

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
von Leistungen der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III**

Name \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift**

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze die Anerkennung als**

Facharzt für: \_\_\_\_\_

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

**Niedergelassene Vertragsärzte**

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

Ich übernehme die Praxis von: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):**

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_

**Ermächtigte Ärzte:**

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie Liposuktion des G-BA (GOP 31096-31098, 36096-36098 des EBM)**

### **Abrechnungsgenehmigung durch eine andere Kassenärztliche**

- Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung von der KV \_\_\_\_\_ erhalten.
- Eine Kopie dieser Genehmigung füge ich dem Antrag bei.

### **Nachweis der fachlichen Qualifikation**

Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung:

- Die Urkunde/n liegt/liegen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
  - Die Urkunde/n ist/sind diesem Antrag als Anlage beigefügt.
  - Mit dem/r als Anlage beigefügten Zeugnis/Bescheinigung weise ich die selbstständige Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 50 oder mehr Fällen vor dem Inkrafttreten der QS-RL Liposuktion am 07.12.2019 nach.
- oder**
- Mit dem/r als Anlage beigefügten Zeugnis/Bescheinigung weise ich auf Basis der QS-RL Liposuktion die Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 20 oder mehr Fällen innerhalb von zwei Jahren unter Anleitung eines bereits erfahrenen Anwenders im Fall der Neuanwendung nach.
    - Der Anleiter muss die Liposuktion bei Lipödem in 50 oder mehr Fällen selbstständig durchgeführt haben.

### **Ort der Leistungserbringung**

Ich erbringe die beantragten Leistungen unter folgender/n Anschrift/en:

### **Organisatorische Voraussetzungen gem. § 5**

- Vor dem ersten Eingriff wird eine übergreifende Operationsplanung vorgenommen.
- >3.000 ml reinen Fettgewebes pro Eingriff werden nur abgesaugt, wenn die postoperative Nachbeobachtung über mindestens 12 Stunden sichergestellt ist.
- Maximal werden 8 % Fettvolumen des Körpergewichtes in Litern pro Sitzung entfernt.
- Notfallpläne (SOP) sowie für die Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente werden am Leistungsort bereitgehalten.
- Am o.g. Leistungsort besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung und es sind stationäre Notfalloperationen möglich.

**oder**

- Im Bedarfsfall erfolgt eine intensivmedizinische bzw. operative Behandlung der Patienten durch Kooperation mit folgender anderer Einrichtung:

### Zusätzliche Voraussetzungen gem. §§ 3, 4 und 5 Abs. 1

- Ich verpflichte mich, die zugelassene Methode zur Behandlung des Lipödems im Stadium III anzuwenden.
- Ich verpflichte mich, die Methode nur anzuwenden, wenn die Anforderungen an die Diagnose- und Indikationsstellung gemäß der QS-RL Liposuktion vollumfänglich erfüllt sind.
- Ich verfüge über eine Genehmigung der KVSA zum ambulanten Operieren nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren.

**oder**

- Der Antrag auf Genehmigung ambulantes Operieren ist beigefügt.

### Überprüfung der Qualitätsanforderungen gem. § 8

- Ich verpflichte mich zur Teilnahme an der Stichprobenprüfung.

### Weitere Verpflichtungen/ Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift versichere ich mich, die Anforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem im Stadium III gem. § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V und deren Dokumentation zu erfüllen.
2. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, spätestens bis zum Ablauf eines Monats der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitzuteilen, wenn die Mindestanforderungen gem. § 5 Abs. 2, 3, 6 und 7 länger als einen Monat nicht mehr eingehalten werden.
3. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung insbesondere betreffend die räumliche und apparativ-technische Ausstattung sowie die intensivmedizinische Behandlung und stationäre Notfalloperation werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

### Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte