



Stellungnahme über eine

- **Änderung der Richtlinien Methoden Krankenhausbehandlung (KHMe-RL) und Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) sowie**
- **Richtlinie zur Qualitätssicherung: Liposuktion bei Lipödem im Stadium III**

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V. (DGPRÄC)	
26.07.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 3 Methode</p> <p>GKV-SV (3) 1Die Durchführung erfolgt in Tumeszenz-Lokalanästhesie oder in Allgemeinanästhesie. 2Bei der Durchführung in Allgemeinanästhesie ist die zusätzliche Verwendung eines Lokalanästhetikums zu begründen. 3Die Begründung ist in der Patientenakte zu dokumentieren. Bei Tumeszenz-Lokalanästhesie ist die maximale Wirkstoffdosierung des Lokalanästhetikums nicht zu überschreiten.</p>	<p>Da eine Tumeszenz-Lokalanästhesie bei Stadium III nur begrenzt möglich ist, da ausgedehnte Bereiche zur adäquaten Volumenreduktion angegangen werden müssen, sollte hier auch die Anlogsedierung aufgenommen werden. Bei ausgeprägten Befunden hat sich prinzipiell die Operation in Vollnarkose bewährt. (1-3)</p>
<p>§ 4 Diagnose und Indikationsstellung (2) Für eine Diagnose des Lipödems in Stadium III müssen alle folgenden Kriterien erfüllt sein: a) Disproportionale Fettgewebsvermehrung (Extremitäten-Stamm) mit großlappig überhängenden Gewebeanteilen von Haut und Subkutis, b) Fehlende Betroffenheit von Händen und Füßen, c) Druckempfindlichkeit oder Berührungsschmerz im Weichteilgewebe der betroffenen Extremitäten, d) Hämatomneigung, e) Ödeme in den betroffenen Extremitäten.</p>	<p>Da Ödeme nicht immer vorhanden sind, sollte der Begriff „alle“ hier gestrichen werden. Eine erhöhte Kapillarpermeabilität kann, muss aber nicht bestehen. (4/5 /9).</p>
<p>§ 4 Diagnose und Indikationsstellung</p> <p>GKV-SV (3) Die Liposuktion beim Lipödem darf bei ambulanter Operation nur nach Überweisung und bei belegärztlicher bzw. stationärer Behandlung nach Verordnung von Krankenhausbehandlung erfolgen.</p>	<p>Insbesondere im Stadium III, bei oft erhöhtem BMI besteht ein erhöhtes Risiko bei einer ambulanten Operation, oft ist der Eingriff nur in Vollnarkose möglich und sollte stationär überwacht werden. So führt die S3 Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen aus: „Für das perioperative Management bei adipositaschirurgischen bzw. metabolischen Eingriffen gibt es einige Besonderheiten, die aus dem erhöhten</p>



Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V. (DGPRÄC)	
26.07.2019	
<p>Die Überweisung bzw. Verordnung von Krankenhausbehandlung erfolgt auf der Grundlage der in Absatz 2 genannten Diagnosekriterien durch einen Arzt oder eine Ärztin, der oder die die Patientin über mindestens sechs zurückliegende Monate betreut und während dieses Zeitraums Maßnahmen der konservativen Therapie (komplexe physikalische Entstauungstherapie, KPE) angeordnet hat.</p>	<p>Risikoprofil der Patienten (hoher BMI, Begleiterkrankungen etc.) resultieren.</p> <p>Adipositaschirurgische bzw. metabolische Eingriffe sind Elektivoperationen und sollten in der Regel stationär durchgeführt werden.“</p> <p>Literatur 6/7</p> <p>Dies ist auch unter §5 (5) zu beachten.</p> <p>Es muss nicht derselbe Arzt sein, Einweisung kann auch durch Hausarzt oder durch Hochschulambulanz erfolgen</p>
<p>§ 4 Diagnose und Indikationsstellung</p> <p>(4) DKG, KBV, GKV-SV PatV ärztlich festgestellt wurde, dass durch den überweisenden oder verordnenden Arzt oder die überweisende oder verordnende Ärztin schriftlich gegenüber dem indikationsstellenden Operateur oder der Operateurin bestätigt ist, dass</p>	<p>Die Ausformulierung des GKV-SV wird von uns bevorzugt, da schriftliche Dokumentation gefordert. Wie oben angemerkt, kann die Verordnung aus unserer Sicht auch durch den Hausarzt oder eine Hochschulambulanz erfolgen.</p>
<p>§ 4 Diagnose und Indikationsstellung</p> <p>(4) a GKV-SV b) bei Patientinnen mit einem Körpergewicht von mehr als 120 kg eine Behandlung der Adipositas stattfindet. Die Einbettung der Liposuktion in ein entsprechendes Behandlungskonzept ist darzustellen.</p>	<p>Da das Körpergewicht relativ ist, sollte hier nach WHO Klassifikation BMI ≥ 35 kg/m² formuliert werden. Wir unterstützen die Forderung, bei Bedarf auch eine Adipositasbehandlung durchzuführen! Diese sollte engmaschig überwacht werden!</p> <p>Es ist insbesondere bei begleitender Adipositas aber auch grundsätzlich</p>



Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V. (DGPRÄC)	
26.07.2019	
	<p>beim Lipödem Stadium III mit Hautüberschüssen nach der Behandlung zu rechnen, „insbesondere bei fortgeschrittenen Stadien und älteren Patientinnen können Straffungsoperationen notwendig sein.“ Aus (2) + (7/14/15)</p> <p>Deren Resektion durch Plastische und Ästhetische Chirurgen ist daher bereits im Beschlussentwurf zu integrieren, etwa unter §5 eingriffsbezogene Qualitätssicherung.</p>
<p>§ 5 Eingriffsbezogene Qualitätssicherung</p> <p>DKG, KBV, PatV (2) 1Die Indikationsstellung und die Durchführung der Methode erfolgt durch Fachärztinnen und Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie oder Fachärztinnen und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemein Chirurgie oder Fachärztinnen und Fachärzte für Gefäßchirurgie. (3) Fachärztinnen und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemein Chirurgie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Gefäßchirurgie müssen ihre Befähigung zur Durchführung der Liposuktion anhand von 10 dokumentierten</p>	<p>GKV-SV (2) 1Die Indikationsstellung und die Durchführung der Methode erfolgt durch Fachärztinnen und Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten. (3) 1Fachärztinnen und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten müssen ihre Befähigung zur Durchführung der Liposuktion bei Lipödem anhand von 20 innerhalb der letzten zwei Jahre dokumentierten Eingriffen unter Anleitung nachgewiesen haben. 2Die Anleitung erfolgt durch einen Arzt, der mindestens 50 Liposuktionen bei Lipödem selbständig durchgeführt hat. 3Satz 1 gilt nicht für Fachärztinnen und Fachärzte für Haut- und</p>
	<p>Für die DGPRÄC war schon im Stellungnahmeverfahren zur Erprobungsstudie nicht nachvollziehbar, dass die Liposuktion beim Lipödem schlussendlich auch durch Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheit erbracht werden durfte. Die dokumentierte Argumentation des G-BA dazu: „Die Anmerkungen werden unter Berücksichtigung der einschlägigen Inhalte der fachärztlichen Ausbildung zum Anlass genommen, die sprachliche Eingrenzung des ursprünglichen BE bezüglich der angesprochenen Facharztgruppen aufzuheben.“ Bleibt für uns nicht nachvollziehbar, da lediglich Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie das Verfahren in ihrer Weiterbildung erlernen (WBO 2014 50 Aspirationslipekotomien). Warum greift der Facharztstandard bei diesem Kollektiv im Rahmen des SGB V nicht?</p> <p>Aus unserer Sicht wären für Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten zumindest die Anforderungen des GKV-SV anzusetzen. Fachärzte für Allgemein Chirurgie sollten gar nicht, Fachärzte für Gefäßchirurgie lediglich im Rahmen der Diagnostik zugelassen werden!</p>



Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V. (DGPRÄC)

26.07.2019

Eingriffen nachgewiesen haben.

Geschlechtskrankheiten, die mindestens zwei Jahre vor Inkrafttreten dieser Richtlinie Liposuktionen bei Lipödem regelmäßig erbracht haben.
(4) 1Vertragsärztlich tätige Fachärztinnen und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten müssen ihre Befähigung zur Durchführung der Liposuktion gegenüber ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben.
2Die Fachärztinnen und Fachärzte müssen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung ihrer fachlichen Befähigung an speziellen Fortbildungsmaßnahmen zur Liposuktion bei Lipödem, nachgewiesen durch mindestens 20 Fortbildungspunkte innerhalb eines Zeitraums von jeweils 2 Jahren, teilnehmen

Insbesondere das Lipödem im Stadium III stellt hohe fachliche Anforderungen, das Komplikationsrisiko ist hoch, Patienten sind hier vor fachfremden Operateuren zu schützen!

§ 5 Eingriffsbezogene Qualitätssicherung

(5) GKV-SV
Im Rahmen einer eingriffsbezogenen Risikoabwägung muss jeweils die maximale Infiltrationsmenge der Tumescenzlösung, bei Zusatz eines **Lokalanästhetikums** auch unter Berücksichtigung einer maximalen Wirkstoffdosierung festgelegt und dokumentiert werden. Bei der Durchführung in Allgemeinanästhesie sind die besonderen Risiken im Fall der zusätzlichen Verwendung eines Lokalanästhetikums zu beachten.

Wir raten bei ausgeprägtem Befund dringend zur Vollnarkose! Dass Absaugungen bei ausgeprägten Befunden zu schwerwiegenden Nebenwirkungen wie z.B. Methämoglobinämie führen können ist in der Literatur belegt (7). Desweiteren können unter anderem Arrhythmien und schwere Flüssigkeits- und Elektrolytverschiebungen auftreten. (7)
Aus 2: „Unter der Prämisse, dass die verhältnismäßig radikale Absaugung das Ziel einer maximalen, subtotalen



Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V. (DGPRÄC)	
26.07.2019	
	<p>Volumenreduktion des pathologischen Fettgewebes zum Ziel hat, ist aus unserer Sicht eine Allgemeinnarkose zu empfehlen.</p> <p>Aus 2: Entsprechend den Empfehlungen der American Society of Plastic Surgeons sehen wir für umfangreiche und komplexe Liposuktionen mit erheblichen Volumenreduktionen Vorteile in der Allgemeinanästhesie (+ 15/16)</p>
<p>§ 5 Eingriffsbezogene Qualitätssicherung</p> <p>(5) GKV-SV</p> <p>6) Bei jeder Eingriffsplanung ist außerdem eine maximale Menge an abzusaugendem Fettgewebe festzulegen und zu dokumentieren. Mehr als 3.000 ml reinen Fettgewebes pro Eingriff dürfen nur dann abgesaugt werden, wenn die postoperative Nachbeobachtung über mindestens 12 Stunden sichergestellt ist.</p> <p>(...)</p> <p>(8) Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur hat der Leistungserbringer Sorge zu tragen, dass die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht und stationäre Notfalloperationen möglich sind. Einrichtungen, die nicht über eine Intensivstation und die kontinuierliche Möglichkeit zu stationären Notfalloperationen verfügen, haben organisatorisch zu gewährleisten, dass eine im Bedarfsfall erforderliche intensivmedizinische bzw. operative Behandlung der Patientin durch Kooperation mit einer anderen Einrichtung (Zielklinik) erfolgt. Die Übergabe der Patientin in der Zielklinik muss hierbei innerhalb von 30 Minuten nach Indikationsstellung zur intensivmedizinischen Behandlung erfolgen.</p>	<p>Aufgrund eines erhöhten Komplikationsrisikos bei einer Absaugmenge von mehr als 3000 ml fordern wir hier zur Gewährleistung der Patientensicherheit eine grundsätzlich stationäre Behandlung bei Absaugung von mehr als 3.000 ml in einem Eingriff.</p> <ul style="list-style-type: none">- Um im Falle von Komplikationen wie Thrombosen oder Kreislaufveränderungen schnell und präzise handeln zu können.- Liposuktionen größerer Mengen sollten nur mit Assistenz eines Anästhesisten durchgeführt werden; eine konsequente postoperative Notfallversorgung sollte vorhanden sein.- Fettabsaugungen mit einer reinen Infiltrationsmenge von mehr als 4000 ml pro Sitzung (Megaliposuktion) sollten in Operationszentren mit angeschlossener intensivmedizinischer Betreuungsmöglichkeit durchgeführt werden. Diese Empfehlungen beruhen darauf, dass die Gesamtdosierung des verwendeten Lokalanästhetikums in der Tumescenzlösung nicht überschritten werden sollte. Zudem



Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V.
(DGPRÄC)

26.07.2019

spielt die Flüssigkeitsüberladung mit Tumesenzlösung bei Megaliposuktionen ebenfalls eine Rolle . Als Faustregel kann gelten, dass eine maximale Absaugmenge von 6–8 %, des Körpergewichtes in Kilogramm pro Sitzung nicht überschritten werden sollte . (aus 10)

- Aus 11: an Gründen für schwere Komplikationen sind vor allem zu nennen: falsche Patientenselektion, insuffiziente Hygienemaßnahmen, Megaliposuktionen mit Infiltration zu großer Mengen Tumesenzlösung und entsprechender Medikamentenüberdosierung, multiple Eingriffe pro Sitzung, mangelhafte postoperative Überwachung, insuffizientes Komplikationsmanagement
- Aus 12: Liposuktion eignen sich auch zur Behandlung benigner Fettgewebserkrankungen. Es handelt sich hierbei nicht um einen einfachen Eingriff. Vielmehr erfordert die Liposuktionschirurgie umfangreiche Kenntnisse und viel Erfahrung, ansonsten drohen irreversible medizinische oder ästhetische Komplikationen. In der Literatur lassen sich vereinzelt schwerwiegende Komplikationen wie nekrotisierende Fasziitis, „toxic shock syndrome“, Hämorrhagien, Perforation der Bauchorgane und pulmonale Embolien sogar mit Todesfolge finden, die vor allem auf unzureichende Hygienemaßnahmen, Auswahl des falschen Patientenkollektives, Verwendung zu großer Mengen der Tumesenzlokalanästhesie bei Megaliposuktionen und unzureichende postoperative Überwachung zurückzuführen sind.



Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V. (DGPRÄC)

26.07.2019

- Selbst Expertenmeinung 13: aufgrund von balancierter Flüssigkeitssubstitution, möglicher Kreislaufreaktionen werden Patienten für eine Nacht in der Klinik überwacht
- Aus 2 (Expertenmeinung): postoperativer Kontrolle des Hb-Wertes und der Elektrolyte sowie bei kreislaufstabilem Patienten, kann eine Entlassung in die Häuslichkeit erfolgen.wird dringend von einer ambulanten Durchführung dieses Eingriffes abgeraten.

Bei Patienten mit ausgeprägtem Risikoprofil (Komorbiditäten, etwa erhöhtes Kardio – vaskuläres Risikoprofil, neurologisch – psychiatrische Erkrankung, ältere Patienten (> 50 (7))Methämoglobinämie und BMI > 35, Absaugung mehr als 3.000 ml), halten wir 30 Minuten für zu lang, hier sollte zwingend stationär mit entsprechender Infrastruktur behandelt werden.

(7/ 11-14)

§ 5 Eingriffsbezogene Qualitätssicherung

Aus Sicht der DGPRÄC wäre nach den Ergänzungen des GKV-SV einzufügen:

(9) KPE sollte Post-Op erfolgen und dokumentiert werden.

(10) Kommt es nach dem Eingriff dauerhaft zu Haut- und Gewebeüberschüssen, hat eine Dermolipektomie durch einen Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie zu erfolgen.

