



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**A N T R A G**  
**auf Genehmigung zur Ausführung der Liposuktion beim Lipödem**

**I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

FA für: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Tätigkeit in / als:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eigener Niederlassung                     | <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt                     |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ | <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in einer Arztpraxis |

bei: \_\_\_\_\_

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebs- /Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten, Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift):

1. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

2. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

**II. Fachliche Voraussetzungen gemäß § 5 Abs. 1-3 der Vereinbarung**

1. Berechtigung zum Führen der FA-Bezeichnung im Gebiet
- Plastische Chirurgie
  - Plastische- und Ästhetische- und Rekonstruktive Chirurgie
  - andere operativ tätige Facharztgruppe
  - Haut- und Geschlechtskrankheiten

2. Erfahrungen entsprechend der nachfolgenden Punkte:
- Selbstständige Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 50 oder mehr Fällen vor Beantragung
  - Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 20 oder mehr Fällen innerhalb von zwei Jahren vor Antragstellung, unter Anleitung eines gemäß der Richtlinie erfahrenen Arztes

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

### III. Räumliche und apparative Voraussetzungen gemäß § 5 Abs. 4-7 der Vereinbarung

1. Die räumlichen und die apparativ-technischen Voraussetzungen eines OP-Raumes werden erfüllt.
2. Die Vorgaben zu einer detaillierten OP-Planung werden erfüllt.
3. Notfallpläne und für die Reanimation sowie für sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente werden bereitgehalten.
4. 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:

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

### IV. Organisatorische Voraussetzungen

Für alle beantragten Betriebsstätten liegt eine ambulante OP-Genehmigung vor.

Die organisatorischen und hygienischen Voraussetzungen der QS-Vereinbarung zum ambulanten Operieren nach § 135 Absatz 2 SGB V werden erfüllt.

### V. Abrechnungsgenehmigung durch eine KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV \_\_\_\_\_  
Eine Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Bei Nachfragen zum Antrag kontaktieren Sie uns bitte unter: [qs@kvbb.de](mailto:qs@kvbb.de)

Im Falle einer Genehmigung bin ich damit einverstanden, dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird. ja   
nein

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragstellers: \_\_\_\_\_ Unterschrift angestellter Arzt  
Praxisinhaber bzw. im Falle der Anstellung  
ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ

**Hinweis:** Die beantragten Leistungen dürfen **erst mit erteilter Genehmigung** abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich, also rückwirkend, erteilt werden.