekanntmachung der Aufforderung zur Meldung am 19.05.2016 eingeleitet. Dabei wurden Medizinproduktehersteller aufgefordert sich bis zum 16.06.2016 als stellungnahmeberechtigt zu melden, wenn sie der Meinung sind, dass auf dem Einsatz ihres Produktes die technische Anwendung der Liposuktion bei Lipödem maßgeblich beruht.¹⁵⁴

Am 20.07.2017 wurden Beschlüsse zur Änderung der Richtlinien Methoden Krankenhausbehandlung in Anlage II, als Bewertungsverfahren die mit Hinblick auf Erprobung ausgesetzt sind,¹⁵⁵ und Methoden vertragsärztliche Versorgung in Anlage III, zur Aussetzung des Beratungsverfahrens, gefasst¹⁵⁶. Beide Beschlüsse sind, am Tag nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger, am 18.10.2017 in Kraft getreten. Zudem sind beide zeitlich bis zum 30.09.2022 befristet gültig.¹⁵⁷

Es wurden hierzu die Stellungnahmeberechtigten, unter anderen die Bundesärztekammer und die Deutsche Gesellschaft für Phlebologie, angehört.¹⁵⁸

Die Beschlüsse wurden aufgrund des Ergebnisses der unzureichend vorhandenen Evidenzlage geschlossen. Die vorhandenen Leitlinien, Publikationen und Studien wurden gesichtet und es wurde festgestellt, dass derzeit zu wenig unterschiedliche evidenzbasierte Studien vorliegen, welche den Nutzen der Methode belegen können. Jedoch konnte auf dieser Basis das Potenzial der Liposuktion angenommen werden.¹⁵⁹

Den Tragenden Gründen zu beiden Beschlüssen ist zu entnehmen, dass innerhalb der auf die Aussetzung folgenden Erprobungsstudie besonders folgende offene Fragen geklärt werden sollen. Zum ersten den Nutzen der Liposuktion im Vergleich zu konsequent durchgeführten alleinigen nicht operativen Maßnahmen

¹⁵³ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2014d), o. S..

¹⁵⁴ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2016), S. 1.

¹⁵⁵ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017b), S. 1.

¹⁵⁶ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017c), S. 1.

¹⁵⁷ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017b) & (2017c), S. 1.

¹⁵⁸ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017h), S. 32.

¹⁵⁹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017f) & (2017g), S. 5.

der Symptomverringerng, für die Lebensqualität und dem Fortbestehen weiterer konservativer Behandlungen. Zum zweiten die Erfordernis von Folge- oder Wiederholungseingriffen und zum dritten der langfristigen Sicherheit der Funktion der Lymphbahnen und der Entwicklung von folgenden Lymphödemen.¹⁶⁰

Beide Beschlüsse wurden vom BMG geprüft und freigegeben.¹⁶¹

Der Beschluss zur Aussetzung des Bewertungsverfahrens ging zusätzlich mit einer Pressemitteilung einher, in welcher die Öffentlichkeit über den Beschluss der Studie und dem damit einhergehenden Leistungsanspruch für Patienten bekannt gemacht wurde. Studienteilnehmer bekommen damit die Kosten erstattet, für alle anderen Versicherten bleibt der reguläre Leistungsanspruch bis Beendigung der Studie bestehen. Zudem wurde in der Mitteilung das weitere Vorgehen bekannt gemacht.¹⁶²

4.3.2 Erprobung nach § 137e SGB V

Mit Aussetzung der Bewertungsverfahren nach §§135, 137c SGB V wurde das Beratungsverfahren zum Beschluss einer Richtlinie zur Erprobung auf Grundlage des Beschlusses zur Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung eingeleitet.¹⁶³

Am 18.01.2018 wurde die Festsetzung über die Richtlinie zur Erprobung der Liposuktion beschlossen. Diese ist mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 09.04.2018 einen Tag später am 10.04.2018 in Kraft getreten.¹⁶⁴

Die Richtlinie regelt die Anforderungen an die Studie bezüglich ihres Ziels, der Qualität, der Kontrolle, der Studienteilnehmer und des Beobachtungszeitraums.¹⁶⁵

Der Beschluss dieser wurde ebenfalls durch das BMG geprüft und genehmigt.¹⁶⁶

Auch die Öffentlichkeit wurde in einer Pressemitteilung über die Festsetzung der Rahmendaten und die wesentlichen Eckpunkte der Studie informiert.¹⁶⁷

¹⁶⁰ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017f) & (2017g), S. 6.

¹⁶¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2017), S. 1.

¹⁶² Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017e), S. 1-2.

¹⁶³ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017d), o. S..

¹⁶⁴ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2018a), S. 1-3.

¹⁶⁵ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2018c), S. 3-5.

¹⁶⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2018), S. 1.

¹⁶⁷ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2018b), S. 2.

4.3.3 Erprobungsstudie LIPLEG

Die daraufhin initiierte Studie LIPLEG soll, wie oben angesprochen, die Frage klären, ob bei Lipödem-Patientinnen eine zusätzliche Liposuktion gegenüber einer alleinigen konservativen, symptomorientierten Behandlung, besonders durch KPE, zu einer Verbesserung der patientenrelevanten Zielparameter führt. Zu diesem Zweck sollen Patientinnen über dem 18. Lebensjahr mit einem gesicherten Lipödem der Beine von Stadium I-III, bei welchen auch eine konservative Therapie keine Linderung der Beschwerden bewirken konnte, eingeschlossen werden. Ausschlussgründe sind das Vorliegen einer Adipositas oder anderen Ödem verursachenden Krankheiten.¹⁶⁸

Die Richtlinie gibt außerdem vor, dass es sich um eine randomisierte, kontrollierte Studie handeln soll, welche multizentrisch durchzuführen ist. Die Studienzentren sollen dabei die Voraussetzungen einer Behandlung des Lipödems sowohl konservativ als auch mittels Liposuktion durchführen können. Die Verantwortung liegt bei einem unabhängigen wissenschaftlichen Institut.¹⁶⁹

