

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Team 1
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Liposuktion bei Lipödem Stadium III

Anlage zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Liposuktion bei Lipödem Stadium III

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III

KOOPERATIONSERKLÄRUNG

auszufüllen von der Krankenhausleitung beziehungsweise von einem Verantwortlichen der genutzten Einrichtung

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben des Antragstellers

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

 _____  _____  _____

Die Liposuktion bei Lipödem Stadium III wird durchgeführt (bitte jeweils mit Anschrift angeben):

Ambulant in eigener Praxis mit BSNR _____

Ambulant durch Mitbenutzungsmöglichkeit:

im MVZ / Krankenhaus / Praxis/ OP-Zentrum: _____

Belegärztlich im Krankenhaus _____

Qualitätssicherung
Team 1

Stefanie Gilmer
Julia Reinhardt
Luisa Casola-Gallschneider

Tel 069 24741-7217
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.1@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt P
ostfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Leistungsvoraussetzungen und Mindestanforderungen

Der G-BA hat die Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III als eine Maßnahme zur Qualitätssicherung auf der Grundlage von § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V beschlossen. Damit legt der G-BA die Leistungsvoraussetzungen und Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität bei der Indikationsstellung, Durchführung und Versorgung von Patientinnen, bei denen die Liposuktion zur Behandlung des Lipödems im Stadium III zur Anwendung kommt, fest.

Leistungsvoraussetzungen und Mindestanforderungen gemäß § 5 Eingriffsbezogene Qualitätssicherung

1. 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.
2. **Bei einer Absaugung von mehr als 3.000 ml reinen Fettgewebes pro Eingriff muss die postoperative Nachbeobachtung über mindestens 12 Stunden sichergestellt sein.** (Das maximale Fettvolumen, das pro Sitzung entfernt werden kann, beträgt 8 % des Körpergewichtes in Litern.)
3. **Geeignete Organisation und Infrastruktur mit Notfallplänen (SOP) sowie Bereithaltung der für Reanimation und sonstige Notfälle benötigten Geräte und Medikamente vor Ort.**
4. **Geeignete Organisation und Infrastruktur durch Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung und stationärer Notfalloperationen.**
5. **Einrichtungen, die nicht über eine Intensivstation und die kontinuierliche Möglichkeit zu stationären Notfalloperationen verfügen, haben organisatorisch zu gewährleisten, dass eine im Bedarfsfall erforderliche intensivmedizinische bzw. operative Behandlung der Patientin durch Kooperation mit einer anderen Einrichtung erfolgt.**

KOOPERATIONSERKLÄRUNG:

Im Bedarfsfall wird die gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III erforderliche intensivmedizinische bzw. operative Behandlung der Patientin durch Kooperation mit

Name der Einrichtung/ des Krankenhauses

Adresse der Einrichtung/ des Krankenhauses

gewährleistet.

Unterschrift/ Stempel vom Leiter der genutzten Einrichtung/ des Krankenhauses

Ich habe mich davon überzeugt, dass die Anforderungen gemäß § 5 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III in der angegebenen Einrichtung/ im angegebenen Krankenhaus erfüllt werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers