Liposuktion beim Lipödem als kassenärztliche Leistung

Pro und Kontra unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Aspekte

W. Schmeller, I. Meier-Vollrath Hanse-Klinik, Lübeck

Zusammenfassung

In den Leitlinien zum Lipödem ist – neben den konservativen Maßnahmen – die operative Behandlung mittels Liposuktion als Standardtherapie vorgesehen. Die Kostenübernahme dafür wird jedoch von den gesetzlichen Krankenkassen überwiegend abgelehnt. Dies wird mit juristischen und medizinischen Aspekten begründet. Primär entscheidend sind jedoch offensichtlich die sozioökonomischen Bedingungen unseres auf Solidarität beruhenden Gesundheitssystems.

Diesbezüglich wird neuerdings versucht, mittels objektiver Kriterien in Form von Priorisierungen die Wertigkeiten unterschiedlicher Therapien zu beurteilen und entsprechende Rangfolgen zu erstellen. Ob durch Liposuktion(en) neben einer Verbeserung der Lebensqualität auch eine Reduzierung der Lebenszeit-Therapiekosten erfolgt, ist bisher noch nicht untersucht worden.

Schlüsselwörter: Liposuktion, Lipödem, gesetzliche Krankenkassen, Priorisierung

Summary

In the guidelines for lipedema treatment, in addition to decongestive therapy, surgical therapy (liposuction) is advised as a standard treatment. However, in most cases the German social health insurance system refuses to pay for the costs of treatment. While primarily medical arguments are cited, it is clear that this refusal is chiefly due to the socioeconomic restrictions in the German social health insurance system.

At present objective criteria in the form of prioritization are being tested for evaluation and to create a ranking list for the validity of treatment. For liposuction it is not yet clear whether in addition to an improvement in the quality of life, a reduction in lifetime treatment costs can be achieved.

Key words: liposuction, lipedema, social health insurance system, prioritization

Bei der Erörterung der Frage, ob die Kosten der Liposuktion beim Lipödem von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden sollten, sind – neben sozialen und politischen Aspekten – medizinische, psychologische, juristische und vor allem auch ökonomische Argumente zu berücksichtigen. Entscheidend sind einerseits die Bestimmungen, welche die Leistungspflicht der Krankenversicherungen regeln, andererseits aber auch die Möglichkeiten, diese Bestimmungen anhand von Einzelfallentscheidungen zu variieren bzw. zu erweitern. Zusätzlich spielen die begrenzten

finanziellen Mittel unseres nach Solidarprinzipien aufgebauten Gesundheitssystems eine entscheidende Rolle.

Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die 1989 in Kraft getretenen Bestimmungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind im Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) zusammengefasst. Sie weisen den Krankenversicherungen die Aufgabe zu, die Gesundheit der Versicherten

zu erhalten, wiederherzustellen oder zu verbessern. Die in Kapitel 3 aufgeführten Versicherungsleistungen müssen aufgrund des für die ärztliche Verordnung relevanten Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V) ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; ferner dürfen sie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Darüber hinausgehende Leistungen dürfen Ärzte nicht erbringen und Kassen nicht bezahlen.

Besonders die Begriffe "ausreichend" und "zweckmäßig" sind jedoch für die meisten Erkrankungen nicht exakt definiert. Diesbezüglich sollen – speziell für die Therapie – die inzwischen in allen Fachbereichen etablierten Leitlinien klare Orientierungen und Handlungsanweisungen geben.

Leitliniengerechte Behandlung des Lipödems

In den für das Vorgehen der Ärzte maßgeblichen Leitlinien zum Lipödem (aktuelle Fassung: 2009) sind die konservative Therapie (Manuelle Lymphdrainage, Kompression) zur Ödemreduktion und die operative Therapie (Liposuktion) zur Fettreduktion aufgeführt. Weitere Maßnahmen wie Sport können zwar zur Reduktion eines erhöhten Körpergewichts eingesetzt werden, haben aber keinen relevanten Einfluss auf die umschriebenen krankhaften Fettvermehrungen bzw. die Beschwerden des Lipödems [13].

Ablehnung der Liposuktion durch die Krankenkassen

Während die gesetzlichen Krankenkassen die konservative Behandlung – mit Einschränkungen – übernehmen, wird die Kostenübernahme für die Liposuktion in den allermeisten Fällen abgelehnt. Dies erfolgt nach Beurteilung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), der als sozialmedizinisches Beratungsorgan Art und Umfang von Leistungen der Kassen prüft [2, 7] und so letztendlich auch bestimmt.

Von Seiten der Ärzte und der Patientinnen wird die operative Therapie vorwiegend aus medizinischen, aber auch





Abb. 1:Lipödem Stadium II. a: Ausgangsbefund; b: sechs Monate nach Entfernung von 2.800 ml Fettgewebe aus den Unterschenkeln

aus psychologischen Gründen favorisiert. Demgegenüber werden von Seiten des MDK sowohl medizinische als auch juristische Gründe dagegen aufgeführt [11].

Liposuktion: Pro

Für den Eingriff sprechen:

a) Medizinische Gründe

Die alleinige konservative Therapie (Komplexe bzw. Kombinierte Physikalische Entstauungstherapie, KPE) ist beim Lipödem nicht ausreichend, da sie nur einen Teilaspekt der Erkrankung erfasst. Die Manuelle Lymphdrainage bessert nur kurzzeitig, das heißt für wenige Tage, das Ödem. Daher wird versucht, den Erfolg der Entstauung mittels Kompression zu verlängern. Beide Maßnahmen müssen kontinuierlich wiederholt und lebenslang durchgeführt werden. Trotzdem bleiben die behandelten Beine weiterhin unproportional dick. Durch die KPE können zwar ödembedingte Beschwerden reduziert werden; es kann jedoch weder die pathologisch erhöhte Fettgewebsmenge reduziert noch die typische Progredienz der Erkrankung gebremst werden.

Dies ist nur mithilfe der operativen Therapie möglich. Die Liposuktion reduziert bzw. beseitigt das krankhaft vermehrte Fettgewebe, wodurch wieder eine adäquate Beinform mit "normalen" Körperproportionen erzielt wird (Abb. 1). Die Verbesserung der Morphologie führt auch zu einer Verbesserung der Beweglichkeit. Durch die Verkleinerung des epifaszial gelegenen Subkutanraumes kommt es postoperativ auch noch zu einer Ödemreduktion. Dies bewirkt eine deutliche Beschwerdeminderung und teilweise auch eine Beseitigung von Spannungsgefühl, Druckschmerzen und Berührungsempfindlichkeit. Etwa die Hälfte der Operierten berichten zusätzlich über ein Verschwinden der Hämatome [10]. Somit reduziert die Liposuktion zusätzlich die konservative Behandlung bzw. macht sie in einem Teil der Fälle überflüssig.

b) Psychologische Gründe

Neben der Besserung der körperlichen Aspekte tritt auch noch eine Linderung der psychologischen Probleme ein. Auf deren große Bedeutung wurde bereits in den ersten Publikationen zum Lipödem hingewiesen [14].

Die nicht selbst verschuldete Disproportion durch die krankhafte Fettgewebs-

vermehrung, die teilweise entstellenden Charakter annehmen kann, führt bei den Betroffenen zu einer starken emotionalen Belastung. Das Stigma der nicht mehr akzeptablen Körperform in einer auf das Äußere fixierten Umwelt ist für die betroffenen Frauen ein großes und oft unverstandenes Problem. Das Wissen um die Progredienz des Befundes verschlimmert diese Situation. Die dadurch bedingte reduzierte Lebensqualität kann nur durch die Liposuktion maßgeblich verbessert werden.