Im Verlauf der Studie sollen die Teilnehmer zuerst eine vierwöchige Ödembeseitigung und darauffolgend eine sechsmonatige konservative Therapie erhalten. Diejenigen, welche dann weiterhin eine Liposuktion für notwendig befinden, werden randomisiert in eine Interventionsgruppe, welche die Liposuktion erhält, und eine Kontrollgruppe, die weiterhin mittels konservativer Therapie behandelt wird, eingeteilt. Auch die Interventionsgruppe erhält nach der Operation eine dem notwendigen Umfang entsprechende konservative Nachbehandlung.¹⁷⁰

Der Beobachtungszeitraum endet 12 Monate nach Durchführung der Liposuktion und Randomisierung, woraufhin auch die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe die Möglichkeit der Liposuktion erhalten sollen. Daraufhin folgt, als Teil der Studie, ein Nachbeobachtungszeitraum von 24 Monaten.¹⁷¹

Am 08.05.2018 veröffentlichte der G-BA die Ausschreibung zur Durchführung einer weiteren Erprobungsstudie, in welcher Teilnahmeanträge bis zum 26.06.2018, gefordert wurden. Die Mitteilung der Beauftragung erfolgte am

¹⁶⁸ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2018c), S. 3.

¹⁶⁹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2018c), S. 4.

¹⁷⁰ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2018c), S. 3.

¹⁷¹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2018c), S. 4.

18.04.2019. Es wird das Zentrum für Klinische Studien (ZKS) der Universität Köln, gemeinsam mit der Hautklinik des Klinikum Darmstadt, mit der Begleitung der Studie und Auswertung der Ergebnisse als verantwortlich beauftragt. Diese sollen, die laut Richtlinie geeigneten, Studienzentren auswählen. Patientinnen konnten ihr Interesse bis zu einer vorgesehenen Frist in einem Internetportal bekunden.¹⁷²

Die Studie wurde am 14.02.2020 registriert.¹⁷³ Am 08.02.2021 wurde diese letztendlich begonnen.¹⁷⁴

4.3.4 Wiederaufnahme Bewertungsverfahren nach §§ 135, 137c SGB V

Am 21.02.2019 sind die Bewertungsverfahren nach §§ 135, 137c SGB V mit Beratungen zur Liposuktion bei Lipödem in Stadium III bereits vor Ablauf der Frist wieder aufgenommen worden. Der Unterausschuss Methodenbewertung wurde mit der Durchführung der Verfahren unter Einhaltung eines Zeitplans beauftragt. Ziel sollte wieder die Vorbereitung der Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung und Methoden vertragsärztliche Versorgung sowie zusätzlich das Erstellen einer Qualitätsrichtlinie nach § 136 SGB V sein.¹⁷⁵

Nach Einhaltung des Zeitplans wurde im Beschluss vom 19.09.2019 am 06.12.2019 im Bundesanzeiger die Änderung der Behandlung von Lipödem Stadium III mit Liposuktion befristet bis 31.12.2014 in Anlage I der Richtlinien Methoden Krankenhausbehandlung, als Methode die für die Versorgung mit Krankenhausbehandlung erforderlich ist,¹⁷⁶ und Methoden vertragsärztliche Versorgung, als anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode, aufgeführt.¹⁷⁷ Sie wurden ebenfalls vom BMG nach § 94 SGB V geprüft und freigegeben.¹⁷⁸

Ausschlaggebender Grund für die erforderliche frühzeitige Wiederaufnahme war, wie aus den Tragenden Gründen beider Verfahren herauszulesen, die Änderung der Rahmenbedingung der Versorgung mit Liposuktion durch die Beschlussfassung am 20.07.2017, in welcher die Behandlung grundsätzlich als Methode mit

¹⁷² Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2021), o. S..

¹⁷³ Vgl. Podda et al. (2021), o. S..

¹⁷⁴ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2021), o. S..

¹⁷⁵ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019d), S. 1.

¹⁷⁶ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019a), S. 1.

¹⁷⁷ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019b), S. 1.

¹⁷⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2019), S. 1.

Potenzial zu einer erforderlichen Behandlungsalternative benannt und die Erprobungsstudie eingeleitet wurde. Der G-BA ging aufgrund dessen davon aus, dass eine Liposuktion bei Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung auch außerhalb der Studie möglich ist.¹⁷⁹

Durch ein Rechtsurteil am 24.04.2018 des Bundessozialgerichts, wurde jedoch einer Klägerin der Anspruch nach § 27 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 in Verbindung mit § 39 Absatz 1 Satz 1 SGB V auf eine stationär durchgeführte Liposuktion als Regelversorgung abgesprochen. Grund dafür ist, dass sie aus dieser Regelung einen Anspruch auf Krankenhausbehandlung, aufgrund der sich aus dem Qualitätsangebot ergebenden Einschränkungen, hätte. Die Versorgung nach Methoden mit Potenzial einer Behandlungsalternative würde jedoch eine Absenkung der Qualitätsanforderungen bedeuten, was nach § 137c Absatz 3 SGB V nicht in dieser Weise ausgeführt werden soll. Ebenso besteht kein grundrechtlicher Anspruch nach § 2 Absatz 1a SGB V, da das Lipödem weder lebensbedrohlich noch regelmäßig tödlich oder eine vergleichbare Krankheit ist.¹⁸⁰

Nach dieser Rechtsprechung konnte die Behandlungsalternative nicht mehr ohne weiteres in Anspruch genommen werden, was, besonders für Patientinnen in Stadium III, zu einem Mangel an Versorgungsmöglichkeiten führte. In Betracht auf den Abschluss der Erprobungsstudie ist ebenso vorauszusehen, dass diese ab dem Jahr 2019 mindestens fünf Jahre benötigen wird, um die ersten Ergebnisse hervorzubringen und so zu einem Entschluss zu führen.¹⁸¹

Auf dieser Basis ist der G-BA bei seiner Bewertung nach § 137c SGB V zu der Entscheidung gekommen, dass die Liposuktion bei Lipödem im Stadium III für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung befristet erforderlich ist und damit bis zur endgültigen Entscheidung des G-BA Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist.¹⁸²

Ebenso wird sie, nach Bewertung nach § 135 Absatz 1 SGB V, als Leistung der vertragsärztlichen Versorgung eingeführt, da sie nicht zwingend im Rahmen einer Krankenhausbehandlung durchgeführt werden muss.¹⁸³

¹⁷⁹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019f) & (2019g), S. 3.

