

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital im PDF Format an qs@kvt.de ein.

ANTRAG auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Liposuktion bei Lipödem Stadium III

(gemäß der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem Stadium III)

Antragsteller

.....
Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte

Leistungserbringer

sofern abweichend vom Antragsteller,
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:

Telefon:

Praxis: privat:

E-Mail:

Ort der Leistungserbringung

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in ausgelagerten Praxisräumen
(Nebenbetriebsstätte)

im Rahmen einer Anstellung

bei einem Vertragsarzt

in einem MVZ

im Rahmen einer Ermächtigung

im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Liposuktion bei Lipödem Stadium III durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

Beantragte Leistung/en

- GOP: 31096, 31097 und 31098
- GOP: 36096, 36097 und 36098 bei belegärztlicher Tätigkeit

Eingriffsbezogene Qualitätssicherung (nach § 5)

Fachliche Befähigung des Arztes (nach § 5 Abs. 3 a und b)

- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Operationen und stationärer Eingriffe sowie
 - Selbstständige Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 50 oder mehr Fällen bereits vor Inkrafttreten der Vereinbarung vom 07.12.2019
- oder
- Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 20 oder mehr Fällen innerhalb von zwei Jahren unter Anleitung eines bereits erfahrenen Anwenders im Falle der Neuanwendung nach Inkrafttreten der Vereinbarung vom 07.12.2019
(Zur Anleitung berechtigt sind Anwender, die die Liposuktion beim Lipödem in 50 oder mehr Fällen selbstständig durchgeführt haben.)

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

Organisatorische Voraussetzungen (nach §§ 5 bis 7)

- Im Rahmen der Diagnose- und Indikationsstellung sollen die Patienten über die Erprobungsstudie des G-BA zur Behandlung des Lipödems informiert werden.
- Notfallpläne (SOP) sowie für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für Notfälle werden vor Ort bereitgehalten.
- Es besteht die Möglichkeit für intensivmedizinische Behandlungen und stationäre Notfalloperationen.
- Durch eine schriftlich fixierte Vereinbarung werden die intensivmedizinische Betreuung sowie stationäre Notfalloperationen in der nachfolgend genannten Einrichtung sichergestellt:

Eine Kopie dieser Vereinbarung muss dem Antrag beigelegt werden!

Erklärung

Ich erkläre, dass ich den Inhalt der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III zur Kenntnis genommen habe. Die Nichterfüllung der Mindestanforderungen dieser Richtlinie führt gem. § 6 zum Wegfall des Vergütungsanspruches. In diesem Fall darf keine Versorgung von Patientinnen mit der Liposuktion zu Lasten der Krankenkassen zur Anwendung kommen.

Des Weiteren versichere ich, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Operationen und stationärer Eingriffe, im speziellen der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kv-thueringen.de → Themen A-Z.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes

Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:

Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Liposuktion bei Lipödem wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kv-thueringen.de, Thema Datenschutz.