Liposuktion: Kontra

Gegen die Liposuktion werden von Seiten der Krankenkassen folgende Argumente aufgeführt [11]:

a) Juristische Gründe

Die Liposuktion wurde bisher als Behandlungsmethode vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht befürwortet. Daher sei eine Erstattung über die Kassen nicht möglich. Es gibt aber immer wieder gesetzliche Krankenkassen, die aufgrund von Einzelfallentscheidungen die Kosten für den operativen Eingriff übernehmen.

b) Medizinische Gründe

Die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen diesbezüglich aufgeführten Gründe sind unwahr bzw. nicht stichhaltig. In der überwiegenden Zahl der Fälle wurden die folgenden Behauptungen aufgestellt:

- beim Lipödem handele es sich nicht um eine behandlungsbedürftige Erkrankung im Sinne der Krankenversicherung
- beim Lipödem bestünden keine Beschwerden
- das Lipödem sei konservativ (noch) nicht ausbehandelt
- die Liposuktion sei zu gefährlich
- die Liposuktion sei so ungefährlich, dass sie auch ambulant durchgeführt werden könne; ein kurzstationärer Aufenthalt von einer Nacht, das heißt eine stationäre Therapie, sei somit nicht notwendig
- der Erfolg der Liposuktion sei wissenschaftlich nicht erwiesen
- die Leitlinien seien nicht evidenzba-

siert.

Diese und andere falsche Aussagen der Krankenkassen, die sich immer auf Beurteilungen des MDK stützen, haben unter anderem dafür gesorgt, dass der ursprüngliche Respekt vor der Institution des MDK [4] zunehmend verloren gegangen ist und bei vielen Ärzten Ressentiments ("Schikane") und Gefühle der Ohnmacht entstanden sind.

c) Wissenschaftliche Gründe

Obwohl es im deutschen Sprachraum inzwischen zahlreiche Publikationen zur Wirksamkeit der Liposuktion [13] gibt, existieren - auch in der internationalen Literatur - weder randomisierte Studien noch Kohortenstudien oder Metaanalysen. Ferner wird der Begriff "Krankheit" unterschiedlich definiert. So ist im krankenversicherungsrechtlichen Sinne eine Operation nur dann notwendig, wenn ein regelwidriger Körperzustand vorliegt. Nicht jede körperliche Unregelmäßigkeit ist im Rechtssinne krankhaft. Eine für die krankenversicherungsrechtliche Leistungspflicht maßgebliche Krankheit liegt nur vor, wenn der Versicherte in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder wenn die anatomische Abweichung entstellend wirkt.

d) Finanzielle Gründe

In Zeiten der "Kostendämpfung" wird – gesteuert über den MDK – prinzipiell versucht, aktuell anfallende Ausgaben zu streichen oder zu reduzieren. Dazu bieten sich insbesondere bisher nicht eingesetzte, das heißt neu etablierte Behandlungsformen an. Von diesen wird behauptet, dass sie das Maß des Notwendigen überschreiten, da "ausreichend konservative Therapiealternativen zur Verfügung stehen", die "noch nicht ausgeschöpft" seien.

Rationierung im Gesundheitssystem

Aufgrund der Mittelknappheit im Gesundheitswesen ist es verständlich, dass nicht mehr alle medizinischen Leistungen für alle gesetzlich Krankenversicherten finanziert werden können. Eine bewusste Vorenthaltung medizinisch notwendiger