¹⁸⁰ Vgl. Bundessozialgericht (2018), S. 4.

¹⁸¹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019f) & (2019g), S. 3.

¹⁸² Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019f), S. 8.

¹⁸³ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019g), S. 8.

Die Durchführung der Liposuktion ist an die Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem im Stadium III gebunden.¹⁸⁴

Diese wurde in Verbindung mit der Änderung der Richtlinien Methoden Krankenhausbehandlung und vertragsärztliche Versorgung Lipödem Stadium III zeitgleich am 19.09.2019 beschlossen und ist ebenfalls einen Tag nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 07.12.2019 in Kraft getreten. Die Richtlinie stützt sich auf § 136 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V und legt die Voraussetzungen der Leistung, die Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität bei Indikation sowie die genaue Durchführung und Versorgung von Patientinnen, bei welchen die Liposuktion angewandt wird, fest.¹⁸⁵

Die Richtlinie soll die qualitativ hochwertige Versorgung als auch die Sicherheit der Patientinnen gewährleisten. Dafür wird die zu anwendende Operationsmethode und die Diagnosestellung genau benannt. Es dürfen nur Patientinnen mit einem gesicherten Lipödem Stadium III, bei welchen trotz konservativer Therapie innerhalb der letzten sechs Monate die Krankheitsbeschwerden nicht ausreichend gelindert werden konnten und welche einen Body Mass Index (BMI) unter 35 kg/qm haben, behandelt werden. Bei einem BMI von 35 bis 40 kg/qm erfolgt eine Behandlung der Adipositas, bei Patienten mit einem BMI über diesem Wert soll keine Liposuktion stattfinden. Zudem müssen sie für die Diagnose die Kriterien der disproportionalen Fettgewebsvermehrung mit großlappig überhängenden Gewebeanteilen, welche nicht die Hände und Füße betreffen, als auch das Vorhandensein von Druck und Berührungsschmerz im weichen Gewebe der betroffenen Körperstellen vorweisen können.¹⁸⁶

Auch dieser Beschluss wurde vom BMG geprüft und es wurde auf eine Konkretisierung hingewiesen, welche aber einer Veröffentlichung nicht entgegenwirkt, da der G-BA bereits daran arbeitet.¹⁸⁷ Zudem ist zu den beiden zusammenhängenden Beschlüssen eine Pressemitteilung verfasst worden, in welcher die Öffentlichkeit über die befristete Kassenleistung der Liposuktion bei Lipödem

¹⁸⁴ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019f) & (2019g), S. 3.

¹⁸⁵ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019c), S. 1.

¹⁸⁶ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019c), S. 2.

¹⁸⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2019), S. 1.

Stadium III, deren Voraussetzung, der Qualitätssicherung sowie der parallel weiterlaufenden Erprobungsstudie informiert wurde.¹⁸⁸

4.3.5 Aktueller Stand Verfahren nach §§ 135, 137c & 137e SGB V

Aufgrund der Befristung der ersten Aussetzungsbeschlüsse bis zum 30.09.2022 wurde am 25.08.2022 ein Stellungnahmeverfahren zur Verlängerung der Aussetzung zu den Richtlinien Methoden Krankenhausbehandlung und vertragsärztliche Versorgung eingeleitet. Hierbei wurden die Stellungnahmeberechtigten, insbesondere die Bundesärztekammer und die einschlägigen Fachgesellschaften, aufgerufen, bis zum 05.09.2022 eine schriftliche Stellungnahme einzureichen.¹⁸⁹ Im Verlauf der Verfahren wurde die Verlängerung der Aussetzung, mit Beschluss der Änderung der jeweiligen Richtlinie durch Ersetzen der Befristung vom 30.09.2022 auf den 31.12.2024, am 15.09.2022 auf den Weg gebracht. Diese stehen jedoch derzeit noch vorbehaltlich zur Prüfung durch das BMG und treten erst einen Tag nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.¹⁹⁰

Zu diesen Beschlüssen wurde eine Update-Recherche durchgeführt, um die sich verändernde wissenschaftliche Evidenzlage zu prüfen. Das Ergebnis zeigt, dass keine neuen Publikationen veröffentlicht wurden, welche für eine abschließende Nutzenbewertung notwendig wären. Aufgrund dessen ist die Fortführung der Erprobung weiterhin erforderlich und die Frist zur Aussetzung soll an die Frist der der Leistung der Liposuktion in Stadium III bis zum 31.12.2024 angepasst werden.¹⁹¹

Die Erprobungsstudie läuft derzeit mit Stand zum 03.10.2022 und soll voraussichtlich Ende 2024 die ersten Ergebnisse liefern.¹⁹²

¹⁸⁸ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019e), S. 1-2.

¹⁸⁹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022c), S. 1.

¹⁹⁰ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022a) & (2022b), S. 1.

¹⁹¹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022d), S. 3.

¹⁹² Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019f) & (2019g), S. 3.

5 Kritik und Perspektiven

Trotz der, wie im vorhergehenden Kapitel beschriebenen, durchweg positiven Studienlage bleibt die Therapie mittels Liposuktion bis zum Antrag der Patientenvertretung im Jahr 2014 eine Einzelfallentscheidung, welche nicht häufig zu Gunsten der Patientinnen ausgefallen ist, obwohl, wenn auch noch unzureichend, nachzuweisen ist, dass die Symptome der Krankheit mit dieser Therapie geheilt, anstatt mit einer konservativen Therapie nur behandelt werden können.

