

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

auf **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Liposuktion bei Lipödem Stadium III in der vertragsärztlichen Versorgung** nach Anlage I Nr. 32 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) und der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion) nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses

### 1. Allgemeine Angaben

**Antragsteller** (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
(Name des KH) tt.mm.jj

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

**Die Antragstellung erfolgt für**

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj



#### 4. Organisatorische Voraussetzungen

Folgende organisatorische Voraussetzungen nach § 5 Abs. 6 und 7 QS-RL Liposuktion werden erfüllt:

- Notfallpläne** (SOP) und für 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 intensiv-medizinische bzw. (not-) operative Behandlung der Patientin durch Kooperation mit folgender Einrichtung** erfolgt:

---



---



---



---

Name und Adresse der Einrichtung

**Entfernung/Fahrzeit** zur o.g. Einrichtung von den OP-Räumen des Antragstellers aus:


ca. \_\_\_\_\_ km ca. \_\_\_\_\_ Minuten

#### 5. Mindestanforderungen an die Methode, Diagnose, Indikationsstellung, Planung und Durchführung der Liposuktion, Stichprobenprüfung

- Die **Mindestanforderungen an die Methode, Diagnose, Indikationsstellung, Planung und Durchführung** der Liposuktion nach §§ 3 Abs. 1, 4 Abs. 2 und 3 sowie § 5 Abs. 4 und 5 QS-RL Liposuktion (**vgl. Anhang zum Antrag, S. 5-6**) habe ich zur Kenntnis genommen und werde diese beachten.
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die KV 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** (Stichprobenprüfungen) auf Grundlage des § 135b Abs. 2 SGB V überprüft. Für die Stichprobenprüfungen gelten der 2. und 4. Abschnitt Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL) 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 (**vgl. Anhang zum Antrag, S. 5-6**).

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**


**Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.

**Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.**


**Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätigen Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Urkunde zum Führen der FA-Bezeichnung Plastischer Chirurg/sonstiges operatives Fachgebiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Nachweis über eine Mindestanzahl durchgeführter Liposuktionen bei Lipödem selbständig oder unter Anleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Genehmigungsantrag – Anhang –



### Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

#### Methode, § 3 QS-RL Liposuktion:

- Die Liposuktion zur Behandlung des Lipödems im Stadium III hat als **Tumeszenz-Liposuktion** zu erfolgen. Trockene Verfahren der Absaugung sind nicht zulässig.
- Die Tumeszenz-Liposuktion kann unter Verwendung von **wasserstrahl-assistierten Systemen** oder **Vibrationskanülen** erbracht werden.
- Eine Liposuktionsbehandlung kann **mehrere aufeinander folgende Teileingriffe** umfassen.

#### Diagnose und Indikationsstellung, § 4 QS-RL Liposuktion:

Die Tumeszenz-Liposuktion darf zur Behandlung des Lipödems zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung eingesetzt werden, wenn das Vorliegen eines Lipödems im Stadium III diagnostiziert und die Indikation für eine Liposuktion gestellt wurde. Ein **Lipödem im Stadium III** liegt gemäß ICD 10-GM bei einer lokalisierten schmerzhaften symmetrischen Lipohypertrophie der Extremitäten mit Ödem, mit ausgeprägter Umfangsvermehrung und großlappig überhängenden Gewebeanteilen von Haut und Subkutis vor.

Für eine **Diagnose des Lipödems im Stadium III** müssen **alle folgenden Kriterien erfüllt** sein (vgl. **§ 4 Abs. 2 QS-RL**):

- Disproportionale Fettgewebsvermehrung (Extremitäten-Stamm) mit großlappig überhängenden Gewebeanteilen von Haut und Subkutis
- Fehlende Betroffenheit von Händen und Füßen
- Druck- oder Berührungsschmerz im Weichteilgewebe der betroffenen Extremitäten

Nach Diagnosestellung w.o. kann die **Indikationsstellung zur Liposuktion** erfolgen, wenn ärztlich festgestellt wird, dass alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. **§ 4 Abs. 3 QS-RL**):

- Trotz innerhalb der **letzten sechs Monate** vor Indikationsstellung kontinuierlich durchgeführter, ärztlich verordneter konservativer Therapie konnten die **Krankheitsbeschwerden nicht hinreichend gelindert** werden.
- Bei Patientinnen mit einem Body Mass Index (BMI) **ab 35 kg/m<sup>2</sup>** findet eine **Behandlung der Adipositas** statt.

Bei einem **BMI ab 40 kg/m<sup>2</sup>** soll **keine Liposuktion** durchgeführt werden. Das Vorliegen der in § 4 Abs. 2 und 3 QS-RL Liposuktion aufgeführten Kriterien ist in der Patientenakte **zu dokumentieren**.

### **Planung und Durchführung der Liposuktion, § 5 Abs. 4 und 5 QS-RL Liposuktion:**

Vor dem ersten Eingriff ist eine **übergreifende Operationsplanung** vorzunehmen:

- Dabei sind die **Zahl der Einzeleingriffe**, das jeweils in einem Eingriff **abzusaugende Fettvolumen** und die **zu behandelnden Areale** unter Risikoabwägung zu planen.
- Im Rahmen der eingriffsbezogenen Risikoabwägung muss außerdem jeweils die **maximale Infiltrationsmenge der Tumescenzlösung**, bei Zusatz eines Lokalanästhetikums auch unter Berücksichtigung einer maximalen Wirkstoffdosierung, festgelegt und dokumentiert werden.
- **Mehr als 3.000 ml** reinen Fettgewebes pro Eingriff dürfen nur dann abgesaugt werden, wenn die **postoperative Nachbeobachtung über mindestens 12 Stunden** sichergestellt ist. Das **maximale Fettvolumen**, das pro Sitzung entfernt werden kann, beträgt **8 % des Körpergewichtes** in Litern.

### **Rechtsgrundlagen:**

Der Volltext der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL), der Qualitätssicherungs-Richtlinie Liposuktion bei Lipödem Stadium III (QS-RL Liposuktion) und der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL) ist unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) unter der Rubrik Richtlinien abrufbar.