



**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung
der Liposuktion bei Lipödem Stadium III in der vertragsärztlichen Versorgung
gemäß Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem im Stadium III/
QS RL Liposuktion nach § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V**

Name:
LANR: (soweit bereits bekannt)
BSNR: (soweit bereits bekannt)
Telefon / Telefax:
E-Mail Adresse:

Privatanschrift

Praxisanschrift

.....
.....
.....

.....
.....
.....

Medizinisches Versorgungszentrum:
.....

Berufsausübungsgemeinschaft mit:
.....

Teilberufsausübungsgemeinschaft mit:
.....

Angestellte(r) Ärztin/ Arzt bei:
.....

Ich beantrage die Genehmigung für folgende(n) Standort(e):

Folgende Leistungen werden beantragt:

Ambulant GOP 31096, 31097, 31098, 31802 EBM

Die Genehmigung zum ambulanten Operieren liegt vor

Belegärztlich GOP 36096, 36097, 36098, 36802 EBM

Die Genehmigung für belegärztliche Tätigkeit liegt vor

I. Fachliche Voraussetzungen gemäß § 5 Abs. 2 und 3 QS RL Liposuktion:

Urkunde zum Führen folgender Gebietsbezeichnungen (Kopie bitte beifügen):

Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

andere operativ tätige Fachgruppe,

welche:

Nachweis der Erfahrung in der Durchführung von Liposuktionen

Nachweis über die selbstständige Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 50 oder mehr Fällen (z. B. anonymisierte Dokumentationen, Arbeitszeugnis etc.)

oder

Zeugnis über die Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 20 oder mehr Fällen innerhalb von 2 Jahren unter Anleitung einer bereits erfahrenen Anwenderin oder eines bereits erfahrenen Anwenders (zur Anleitung berechtigt sind Anwenderinnen oder Anwender, die die Liposuktion beim Lipödem in 50 oder mehr Fällen selbstständig durchgeführt haben)

II. Organisatorische Voraussetzungen gemäß § 5 Abs. 6 und 7 QS RL Liposuktion

Die folgenden organisatorischen Voraussetzungen werden erfüllt:

Notfallpläne (SOP) und für die Reanimation und für sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente werden vor Ort bereitgehalten.

An der Betriebsstätte, an der die Liposuktionen durchgeführt werden, besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung (Intensivstation) und stationärer Notfalloperationen.

oder

An der Betriebsstätte, an der die Liposuktionen durchgeführt werden, gibt es keine Intensivstation und keine kontinuierliche Möglichkeit zu stationären Notfalloperationen. Es wird organisatorisch gewährleistet, dass eine im Bedarfsfall erforderliche intensivmedizinische bzw. (not-) operative Behandlung der Patientin durch Kooperation mit folgender Einrichtung erfolgt:



.....
Name und Adresse der Einrichtung

III. Verpflichtung, weitere Anforderungen an die Durchführung der Liposuktion zu erfüllen

Die Mindestanforderungen an die Methode, Diagnose, Indikationsstellung, Planung und Durchführung der Liposuktion insbesondere nach § 3 Abs. 1, § 4 Abs. 2 und 3 sowie § 5 Abs. 4 und 5 QS RL Liposuktion habe ich zur Kenntnis genommen und werde diese beachten.



IV. Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die KV Nordrhein die Erfüllung der Mindestanforderungen der in der vertragsärztlichen Versorgung nach der QS RL Liposuktion erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen nach § 8 Abs. 2 QS RL Liposuktion durch Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichprobenprüfung) auf Grundlage des § 135b Abs. 2 SGB V überprüft. Für die Stichprobenprüfungen gelten der 2. und 4. Abschnitt der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung entsprechend. Gegenstand der Stichprobenprüfungen ist die Erfüllung jeder Mindestanforderung nach § 3 Abs. 1, § 4 Abs. 2 und 3 sowie § 5 Abs. 4 und 5 QS RL Liposuktion.



V. Einverständiserklärung zur Veröffentlichung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung nach Erteilung der Genehmigung meinen Namen, den Namen meiner Praxis sowie die Anschrift meiner Praxis in einer gesonderten Übersicht auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein veröffentlicht. Der Veröffentlichung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprochen werden.



Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle sich auf die QS RL Liposuktion beziehenden Änderungen (vgl. § 6 Abs. 4) der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unverzüglich mitteilen werde.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Vertragsarztstempel
des Antragsstellers

.....
bei angestellten Ärzten Unterschrift des
anstellenden Arztes / des Ärztlichen
Leiters des MVZ