2012 wurde erstmals eine gesetzliche Kasse dazu verurteilt die Kosten einer Liposuktion aufgrund medizinischer Notwendigkeit zu übernehmen. Dies stand im Gegensatz zu privaten Kassen, welche die Kosten schon häufiger mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit übernommen haben.¹⁹³

In der GKV ist das jedoch die Ausnahme. Schmeller, Arzt der Fachklinik für Liposuktion und operative ästhetische Chirurgie, berichtet 2009 von seinen Erfahrungen mit dem MDK. Dabei stellt er fest, dass das MDK vermehrt Gutachten erstellt, welche auf der Tatsache basieren, dass ihnen die notwendige Fachqualifikation fehlt, die Patientinnen nicht selbst untersucht, sondern anhand von Bildern beurteilt werden oder die aktuelle medizinische Literatur zum Lipödem außer Acht gelassen wird. Dies führt zu einer Ablehnung der Übernahme der Kosten aufgrund falscher und insuffizienter Beurteilungen.¹⁹⁴

Diese Informationsasymmetrie bei der Bewertung von Therapien per Einzelfallentscheidung zeigt zusätzlich zu der eigentlich durchweg positiven Studienlage die Wichtigkeit einer schnellen Aufnahme in den Leistungskatalog auf, um so die Lebensqualität der Patientinnen zu verbessern. Im Verlauf der Arbeit ist im Zuge des Ablaufs der Bewertungsverfahren zur Liposuktion jedoch zu erkennen, dass dieser Prozess sehr langwierig ist. Mit Beginn 2014 und den voraussichtlich ersten Ergebnissen im Jahr 2024 sind zehn Jahre vergangen, in welchen Patientinnen die Therapie außerhalb der Erprobungsstudie nicht oder nur mit Stadium III erhalten konnten, obwohl sowohl die Studie des Hautklinikums Darmstadt, wie in

¹⁹³ Vgl. Gemke et al. (2012), S. 40.

¹⁹⁴ Vgl. Schmeller et al. (2009), S. 102.

der Studienlage genannt, als auch Meier-Vollrath mit anderen schon im Jahr 2005, herausfinden konnten, dass der Therapieerfolg in frühen Stadien der Erkrankung deutlich höher ausfällt.¹⁹⁵

Hier anknüpfend wäre anzudenken, dass die Liposuktion übergangsweise, bis zum Abschluss der Bewertung, für alle Stadien als Kassenleistung übernommen wird. Diesen Punkt fordert auch eine Petition vom 29.05.2022 im Deutschen Bundestag. Es soll eine sofortige Übergangslösung bis zur Beendigung der Studie gefasst werden, welche die Übernahme der Kosten in allen Stadien beinhaltet. Aktuell ist die Petition, mit insgesamt 64.348 Mitzeichnungen und damit einem erreichten Quorum, in Prüfung.¹⁹⁶

Am 26.09.2022 wurde diese im Bundestag besprochen und untermauert nochmals die bestmögliche Chance auf Heilung des Lipödems alleinig durch Liposuktion, nicht durch konservative Therapie, in einem niedrigen Stadium der Erkrankung und das Sinken der Heilungschancen mit fortschreitendem Stadium. Die Kriterien nach welchen derzeit eine Operation übernommen wird sowie die dargestellte Langwierigkeit des Verfahrens machen dies jedoch nicht möglich.¹⁹⁷

Allein bis zum Beginn der Erprobungsstudie vergingen von 2014 bis 2019 fünf Jahre. Dies gibt zu bedenken, ob es sinnvoll wäre, wenn das BMG an diesen Punkten in der gemeinsamen Selbstverwaltung ansetzt und Rahmenbedingungen erlässt, welche die maximale Dauer bis zu einer solchen Entscheidung regeln, da Lebensqualität und Erfolgsaussichten mit Fortschreiten der Krankheit, bei den betroffenen Patientinnen, unter der langen Dauer des Verfahrens leiden. Die Struktur des Verfahrensablaufs ist zwar durch die Verfahrensordnung geregelt, jedoch besteht durch die Möglichkeit der Aussetzung und Verlängerung der Verfahren sowie keiner gesetzlicher Vorgaben, die Möglichkeit ein solches Verfahren unendlich lang hinauszuzögern. Auch hier wäre ein Ansatz gesetzliche Rahmenbedingungen zu erlassen, welche die Dauer und die erlaubte Häufigkeit einer Aussetzung begrenzen. Speziell bei der Aussetzung zur Erprobung sollte, sobald das Potenzial einer Behandlungsmethode erkannt wurde, eine Zeitbegrenzung eingeführt werden, bis wann belegt sein sollte, ob dieses Potenzial

¹⁹⁵ Vgl. Meier-Vollrath et al. (2005), S. A1067.

¹⁹⁶ Vgl. Deutscher Bundestag (2022), o. S..

¹⁹⁷ Vgl. aerzteblatt.de (2022), S. 1-2.

tatsächlich vorhanden ist. So würde Patienten ein schnellstmöglicher Zugang zu neuen Methoden ermöglicht werden, was wichtig ist, da dieses Potenzial schon aufzeigt, dass es eine gute Behandlungsalternative sein könnte, die das Leben von vielen verbessert.

Sinnvoll wäre auch die Schaffung von mehr Transparenz innerhalb eines solchen Verfahrens, beispielsweise durch regelmäßige Updates an betroffene behandelnde Ärzte zum Stand eines Verfahrens und nicht nur zum Ende eines Beschlusses. Zur weiteren Reduzierung der Moral Hazard Situation könnten vermehrt Informationsflyer zum Verlauf der Studie und einer verständlichen Erklärung der bestimmten Erkrankung an Betroffene herausgegeben werden.

Es wäre auch anzudenken, dass Patienten für eine Übergangszeit die Kosten vorerst selbst tragen und dann nach Nachweis eines positiven Ergebnisses, in diesem Fall beispielsweise der erfolgreichen Operation, über einen definierten Nachbeobachtungszeitraum die Kosten erstattet bekommen. So könnte sowohl das sittliche Wagnis umgangen als auch allen Betroffenen die Chance zu einer Behandlung gegeben werden. Zusätzlich könnten hierdurch nochmals vermehrt Informationen zu dieser Behandlung gesammelt werden.

Die Kostenerstattung könnte bei diesem Beispiel ebenso in Verbindung mit einer verbindlichen Ernährungsberatung und Gewichtskontrolle stehen, um so zu Prüfen wie sich Patientinnen gesundheitsbezogen verhalten. Dies könnte ebenfalls auf andere Verfahren übertragen werden.