Leistungen wird als Rationierung bezeichnet. Darunter versteht man den Ausschluss oder die Verschiebung von Leistungen (Wartezeit) – wie dies in der Lymphologie bereits bei der MLD erfolgt - als Folge knapper Geldmittel (Budgetierung) oder durch personelle Engpässe (zum Beispiel Ärzte- oder Therapeutenmangel). In anderen Ländern - etwa in Großbritannien - wird bei der Planung von Gesundheitsleistungen bereits gezielt rationiert. Dort wird beim Zugang zu neuen Arzneimitteln oder Therapiemethoden mit Altersgrenzen oder anderen Kriterien (Wohnort/Postleitzahl) gearbeitet. Eine derartige offene Rationierung ist in Deutschland immer noch weitgehend ein Tabuthema. Eine verdeckte Rationierung findet jedoch sehr wohl statt und ist Ärzten und Therapeuten in Form der Budgetierung in der täglichen Praxis geläufig [1]. Offiziell wird dies von der Gesundheitspolitik und den Krankenkassen aber geleugnet.

Dies bringt die Behandelnden in einen nicht lösbaren Konflikt. Prinzipiell ist der Arzt verpflichtet, alle Maßnahmen zu ergreifen, die nach dem Stand der medizinwissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrung bei Diagnose und Therapie zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlich sind. Einerseits wird den Patienten nun von den Krankenkassen versichert, dass ihnen selbstverständlich jede medizinisch notwendige Therapie vom Arzt verschrieben werden muss und kann. Andererseits obliegt dem Arzt dann aber die Pflicht, den Betroffenen mitzuteilen, dass diese Therapie aufgrund der Budgetierung nicht bzw. nicht mehr zur Verfügung steht und er im Falle der Verschreibung regresspflichtig gemacht wird.

Die daraus entstandene zunehmende Frustration der Ärzteschaft zeigt sich in den letzten Jahren an unzähligen Eingaben von Seiten der Standesorganisationen, einer großen Zahl ärztlicher Protestveranstaltungen sowie unzähligen Statements: "Wir stehen vor dem destruktiven Dilemma, aus Gründen der Humanität jedem Individuum jede nur denkbare Hilfe gewähren zu wollen, wohl wissend, dass dies nicht mehr für alle möglich ist" [12]. Die resignative Stimmung zeigt auch die Formulierung des Präsidenten des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen, *M. Reusch*: "Die Ärzteschaft hat als Gegner das gesamte

staatliche Wollen und ein Sozialgesetzbuch V, das ihnen praktisch alle Freiheitsgrade abschneidet" [8]. Da das Problem kausal nicht lösbar ist, wurde von politischer Seite versucht, den Konflikt anstelle von Rationierungen mittels Rationalisierungen zu entschärfen.

Rationalisierung

Mit Maßnahmen der Rationalisierung soll die Effizienz und Produktivität von Leistungen erhöht werden. Das Ziel ist es, Leistungen zu verbessern bzw. diese in kürzerer Zeit und/oder kostengünstiger zu erbringen. So sollen Einsparungen vorgenommen werden, ohne dass den Patienten Notwendiges oder Nützliches vorenthalten werden muss. Das "Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven" soll unter Beachtung organisatorischer und verwaltungstechnischer Abläufe erfolgen, wobei diagnostische und therapeutische Verfahren anhand objektivierbarer Kriterien auf potenziell vorhandene Redundanzen oder Ineffizienzen geprüft werden [6]. Allerdings sind hierbei in den letzten Jahren die Möglichkeiten - meist auf den Schultern des ärztlichen, medizinischen und vor allem des pflegerischen Personals - weitgehend ausgeschöpft worden. Insbesondere den Krankenhäusern fällt es zunehmend schwerer, im Spannungsfeld zwischen ökonomischer Notwendigkeit und optimaler ganzheitlicher Therapie dem Anspruch einer humanitären Krankenversorgung gerecht zu werden [3].

