

Checkliste

zur Abfrage der Qualitätskriterien der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III

Selbsteinstufung:

Die medizinische Einrichtung

in _____

(Nummer/Kennzeichen des Standorts gemäß des Standortverzeichnisses nach § 293 Absatz 6 SGB V)

erfüllt im Falle der Leistungserbringung die Voraussetzungen für die Erbringung der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III.

Allgemeine Hinweise:

Sämtliche Unterlagen, die notwendig sind, um die Richtigkeit der nachfolgenden Angaben beurteilen zu können, sind im Falle einer Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen dem Medizinischen Dienst (MD) vorzulegen.

Die Facharztbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließt auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

1 Verfügbarkeit und Qualifikation des ärztlichen Personals

Die Indikationsstellung und die Durchführung der Liposuktion erfolgt durch einen der folgenden Fachärztinnen oder Fachärzte.

- Fachärztin oder Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie oder andere operativ tätige Facharztgruppen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Vor erstmaliger Erbringung der Methode auf Basis dieser Richtlinie kann der Arzt oder die Ärztin Erfahrung entsprechend einem der nachfolgenden Punkte nachweisen:

<ul style="list-style-type: none"> - Selbstständige Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 50 oder mehr Fällen bereits vor Inkrafttreten (7. Dezember 2019) dieses Beschlusses 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. <p><i>Zur Anleitung berechtigt sind Anwender, die die Liposuktion beim Lipödem in 50 oder mehr Fällen selbstständig durchgeführt haben.</i></p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

2 Strukturelle Anforderungen

<ul style="list-style-type: none"> - Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente sind vor Ort vorhanden. 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> - Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung und stationärer Notfalloperationen. <p><i>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.</i></p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Unterschriften

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt:

Ort Datum Ärztliche Leitung der leistungserbringenden Abteilung

Ort Datum Geschäftsführung oder Verwaltungsdirektion des Krankenhauses