Dieses Prinzip setzt auch an der seit 2004 bestehenden Möglichkeit an, als gesetzlich Versicherter das Kostenerstattungsprinzip zu wählen, um so ein höheres Kostenbewusstsein zu schaffen. Jedoch wird man hier nach der privatärztlichen Abrechnung des GOÄ abgerechnet, bei welcher ein höheres Preisniveau als beim EBM vorliegt. Die gesetzliche Kasse erstattet dann nur die Kosten nach EBM und der Rest ist vom Patienten selbst zu tragen.¹⁹⁸

Hier sollte angesetzt werden und Patienten sollten generell sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich sensibler für die anfallenden Kosten gemacht und mehr über die Abrechnung und die möglichen Leistungen in verständlicher Weise informiert werden.

¹⁹⁸ Vgl. Krankenkassenzentrale (2022), o. S..

6 Zusammenfassung und Fazit

Abschließend lässt sich auf Basis dieser Arbeit zusammenfassend sagen, dass das System der Deutschen Gesundheitsversorgung auf einer guten Grundlage beruht und zu erkennen ist, dass die Prinzipien dazu dienen sollen allen Akteuren den bestmöglichen Nutzen zu erbringen. Jedoch ist aufgrund der Komplexität und des vorherrschenden Marktversagens auf dem Gesundheitsmarkt, speziell durch die Dreiecksbeziehung und starke Informationsasymmetrien, in der praktischen Umsetzung noch deutliches Verbesserungspotenzial zu erkennen.

In der praktischen Betrachtung des Verfahrens zum Zugang neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist erörtert worden, dass es sehr viel Zeit benötigt, um Patienten den Zugang zu einer solchen Methode zu ermöglichen. Zusätzlich ist es an eine bestehende umfangreiche Studienlage gebunden, welche bei nicht-Vorliegen den Prozess nochmals verzögern kann.

Durch die im Verlauf der Arbeit aufgezeigte Komplexität ist es für den Standardbürger, welcher nicht im Gesundheitswesen tätig ist, sehr schwer das Prinzip, nach welchem das Gesundheitswesen aufgebaut ist, zu verstehen. Im Besonderen bei der Ausarbeitung des Verlaufs zum Verfahren der Bewertung konnte erkannt werden, dass das System des Leistungskataloges sehr umfangreich aufgebaut und durch viele verschiedene Punkte geprägt ist. Diese sind jedoch zum Verständnis, in welchem Umfang einem Patienten welche Leistungen zustehen und was für Voraussetzungen neue Leistungen erfüllen müssen, um zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erbracht werden zu können, bedeutend. Es ist zudem sehr schwer einen Überblick über alle Zusammenhänge der im Gesundheitswesen tätigen Akteure und deren Aufgaben zu erlangen.

Die Behebung dieser Informationsasymmetrien und die kritische Betrachtung des Leistungskatalogs, speziell der Verfahren zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, sollte zur Schaffung von mehr Transparenz und einer besseren Versorgung, besonders der Möglichkeit eines schnelleren Zugangs zu neuen medizinischen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, sowohl von Seiten der gemeinsamen Selbstverwaltung als auch der Politik angegangen werden.

Literaturverzeichnis

aerzteblatt.de (2022) Lipödem: Warten auf eine bessere Versorgung, in: Deutsches Ärzteblatt, Deutscher Ärzteverlag GmbH, Berlin.

Auschra C. Dr. (2018) Charakteristika des deutschen Gesundheitssektors, in: Zeitschrift für Studium und Forschung Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 2018, 47, 2-3, S. 56-59, Berthold N. Prof. Dr. Lingenfelder M. Prof. Dr. (Hrsg.), C. H. BECK, München, Vahlen, Frankfurt am Main, ISSN: 1982-047X.

Bertsch T., Erbacher G. (2018) Das Lipödem ist eine Ödemerkrankung... und die Erde ist eine Scheibe – Mythen zum Krankheitsbild Lipödem, in: vasomed, 2018, 30, 6, S. 268-272.

Brenner E., Irschick I. (2016) Steckbrief: Das Lipödem, Medizinische Universität Innsbruck Sektion für klinisch-funktionelle Anatomie (Hrsg.).

Bundesamt für Soziale Sicherung (o. J.a) Aufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung, online im Internet, URL: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/bundesamt-fuer-soziale-sicherung/aufgaben-des-bas/ueberblick/>, Abrufdatum: 28.09.2022.

Bundesamt für Soziale Sicherung (o. J.b) Risikostrukturausgleich RSA - einfach erklärt, online im Internet, URL: [https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/rsa-einfach-erklart/#:~:text=Was%20macht%20der%20Risikostrukturausgleich%20genau,Morbidit%C3%A4t\)%20zwischen%20den%20Krankenkassen%20auszugleichen](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/rsa-einfach-erklart/#:~:text=Was%20macht%20der%20Risikostrukturausgleich%20genau,Morbidit%C3%A4t)%20zwischen%20den%20Krankenkassen%20auszugleichen), Abrufdatum: 19.09.2022.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021) Sozialversicherung, online im Internet, URL: <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Sozialversicherung/sozialversicherung-art.html>, Abrufdatum 18.09.2022.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (o. J.) Gesundheitsökonomie, online im Internet, URL: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/gesundheitsokonomie-7878.php>, Abrufdatum: 28.09.2022.

Bundesministerium für Gesundheit (2016a) Einheitlicher Bewertungsmaßstab - EBM, online im Internet, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/einheitlicher-bewertungsmaassstab-ebm.html>, Abrufdatum: 30.09.2022.

Bundesministerium für Gesundheit (2016b) Leistungskatalog der Krankenversicherung, online im Internet, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/l/leistungskatalog.html>, Abrufdatum: 12.05.2022.

Bundesministerium für Gesundheit (2017) Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 20. Juli 2017 hier: 1. Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Liposuktion bei Lipödem 2. Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung: Liposuktion bei Lipödem, Prüfung des Beschlusses, Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.), online im Internet, URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4583/2017-07-20_KHMe-RL_Liposuktion_BMG.pdf.

Bundesministerium für Gesundheit (2018) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 18. Januar 2018 hier: Richtlinie zur Erprobung Liposuktion beim Lipödem, Prüfung des Beschlusses, Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.), online im Internet, URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4908/2018-01-18_Erp-RL_Liposuktion_BMG.pdf.

