

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de










Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Verfahren zur Balneophototherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p>für meinen angestellten Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
---	---

<p>Tätig in: Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: <input type="text"/></p>
--	-------------------------------------

<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Beantragte Leistung	10350 EBM			
	<input type="checkbox"/>	Synchrone Photosoletherapie		
	<input type="checkbox"/>	Asynchrone Photosoletherapie		
	<input type="checkbox"/>	Bade-PUVA-Therapie		
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten gemäß § 3		
	<input type="checkbox"/>	Zeugnisse und Bescheinigungen über selbständige Indikationsstellung und Durchführung (ggf. unter Anleitung) von mindestens 20 abgeschlossenen balneophototherapeutischen Behandlungszyklen. Davon müssen mindestens 5 zur Photosoletherapie und mindestens 5 zur Bade-PUVA-Therapie nachgewiesen werden.		
	<input type="checkbox"/>	Nachweis zu Kenntnissen über die Behandlung von akuten Nebenwirkungen der Therapie.		
Apparative Voraussetzungen			ja	nein
		Alle zur Balneophototherapie eingesetzten Geräte erfüllen die apparativen Voraussetzungen nach § 4 der Vereinbarung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Der von der Herstellerfirma ausgefüllte und unterschriebene Apparatbogen liegt anbei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Räumliche/organisatorische Voraussetzungen		Bei der asynchronen Photosoletherapie bzw. bei der Bade-PUVA-Therapie befinden sich die Räume für Bad und Bestrahlung in unmittelbarer Nähe (§ 5 Abs. 1).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Für alle Verfahren der Balneophototherapie gelten folgende weitere Anforderungen gemäß § 5 Abs. 2:		
		Freie Zugänglichkeit der Wanne von mindestens zwei Seiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pro Badewanne eine Umkleiemöglichkeit für den Patienten in oder in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen der Balneophototherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Patientenliege in oder in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen der Balneotherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Patientendusche in oder in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen der Balneophototherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ausreichende Lüftungsmöglichkeiten der Behandlungsräume der Balneotherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Die Anordnung der Räume und Geräte sollen den Schutz der Privatsphäre der Patienten gewährleisten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Räumliche/ organisatorische Voraussetzungen	Anforderungen an Badelösung und Folie gemäß § 6:	ja	nein
	☞ bei <u>synchroner Photosoletherapie</u> : 10%ige Sole (Totes-Meer-Salz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	☞ bei <u>asynchroner Photosoletherapie</u> : 25%ige Sole (Kochsalz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	☞ bei <u>Bade-PUVA-Therapie</u> : 8-Methoxypsoralenlösung laut arzneimittelrechtlicher Zulassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	☞ Die Folie muss zur Anwendung am Menschen geeignet sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Weitere Anforderungen gemäß § 6:		
	☞ Regelmäßige technische Wartung des Bestrahlungsgeräts entsprechend der Vorgaben des Herstellers, spätestens jedoch nach zwei Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entsprechender Nachweis pro Gerät (nicht älter als 24 Monate bei Antragstellung)		
	☞ Leuchtmittelwartung bei allen Geräten mit oder ohne integrierte UV-Messung Überprüfung der Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel („Dosimetrie“) durch ein gemäß MPBetreibV qualifiziertes Wartungsunternehmen nach 200 Betriebsstunden bzw. nach einem Jahr (ausschlaggebend ist das jeweils zuerst erreichte Kriterium). Im Rahmen dieser Wartung ist das bzw. sind die UV-Messgerät(e) (integrierte UV-Messgeräte oder Hand-Dosimeter) der Arztpraxis zu kalibrieren. Zusätzlich bei Bestrahlungsgeräten ohne integrierte UV-Messgeräte vierteljährliche Überprüfung der Bestrahlungsintensität der Leuchtmittel („Dosimetrie“) mittels eines auf das Emissionsspektrum abgeglichenen Hand-Dosimeters.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entsprechender Nachweis pro Gerät (nicht älter als 12 Monate bei Antragstellung)		
	☞ Patientenaufklärung über Therapieziel und -verlauf, Nebenwirkungen und mögliche Langzeitrisiken der Behandlung, Information über Möglichkeit der Erfassung Dokumentation der kumulativen Bestrahlungsdosis, der Strahlenart und des Bestrahlungszeitraums für den Patienten (evtl. „UV-Pass“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	☞ Unmittelbarkeit der Bestrahlung nach dem Bad bei asynchronen Verfahren (nach max. 5 Minuten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	☞ Unmittelbare Erreichbarkeit eines Dermatologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	☞ Vorhalten eines Notfallkoffers/Blutdruckmessgerätes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	☞ Einweisung des Personals, das für die Bedienung des Bestrahlungsgerätes zuständig ist, in die Gerätebedienung durch den Hersteller oder durch ein vom Hersteller beauftragtes Unternehmen oder durch den Dermatologen (bzw. durch eine vom Dermatologen entsprechend beauftragte und geschulte Person)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	☞ Augenschutz für Patienten durch geeignete Brillen (vollständige Absorption von UV-B und UV-A bis 400nm während der Bestrahlung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Eine Kommunikation zwischen Patient und Medizinischer Fachangestellter muss während der Behandlung zu jeder Zeit möglich sein ☛ Es dürfen nur die vom Hersteller empfohlenen Leuchtmittel verwendet werden 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	<p>Dokumentation gemäß § 7</p> <p>Ich werde jeden Behandlungsfall gemäß den Anforderungen der derzeit gültigen Vereinbarung dokumentieren und der Kassenärztlichen Vereinigung auf Verlangen die Dokumentationen der Behandlungsfälle vorlegen.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>Genehmigungsverfahren</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 9 Abs. 5 der Vereinbarung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin zu überprüfen.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden. ☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich. 		
Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		
Einverständnis zum Datenschutz	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Urkunde der Facharztanerkennung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ☛ Arbeitszeugnisse 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ich bestätige, die die Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie einschließlich der Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift



Bitte beifügen

Stand: August 2019

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	
	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt

