

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](mailto:qs@kvt.de) ein.**

**ANTRAG** auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Liposuktion bei Lipödem  
(gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem / QS-RL Liposuktion)

**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 durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

- nein     ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

### Fachliche Befähigung des Arztes (nach § 5 Abs. 2 und 3)

- Facharzt für Plastische / Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie  
oder
- Facharzt des Gebietes für Chirurgie  
oder
- Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten  
**und**
- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Operationen und stationärer Eingriffe  
und
- Selbstständige Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 50 oder mehr Fällen vor dem 09.10.2025  
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  
(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 Abs. 7 und 8)

- Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur hat der Leistungserbringer Sorge zu tragen, dass Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente vor Ort bereitgehalten werden.

**und**

- Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur hat der Leistungserbringer Sorge zu tragen, dass die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht und stationäre Notfalloperationen möglich sind.

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.

### 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 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 Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Veränderung der zugelassenen räumlichen Voraussetzungen nach §§ 4-6 der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren der derzeit gültigen Vereinbarung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitzuteilen.

Sofern im Rahmen der Qualitätssicherung eine Praxisbegehung erforderlich sein sollte, gebe ich hierzu mein Einverständnis.

Ich versichere, 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 Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf [www.kv-thueringen.de](http://www.kv-thueringen.de) → Themen A-Z.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes / der Geschäftsführung

.....  
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 von ambulanten Operationen und stationärer Eingriffen 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](http://www.kv-thueringen.de), Thema Datenschutz.