Bundesministerium für Gesundheit (2019) Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 19. September 2019 hier: 1. Änderung Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung: Liposuktion bei Lipödem Stadium III 2. Änderung Richtlinie vertragsärztliche Versorgung:

Liposuktion bei Lipödem im Stadium III 3. Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion): Erstfassung, Prüfung des Beschlusses, Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.), online im Internet, URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6106/2019-09-19_QS-Massnahmen_Liposuktion-Lipoedem-III_BMG.pdf.

Bundesministerium für Gesundheit (2020) Das deutsche Gesundheitssystem, Leistungsstark. Sicher. Bewährt., Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG, Frankfurt am Main, Bestellnummer: BMG-G-11100.

Bundesministerium für Gesundheit (2022a) Aufgaben und Organisation der GKV, online im Internet, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html>, Abrufdatum: 19.09.2022.

Bundesministerium für Gesundheit (2022b) Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), online im Internet, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv.html>, Abrufdatum: 18.09.2022.

Bundesministerium für Gesundheit (2022c) Private Krankenversicherung (PKV), online im Internet, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/private-krankenversicherung.html>, Abrufdatum: 18.09.2022.

Bundessozialgericht (2018) Entscheidung vom 24.04.2018, B 1 KR 13/16 R, online im Internet, URL: https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Entscheidungen/2018/2018_04_24_B_01_KR_13_16_R.pdf?blob=publication-File&v=2.

- Cornely M. E. (2007) Lymphologische Liposkulptur, in: Der Hautarzt, 2007, 58, S. 653-658, Springer Medizin Verlag 2007, DOI: 10.1007/s00105-007-1367-0.
- Cornely M. E. (2020) Lipohyperplasia dolorosa (LiDO), vormals »Lipödem« - neue Entwicklungen: Teil 2, in: dermatology, 2020, 26, S. 1-12.
- Cornely M. E., Gensior M. (2014) Update Lipödem 2014: Kölner Lipödemstudie, Originalarbeit, in: LymphForsch, 2014, 18, 2, S. 66-71.
- derprivatpatient.de (2022) Äquivalenzprinzip, Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.derprivatpatient.de/glossar/äquivalenzprinzip>, Abrufdatum: 30.09.2022.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (o. J.) Aufgaben und Ziele – Stimme der Krankenhäuser, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.dkgev.de/dkg/aufgaben-ziele/>, Abrufdatum: 30.09.2022.
- Deutscher Bundestag (2022) Petition 134514 Bessere medizinische Versorgung von Patienten mit Lipödem-Erkrankung vom 29.05.2022, online im Internet, URL: https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/2022/05/29/Petition_134514.nc.html, Abrufdatum: 30.09.2022.
- Die Bundesregierung (2022) Renten- und Krankenversicherung: Ab 2022 neue Rechengrößen, Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.bundesregierung.de/bregde/suche/beitragsbemessungsgrenze-2022-1970116#:~:text=Die%20Versicherungspflichtgrenze%20in%20der%20gesetzlichen,bei%2058.050%20Euro%20im%20Jahr>, Abrufdatum: 18.09.2022.

Erlei M. Prof. Dr., Schmidt-Mohr U. Dr. (2018) Prinzipal-Agent-Theorie, in: Gabler Wirtschaftslexikon, Springer Gabler / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, online im Internet, URL: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/prinzipal-agent-theorie-42910/version-266250>, Abrufdatum: 23.09.2022.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2013) Informationsblatt Voraussetzungen der Erbringung einer (neuen) Methode zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), online im Internet, URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3563/Infoblatt_Voraussetzungen-Erbringung-Methode_2013-10-10.pdf.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2014a) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung des Beratungsverfahrens: Bewertung der Liposuktion bei Lipödem gemäß §§ 135 Absatz 1 und 137c des Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V), online im Internet, URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1993/2014-05-22_135-137c-SN_Antragsannahme_Liposuktion-bei-Lip%C3%B6dem.pdf.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2014b) Bewertung der Methode Liposuktion bei Lipödem (§ 135 SGB V), online im Internet, URL: <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/methodenbewertung/75/>, Abrufdatum: 30.09.2022.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2014c) Bewertung der Methode Liposuktion bei Lipödem (§ 137c SGB V), online im Internet, URL: <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/methodenbewertung/76/>, Abrufdatum: 30.09.2022.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2014d) Einleitung des Beratungsverfahrens: Bewertung der Liposuktion bei Lipödem gemäß §§ 135 Absatz 1 und 137c SGB V, online im Internet, URL: <https://www.g-ba.de/beschluesse/1993/>, Abrufdatum: 30.09.2022.

- Gemeinsamer Bundesausschuss (2016) Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ermittlung der nach § 92 Absatz 7d Satz 1 des Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) stellungnahmeberechtigten Medizinproduktehersteller: Liposuktion bei Lipödem - Aufforderung zur Meldung - , in: BAnz AT, 2016, B6.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017a) Ablauf Methodenbewertung, online im Internet, URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4347/2018-02-08_G-BA_Grafik_Ablauf%20Methodenbewertung_bf.pdf.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017b) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung: Liposuktion bei Lipödem, in: BAnz AT, 2017, B3.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017c) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Liposuktion bei Lipödem, in: BAnz AT, 2017, B4.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017d) Bewertung der Methode Liposuktion bei Lipödem (§ 137e SGB V), online im Internet, URL: <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/methodenbewertung/118/>, Abrufdatum: 30.09.2022.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017e) Methodenbewertung Liposuktion bei Lipödem bietet Potenzial als Behandlungsalternative, Pressemitteilung, 2017, 28.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017f) Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung: Liposuktion bei Lipödem, online im Internet, URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4488/2017-07-20_KHMe-RL_Liposuktion_TrG.pdf.

- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017g) Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Liposuktion bei Lipödem, online im Internet, URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4489/2017-07-20_MVV-RL_Liposuktion_TrG.pdf.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017h) Zusammenfassende Dokumentation Beratungsverfahren nach §§ 135 Absatz 1, 137c SGB V Liposuktion bei Lipödem, online im Internet, URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4515/2017-07-20_KHMe-RL_Liposuktion_ZD.pdf.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2018a) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur Erprobung der Liposuktion beim Lipödem, in: BAnz AT, 2018, B1.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2018b) Liposuktion bei Lipödem: Eckpunkte für Studie stehen fest, Pressemitteilung, 2018, 01.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2018c) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems (Erprobungs-Richtlinie Liposuktion; Erp-RL Liposuktion), in: BAnz AT, 2018, B1.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019a) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung: Liposuktion bei Lipödem im Stadium III, in: BAnz AT, 2019, B2.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019b) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Liposuktion bei Lipödem im Stadium III, in: BAnz AT, 2019, B3.

- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019c) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion): Erstfassung, in: BAnz AT, 2019, B4.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019d) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Wiederaufnahme von Bewertungsverfahren gemäß §§ 135 Abs. 1 und 137c Abs. 1 SGB V: Liposuktion beim Lipödem Stadium III, online im Internet, URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3696/2019-02-21_MVV-RL_Wiederaufnahme-Liposuktion-Lipoedem-Stadium-III.pdf.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019e) Liposuktion wird befristet Kassenleistung bei Lipödem in Stadium III, Pressemitteilung, 2019, 25.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019f) Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung: Liposuktion bei Lipödem im Stadium III, online im Internet, URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6043/2019-09-19_KHMe_Liposuktion-Lipoedem-III_TrG.pdf.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019g) Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Liposuktion bei Lipödem im Stadium III, online im Internet, URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6044/2019-09-19_MVV-RL_Liposuktion-Lipoedem-III_TrG.pdf.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021) LIPLEG – Liposuktion bei Lipödem in den Stadien I, II oder III, online im Internet, URL: <https://www.g-ba.de/studien/erprobung/lipleg-studie/>, Abrufdatum: 22.09.2022.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2022a) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung: Liposuktion bei Lipödem, online im Internet, URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5629/2022-09-15_KHMe-RL_Liposuktion_Verlaengerung-Aussetzung.pdf.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2022b) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Liposuktion bei Lipödem, online im Internet, URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5628/2022-09-15_MVV-RL_Liposuktion_Verlaengerung-Aussetzung.pdf.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2022c) Beschluss zur Einleitung des Stimmverfahrens gemäß § 91 Absatz 5 sowie § 92 Absatz 7d Satz 1 Halbsatz 1 des Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) über die Verlängerung der Gültigkeitsdauer der Aussetzungsbeschlüsse zur Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) und Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung (KHMe-RL): Liposuktion bei Lipödem, online im Internet, URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5602/2022-08-25_135-137c_Einleitung_SN_Verlaengerung_Aussetzung_Liposuktion-bei-Lip%C3%B6dem.pdf.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2022d) Tragende Gründe des Gemeinsamen Bundesausschusses - über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Liposuktion bei Lipödem - über eine Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung: Liposuktion bei Lipödem, online im Internet, URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8834/2022-09-15_MVV-RL_KHMe-RL_Liposuktion_Verlaengerung-Aussetzung_TrG.pdf.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2022e) Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses, in: BAnz AT, 2022, B4.

-
- Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.a) Aufgabe und Arbeitsweise, online im Internet, URL: <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/aufgabe-arbeitsweise/>, Abrufdatum: 18.09.2022.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.b) Bedarfsplanung, online im Internet, URL: <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/>, Abrufdatum: 23.09.2022.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.c) Bewertungsverfahren, online im Internet, URL: <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/>, Abrufdatum: 30.09.2022.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.d) Methodenbewertung, online im Internet, URL: <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/>, Abrufdatum: 23.09.2022.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.e) Plenum, online im Internet, URL: <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/plenum/>, Abrufdatum: 28.09.2022.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.f) Unterausschüsse, online im Internet, URL: <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/unterausschuesse/>, Abrufdatum: 18.09.2022.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.g) Wer wir sind, online im Internet, URL: <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/>, Abrufdatum: 18.09.2022.
- Gemke G. Dr., Vossenkuhl C. (2012) Kostenübernahme einer Liposuktion bei Lipödem, in: ästhetische dermatologie, 2012, 4, S. 40, DOI: <https://doi.org/10.1007/s12634-012-0309-8>.

- GKV-Spitzenverband (2020) Aufgaben und Ziele, online im Internet, URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/der-verband/aufgaben-und-ziele/aufgaben-und-ziele.jsp, Abrufdatum: 23.09.2022.
- GKV-Spitzenverband (2022a) Der Verband, online im Internet, URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/der-verband/wir-ueber-uns.jsp, Abrufdatum: 23.09.2022.
- GKV-Spitzenverband (2022b) Die gesetzlichen Krankenkassen, online im Internet, URL: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv-grundprinzipien/alle-gesetzlichen-krankenkassen/alle-gesetzlichen-krankenkassen.jsp>, Abrufdatum: 23.09.2022.
- Herpertz U. (1995) Das Lipödem, in: Lymphologie, 1995, 19, S. 1-7, F. K. Schattauer Verlagsgesellschaft GmbH 1995.
- Hesse U. et al. (2021) Lipödem heute: Zwischen konservativer Therapie, Liposuktion und Adipositaschirurgie, in: Aktuelle Dermatologie, 2021, 47, 10, Thieme, S. 441-450, DOI: 10.1055/a-1525-5956.
- ICD-Code (2022) E88.- Sonstige Stoffwechselstörungen, Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.), 2022, 10. Revision, online im Internet, URL: <https://www.icd-code.de/icd/code/E88.-.html>, Abrufdatum: 30.09.2022.
- IQWiG (o. J.a) Aufgaben und Ziele des IQWiG, Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg.) online im Internet, URL: <https://www.iqwig.de/ueber-uns/aufgaben-und-ziele/>, Abrufdatum: 30.09.2022.