Priorisierung

Wenn trotz Ausschöpfung aller Rationalisierungspotenziale immer noch nicht allen Kranken die gewünschten Therapien ermöglicht werden können, muss überlegt werden, nach welchen Kriterien die Zuteilung der bestehenden Gesundheitsleistungen erfolgen soll. Es ist eine Auswahl zu treffen, welche Therapie für welche Patienten zur Verfügung steht und worauf unter Umständen verzichtet werden muss. Diese so genannte Rangreihenbildung medizinischer Behandlungsoptionen sollte anhand möglichst objektiver Entscheidungen erfolgen, sodass die Gewichtung zwischen

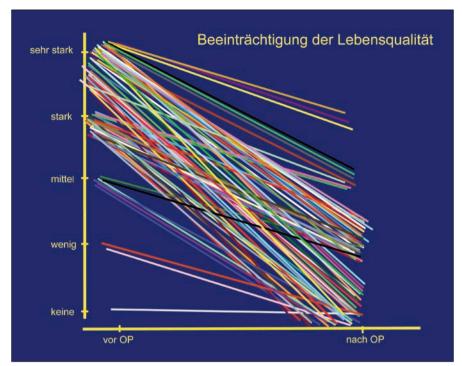


Abb. 2: Verbesserung der Lebensqualität nach Liposuktion. Angaben von 72 Patientinnen im Rahmen einer 2006 durchgeführten Fragebogenaktion präoperativ und circa ein Jahr nach Abschluss der Liposuktionen

den verschiedenen Bedürftigkeiten nachvollziehbar ist. Dieses Vorgehen wird unter dem Begriff Priorisierung zusammengefasst. Darunter versteht man die Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Erstellung einer Rangfolge bei den therapeutischen Maßnahmen. Hier müssen an erster Stelle unverzichtbare und sehr hilfreiche Verfahren stehen (= kriteriengerichtete Priorisierung) und an letzter Stelle Verfahren, die keine nachweisbare Wirkung haben (= kriteriengerichtete Posteriorisierung) [5]. So würde beim Lymphödem zu den Therapien mit hohem Wirksamkeitsnachweis die MLD und zu denen mit fehlendem Wirksamkeitsnachweis die medikamentöse Behandlung gehören. Als entscheidende Kriterien für die Priorisierung werden die medizinische Bedürftigkeit (Schweregrad und Gefährlichkeit der Erkrankung sowie Dringlichkeit des Eingreifens), der medizinische Nutzen sowie die Kosteneffektivität angesehen. Dabei gelten als patientenrelevante Zielgrößen der Nutzenbewertung die Verminderung der Sterblichkeit (Mortalität), die Verringerung der Krankheitshäufigkeit (Morbidität), die Verlängerung des Lebens und die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Da neben dem erwarteten medizinischen Nutzen auch die Kosteneffektivität entscheidend ist, werden bei Behandlungsalternativen verständlicherweise die Maßnahmen ausgewählt, bei denen das beste Verhältnis zwischen Kosten und Effektivität erzielt werden kann.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Die Bewertung von Maßnahmen nach den oben aufgeführten Kriterien soll durch ein unabhängiges wissenschaftliches Institut erfolgen. Das 2004 gegründete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat sich zum Ziel gesetzt, Nutzen und Schaden medizinischer Maßnahmen für Patienten zu untersuchen. Über eine solidarische Absicherung von wissenschaftlich begründeten Gesundheitsleistungen soll die Aufrechterhaltung eines gut funktionierenden und effizienten

Gesundheitssystems ermöglicht werden. Es ist vorgesehen, im Rahmen des Solidarprinzips und entsprechend der Angaben im Sozialgesetzbuch dem Einzelnen alles zu garantieren, was objektiv notwendig ist, um seine Erkrankung zu heilen, eine Verschlimmerung zu verhindern oder Beschwerden zu lindern (www.iqwig.de). Da das Solidarprinzip jedoch fordert, dass neben dem Individuum auch die Perspektive der Gesellschaft einbezogen wird, müssen die Kosten in einem vertretbaren Verhältnis zum Nutzen stehen. So formulierte der im August 2010 scheidende Leiter des IQWiG, Professor P. T. Sawicki: "Solidarität verpflichtet dazu, nüchtern zwischen dem zu unterscheiden, was nutzt und was nicht nutzt." Dabei muss die Entscheidung darüber, was notwendig und wirtschaftlich ist, das heißt die vergleichende Nutzenbewertung, mit "soliden, objektiven wissenschaftlichen Methoden" vorbereitet werden, "um die Solidarität gegen Missbrauch und die Patienten vor Schaden zu schützen". Es geht somit nicht um eine gängige Kosten-Nutzen-Bewertung, sondern um eine Wirksamkeitsberechnung für konkrete medizinische Maßnahmen [5].

