

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-384
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-2@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung Liposuktion bei Lipödem im Stadium III

gemäß der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion)

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Vertretungsberechtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> üBAG

	Name des Krankenhauses

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistung

Liposuktion bei Lipödem im Stadium III

- ambulant: GOP 31096/31097/31098 EBM
 Genehmigung zum ambulanten Operieren liegt vor/wurde beantragt.

und/oder

- belegärztlich: GOP 36096/36097/36098 EBM
 Belegarztgenehmigung liegt vor/wurde beantragt.

Die Liposuktion hat als Tumescenz-Liposuktion (unter Verwendung von wasserstrahl-assistierten Systemen oder von Vibrationskanülen) zu erfolgen; trockene Verfahren der Absaugung sind nicht zulässig.

Leistungsort

- in meiner eigenen Praxis **und/oder**
 am ausgelagerten Operationsstandort/Belegklinik:

Name des Betreibers: _____

Anschrift des Betreibers: _____

Bei mehr als zwei Operationsstandorten, listen Sie die Standorte bitte gesondert auf.

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachlicher Nachweis gemäß § 5 Abs. 2 und 3 QS-RL Liposuktion

- Facharzturkunde für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
 Facharzturkunde einer anderen operativ tätigen Facharztgruppe:

Facharztgruppe

und

- Nachweis über die selbstständige Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 50 oder mehr Fällen bereits vor dem 07.12.2019

oder

- Zeugnis über die Durchführung der Liposuktion bei Lipödem unter Anleitung eines bereits erfahrenen Anwenders in 20 oder mehr Fällen innerhalb von 2 Jahren

Zur Anleitung berechtigt sind Anwender, die die Liposuktion beim Lipödem in 50 oder mehr Fällen selbstständig durchgeführt haben.

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

- Notfallpläne und für die Reanimation sowie für sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente werden vor Ort bereitgehalten.
- Die postoperative Nachbeobachtung und Möglichkeit einer intensivmedizinischen Betreuung sowie stationäre Notfalloperationen sind vor Ort gewährleistet.

oder

Kooperation mit einer Einrichtung, die im Bedarfsfall die intensivmedizinische bzw. operative Behandlung der Patienten übernimmt:

Name und Anschrift

Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise/Bescheinigungen für die Kooperation dem Antrag in Kopie bei.

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

- **die Methode gemäß § 3 QS-RL Liposuktion**
- **die Diagnose und Indikationsstellung gemäß § 4 QS-RL Liposuktion**
- **die Planung und Durchführung gemäß § 5 QS-RL Liposuktion**

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

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Liposuktion bei Lipödem im Stadium III im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135b Abs. 2 SGB V und der QS-RL Liposuktion bei Lipödem im Stadium III. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)