Nach und zwischen den OPs ist Lymphdrainage + Flachstrickkompression vor (mind 6 Monate) + nach OP

erforderlich, um das Ergebnis zu stabilisieren. Literatur 2 / 10/ 17

Insbesondere bei begleitender Adipositas sind Haut- und Gewebeüberschüsse zu erwarten. Wie in der S3 Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolische Erkrankungen in „6.4. Plastische



Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V. (DGPRÄC)	
26.07.2019	
<p>(11) Die Daten der Patientinnen sind in einem unabhängigen Register zu dokumentieren und auszuwerten, dies über mindestens zwei Jahre.</p>	<p>Operationen nach adipositaschirurgischen bzw. metabolischen Eingriffen¹“ formuliert, sollten bei Bedarf durch Plastische Chirurgen entsprechende Straffungsoperationen erfolgen. Literatur 7/2</p> <p>Um die Evidenz sowie die Patientensicherheit zu erhöhen, ist eine enge Dokumentation und Auswertung vorzusehen. So dass schließlich auch Fragen nach dem optimalen Setting (ambulant/ stationär), Begleittherapien, Komorbiditäten und Nachhaltigkeit mit mehr Evidenz untermauert werden können. Wir regen daher, wie schon 2016 erneut ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach §137f, SGB V an, damit das Verfahren mit mehr Evidenz untermauert werden kann. In jedem Fall sollten die Patientinnen in einem Register erfasst werden.</p>

Literatur:

1. Dadras M, Mallinger PJ, Corterier CC et al. Liposuction in the Treatment of Lipedema: A Longitudinal Study. Archives of plastic surgery 2017; 44: 324–331
2. Ghods M et al. Operative Behandlung des Lipödems Handchir Mikrochir Plast Chir 2018; 50: 400–411
3. Long-term Outcome After Surgical Treatment of Lipedema, Ann Plast Surg 2012;68: 303–307
4. S1-Leitlinie Lipödem AWMF Registernummer 037-012
5. Földi M, Földi E, Kubik S. Lehrbuch der Lymphologie. Stuttgart, New York: Gustav Fischer 2005

¹ https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-001l_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf



6. S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen, Version 2.3 (Februar 2018) AWMF-Register Nr. 088-001
7. Wollina et al., Treatment of elderly patients with advanced lipedema: a combination of laser-assisted liposuction, medial thigh lift, and lower partial abdominoplasty *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology* 2014;7 35–42
8. Dullenkopf et al., Lokalanästhetika, *Anaesthesist* 2003 · 52:329–340
9. Weissleder H, Schuchhardt C. Erkrankungen des Lymphgefäßsystems, Viavital-Verlag, Kapitel 8 Lipödem
10. Motamedi M et al. Kostenübernahmen beim Lipödem ... *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2019; 51: 139–143/140
11. Lehnhardt M, Homann H. H., Druücke D, Steinstraesser L, Steinau, H.U. Liposuktion-kein Problem? *Der Chirurg*, September 2003, Volume 74, Issue 9, pp 808–814|
12. Sattler G, Eichner S. Komplikationen bei Eingriffen am Fettgewebe, *Hautarzt*, March 2013, Volume 64, Issue 3, pp 171–179
13. Heck F.-C., Witte T. Standards in der Lipödem-Chirurgie, *Plastische Chirurgie*, 03/2018, pp134–139
14. Wollina et al., Debulking surgery for elephantiasis nostras with large ectatic podoplanin-negative lymphatic vessels in patients with lipo-lymphedema., *Eplasty*. 2014 Feb 28;14:e11
15. Iverson RE, Lynch DJ. Practice advisory on liposuction. *Plastic and reconstructive surgery* 2004; 113: 1478–1495
16. Hoefflin SM, Bornstein JB, Gordon M. General anesthesia in an office-based plastic surgical facility: a report on more than 23 000 consecutive office-based procedures under general anesthesia with no significant anesthetic complications. *Plastic and reconstructive surgery* 2001; 107: 243–251; discussion 252–247
17. Szolnoky G et al., Complex decongestive physiotherapy decreases capillary fragility in lipedema., *Lymphology* 2008 / 41 (S161-66)