Parteien- und Interessenabhängige Gesundheitspolitik

Wie sich die Gesundheitspolitik unter dem Druck der weiter steigenden Kosten in den nächsten Jahren entwickeln wird, kann derzeit nicht sicher eingeschätzt werden. Pekuniäre Aspekte werden auf jeden Fall eine noch höhere Gewichtung erhalten, auch wenn jede Partei unterschiedliche Schwerpunkte zu setzen versucht. Nach dem Wechsel der Regierungskoalition Ende 2009 und dem Ausscheiden von Professor Sawicki aus der Leitung des IQWiG 2010 wird nun versucht, eine Änderung der Gewichtung bezüglich der Priorisierung durchzuführen. So wurde unter anderem vom derzeitigen Bundesgesundheitsminister Rösler im Februar 2010 geäußert: "Priorisierung hieße zu akzeptieren, dass die Solidargemeinschaft nicht mehr alles leisten kann. Zumindest bei den Aufgaben, die eine Solidargemeinschaft unstreitig erbringen muss, darf es aber keine Abstufung, Rangfolge oder Rationierung geben. Die Solidarität der Gesunden mit den Kranken

– der Kern der Krankenversicherung – darf nicht infrage gestellt werden" [9]. So wird derzeit versucht, Einsparungen auf andere Weise und in anderen Bereichen erzielen.

Liposuktion beim Lipödem – Lebensqualitäts-Verbesserung und gesundheitsökonomische Aspekte

Es wird sich trotz allem auf Dauer nichts daran ändern, dass bei einer Entscheidung zur Liposuktion als kassenärztlicher Leistung neben wissenschaftlichen vermehrt ökonomische Kriterien angelegt werden. Klassische Untersuchungen zur Veränderung der Lebensqualität liegen bisher zwar noch nicht vor, jahrelange ärztliche Erfahrungen sowie erste orientierende Angaben aus Fragebogenaktionen belegen jedoch eine deutliche Verbesserung postoperativ. Abb. 2 zeigt die - bisher noch nicht veröffentlichte - Selbsteinschätzung bezüglich der Einschränkung der Lebensqualität von 72 Patientinnen prä- und postoperativ. Weitere Untersuchungen im Rahmen von Verlaufskontrollen nach Liposuktionen ergaben postoperativ eine Verminderung konservativer Maßnahmen bei 41 Prozent der Operierten; 25 Prozent der Patientinnen gaben an, überhaupt keine Lymphdrainagen mehr zu benötigen und keine Kompressionsstrümpfe mehr zu tragen [10]. Eine größere Fallstudie ist derzeit in Arbeit.

Fazit

Ob durch frühzeitige Liposuktion(en) mit nachfolgend geringerer Notwendigkeit konservativer Maßnahmen auch eine Verminderung der von den Kassen zu erstattenden Lebenszeitkosten entsteht, kann derzeit noch nicht gesagt werden. Die bisher vorliegenden Untersuchungen zur Wirksamkeit beim Lipödem belegen allerdings eindrücklich, dass sowohl bezüglich der Morphologie, der Beschwerdeminderung und der Funktionalität als auch bezüglich der Lebensqualität eine ausgeprägte Befundbesserung zu verzeichnen ist. Sollte sich herausstellen, dass durch die frühzeitige operative Versorgung auch noch eine Verminderung der krankheitsbedingten Lebenszeitkosten bewirkt wird, kann davon ausgegangen werden, dass von Seiten

der Krankenkassen die Kosten der operativen Eingriffe bei Lipödem übernommen werden. Wann derartige gesundheitsökonomische Studien mit eindeutigen Ergebnissen von Kosten-Nutzen-Bewertungen vorliegen, ist derzeit noch nicht absehbar.