-
- IQWiG (o. J.b) Auftraggeber und Finanzierung des IQWiG, Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.iqwig.de/ueber-uns/aufgaben-und-ziele/auftraggeber-und-finanzierung/>, Abrufdatum: 30.09.2022.
- Jandali Z. et al. (2021) Das Lipödem, Ein Patientenratgeber, Jandali Z. Jiga L. (Hrsg.), Springer, Berlin, DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-62415-9>.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (o. J.a) Interessenvertretung, online im Internet, URL: <https://www.kbv.de/html/426.php>, Abrufdatum: 30.09.2022.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (o. J.b) Sicherstellung, online im Internet, URL: <https://www.kbv.de/html/436.php>, Abrufdatum: 30.09.2022.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (o. J.c) Versorgung, online im Internet, URL: <https://www.kbv.de/html/1575.php>, Abrufdatum: 30.09.2022.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (o. J.d) Wer wir sind, online im Internet, URL: <https://www.kbv.de/html/437.php>, Abrufdatum: 30.09.2022.
- Klodt H. Prof. Dr. et al. (2018) Marktversagen, in: Gabler Wirtschaftslexikon, Springer Gabler / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, online im Internet, URL: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/marktversagen-37289/version-260727>, Abrufdatum: 30.09.2022.
- Krankenkassenzentrale (2022) Private Krankenversicherung und Kostenabrechnung: Vorteile des Kostenerstattungsprinzips der PKV, Zentrale für Well-Being (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/private-krankenversicherung-kostenabrechnung>, Abrufdatum: 18.09.2022.
- Marshall M., Schwahn-Schreiber C. (2011) Prävalenz des Lipödems bei berufstätigen Frauen in Deutschland (Lipödem-3-Studie), in: Phlebologie, 2011,

40, 03, S. 127-134, Schattauer GmbH (Hrsg.), DOI: 10.1055/s-0037-1621766.

Meier-Vollrath I. et al. (2005) Lipödem: Verbesserte Lebensqualität durch Therapiekombination, in: Deutsches Ärzteblatt, 2005, 102, 15, S. A1061 – A1067, Deutscher Ärzteverlag GmbH, Berlin.

Motamedi M. et al. (2018) Kostenübernahmen beim Lipödem – was ist zu beachten?, in: Handchir Plast Chir, 2019, 51, S. 139 – 143, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, DOI: <https://doi.org/10.1055/a-0826-4844>.

Nobilitas (2022) Vergleich GKV / PKV, online im Internet, URL: <https://www.nobilitas.de/private-krankenversicherung/vergleich-gkv-pkv/>, Abrufdatum: 23.09.2022.

Patientenvertretung (2014) Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB) Antrag der Patientenvertretung nach § 140f SGB V auf Überprüfung der Methode Liposuktion bei Lipödem nach § 135 und § 137c SGB V, Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.), online im Internet, URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-2808/2014-05-22_135-137c-SN_Antragsannahme_Liposuktion-bei-Lip%C3%B6dem_Antrag.pdf.

Phlebology.de (o. J.) Lipödem, Deutsche Gesellschaft für Phlebologie e.V. (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.phlebology.de/patienten/venenkrankheiten/lipoedem/>, Abrufdatum: 18.09.2022.

pkv.de (o. J.a) Abrechnung ärztlicher Leistungen (GOÄ), Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.pkv.de/wissen/versorgung/abrechnung-aerztlicher-leistungen-goae/>, Abrufdatum: 18.09.2022.

pkv.de (o. J.b) Private Kranken- und Pflegeversicherung, Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.), online im Internet, URL:

<https://www.pkv.de/wissen/private-krankenversicherung/>, Abrufdatum: 18.09.2022.

pkv.de (o. J.c) Versorgungsstrukturen der PKV, Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.pkv.de/wissen/versorgung/>, Abrufdatum: 01.10.2022.

PKV-Wiki (2022) Die Versichertenstruktur in der PKV, in: VersicherungsWiki, Internetportal, online im Internet, URL: <https://www.pkv.wiki/cms/pkv/info/grundlagen/pkv/die-versichertenstruktur-in-der-pkv>, Abrufdatum: 18.09.2022.

Podda M. et al. (2021) Eine randomisierte, kontrollierte, multizentrische, Prüferverblindete klinische Studie zum Vergleich der Wirksamkeit und Sicherheit einer Operation im Vergleich zu einer komplexen physikalischen Entstauungstherapie bei Lipödem (LIPLEG), National Library of Medicine (Hrsg.), online im Internet, DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34717741/>, Abrufdatum: 22.09.2022.

Rapprich S. et al. (2010) Liposuktion ist eine wirksame Therapie beim Lipödem – Ergebnisse einer Untersuchung mit 25 Patientinnen, in: Journal of the German Society of Dermatology, 2011, 1, 9, S. 33-41, Blackwell Verlag GmbH, Berlin, DOI: 10.1111/j.1610-0387.2010.07504x.

Raffelhüschchen B. Prof. Dr. et al. (o. J.) Adverse Selektion, Gabler Versicherungswörterbuch, in: versicherungsmagazin, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, online im Internet, URL: <https://www.versicherungsmagazin.de/lexikon/adverse-selektion-1944440.html>, Abrufdatum: 22.09.2022.

Schmeller W., Meier-Vollrath I. (2003) Erfolgreiche operative Therapie des Lipödems mittels Liposuktion, in: Phlebologie, 2004, 1, S. 23-29, Schattauer GmbH.

-
- Schmeller W., Meier-Vollrath I. (2007) Das Lipödem: neue Möglichkeiten der Therapie, in: Schweiz Med Forum, 2007, 7, S. 150-155.
- Schmeller W., Meier-Vollrath I. (2009) Lipödem und Liposuktion: Erfahrungen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, in: LymphForsch, 2009, 13, 2, S. 95-102.
- Schmeller W. et al. (2010) Langzeitveränderungen nach Liposuktion bei Lipödem, in: LymphForsch, 2010, 14, 2, S. 17-28.
- Schneider U. (2002) Beidseitige Informationsasymmetrien in der Arzt-Patient-Beziehung: Implikationen für die GKV, in: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, 2002, 71, 4, S. 447-458, Duncker & Humblot, Berlin, ISSN 1861-1559, DOI: <https://doi.org/10.3790/vjh.71.4.447>.
- Wendt C. (2013) Gesundheit und Gesundheitssystem, in: Mau S., Schöneck N. (Hrsg.), Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands, S. 344-361, Springer VS, Wiesbaden, DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-531-18929-1_23.

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbständig angefertigt, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe und die Überprüfung mittels Anti-Plagiatssoftware dulde.

Ulm, 03.10.2022

Ort, Datum



Unterschrift