Literatur

- 1. Dannecker G, Huster S, Katzenmeier C, Bohmeier A, Schmitz-Luhn B, Streng AF: Priorisierung. Notwendiger rechtlicher Gestaltungsspielraum. Deutsches Ärzteblatt 2009; 106 (41): A 2007-2010
- 2. David A: Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung. Definition und Stellung im Gesundheitswesen. Aktuelle Erfahrungen aus der lymphlogischen und phlebologischen Begutachtung. Abstraktband. 31. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie, 20.-22. September 2007, Marburg
- 3. Eibach U, Ewig S, Zwirner K: Medizin, Ökonomie und der kranke Mensch: Verlust des Menschen als Subjekt und der Auftrag kirchlicher Krankenhäuser. Lambertus, Freiburg 2009
- 4. Flintrop J: Medizinische Dienste der Krankenversicherung. Ungeliebt, aber geachtet. Deutsches Ärzteblatt 2009; 106 (43): B 1831
- 5. Friedrich DR, Buyx AM, Schöne-Seifert B: Priorisierung. Marginale Wirksamkeit als Ausschlusskriterium. Der Preis einer bestimmten Intervention sollte zunächst keinen Einfluss auf die Bewertung haben. Deutsches Ärzteblatt 2009; 106 (31-32): 1562-1564
- 6. Fuchs C, Nagel E, Raspe H: Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung was ist gemeint? Deutsches Ärzteblatt 2009; 106 (12): A 554-557
- 7. Hackstein J: Medizinischer Dienst der Krankenkassen. Wann wird er eingeschaltet? Was sind die Grundlagen? Anforderungen an MDK-Stellungnahmen gemäß § 275 SGB V. LymphForsch 2009; 13 (1): 51
- 8. Reusch M: Die Systemkrise schlägt auf die Verantwortlichen zurück. Editorial. Der Deutsche Dermatologe 2009; 4: 195
- 9. Rieser S, Stüwe H: Interview mit Dr. med. Philipp Rösler (FDP), Bundesminister für Gesundheit: "Ich kann nicht mehr Geld versprechen, aber ein faireres System". Deutsches Ärzteblatt 2010; 107 (6): B 191-194
- 10. Schmeller W, Meier-Vollrath I: Lipödem: neuer Stellenwert der Physiotherapie durch Kombination konservativer und operativer Maßnahmen. pt. Zeitschrift für Physiotherapeuten 2008; 60: 660-666
- 11. Schmeller W, Meier-Vollrath I: Lipödem und Liposuktion: Erfahrungen mit dem MDK. LymphForsch 2009; 13 (2): 95-102
- 12. Sellschopp C: Gesundheitssystem auf dem Prüfstand. Plädoyer für ein freiheitlichsolidarisches Gesundheitssystem. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 2010; 1: 30-34

- 13. Wienert V, Földi E, Jünger M, Partsch H, Rabe E, Rapprich S, Schmeller W, Stenger D, Stücker M, Waldermann F: Lipödem. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. Phlebologie 2009; 38: 164-167
- 14. Wold LE, Hines EA, Allen EV: Lipedema of the legs: a syndrom characterized by fat legs and edema. Ann Intern Med 1949; 34: 1243-1250

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Wilfried Schmeller Dr. med. Ilka Meier-Vollrath Hanse-Klinik Fachklinik für Liposuktion und operativästhetische Dermatologie St.-Jürgen-Ring 66, 23564 Lübeck E-Mail: ws@hanse-klinik.com