



Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

A N T R A G
auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Balneophototherapie
(entsprechend der QS-Vereinbarung Balneophototherapie)

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____
LANR: _____
FA für: _____
Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eigener Niederlassung | <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ | <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in einer Arztpraxis |
| | bei: _____ |

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebs- /Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. _____
(Adresse, BSNR))

2. _____
(Adresse, BSNR)

II. Beantragte Verfahren

1. Synchroner Photo-Sole-Therapie ☐
2. Asynchroner Photo-Sole-Therapie ☐
➔ **anwendbar bei den Indikationen mittelschweres bis schweres atopisches Ekzem sowie mittelschwere bis schwere Psoriasis vulgaris**
3. Asynchroner Balneophototherapie als PUVA-Bad ☐
➔ **nicht anwendbar bei atopischem Ekzem**

III. Berechtigte Ärzte / Fachliche Anforderungen gemäß § 3 der Vereinbarung

1. Facharzt/-ärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten ☐
2. Selbständige Indikationsstellung und Durchführung (ggf. unter Anleitung) von mindestens 20 abgeschlossenen balneophototherapeutischen Behandlungszyklen, davon mindestens 5 zur Photo-Sole-Therapie und mindestens 5 zur Bade-PUVA-Therapie
➔ (zum Nachweis bitte die Anlage 1 entsprechend ergänzen) ☐
3. Kenntnisse über die Behandlung von akuten Nebenwirkungen der Therapie vorhanden ☐

IV. Apparative Anforderungen gemäß § 4 der Vereinbarung

Der Herstellernachweis über das Erfüllen der Anforderungen an das/die Bestrahlungsgerät(e)

- ist beigelegt ☐
- wird nachgereicht ☐

V. Räumliche Voraussetzungen gemäß § 5 der Vereinbarung

1. Für die asynchrone Photo-Sole-Therapie bzw. die Bade-PUVA-Therapie befinden sich die Räume für Bad und Bestrahlung in unmittelbarer Nähe zueinander ☐
2. Für alle Verfahren der Balneophototherapie:
 - a) Freie Zugänglichkeit der Wanne von mindestens zwei Seiten ☐
 - b) Pro Badewanne eine Umkleidemöglichkeit für den Patienten in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen der Balneophototherapie ☐
 - c) Patientenliege in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen ☐
 - d) Patientendusche in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen ☐
 - e) Ausreichende Lüftungsmöglichkeit der Behandlungsräume ☐

VI. Organisatorische Anforderungen gemäß § 6 der Vereinbarung

1. Regelmäßige technische Wartung des Bestrahlungsgeräts entsprechend den Vorgaben des Herstellers, spätestens jedoch nach zwei Jahren ☐
→ Bitte Wartungsbeleg beifügen!
2. Leuchtmittelwartung bei allen Geräten mit oder ohne integrierte UV-Messung: Über-prüfung 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. ☐
→ Bitte Wartungsbeleg beifügen!
*Zusätzlich bei Bestrahlungsgeräten ohne integrierte UV-Messgeräte:
vierteljährliche Überprüfung der Bestrahlungsintensität der Leuchtmittel („Dosimetrie“) mittels eines auf das Emissionsspektrum abgeglichenen Hand-Dosimeters.* ☐
→ Bitte Wartungsbeleg beifügen!
3. Vorhalten eines Notfallkoffers /Blutdruckmessgerätes ☐
4. Augenschutz für Patienten durch geeignete Brillen (vollständige Absorption von UV-B und UV-A bis 400 nm während der Bestrahlung) ☐

VII. Erklärungen

1. Ich verpflichte mich, die weiteren organisatorischen Anforderungen gemäß § 6 der QS-Vereinbarung zu erfüllen. ☐
1. Mir ist bekannt, dass bei der Indikation atopisches Ekzem die PUVA-Therapie ausgeschlossen ist. ☐
2. Ich erkläre, die Verpflichtung der Dokumentation des Ergebnisses der Prüfung aller zur Verfügung stehenden Therapieoptionen gem. § 7 der QS-Vereinbarung zu erfüllen und diese auf Verlangen der KVBB zur Überprüfung der Vollständigkeit und der Nachvollziehbarkeit vorzulegen. ☐
3. Ich erkläre mein Einverständnis, dass die KVBB die Erfüllung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob diese den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen. ☐
4. Mir ist bekannt, dass zur Aufrechterhaltung der Genehmigung die regelmäßige Wartung der Bestrahlungsgeräte und die regelmäßige Überprüfung der Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel nachgewiesen werden muss. Hierzu ist die KVBB berechtigt, die entsprechenden Nachweise im Rahmen von Stichproben zu überprüfen. ☐
5. Ich erkläre, dass die Veränderungen an der technischen Grundausstattung, die Neuanschaffung oder die Stilllegung von Geräten (nicht zutreffend bei dem Austausch von Leuchtmitteln) gegenüber der KVBB mit einem geeigneten Nachweis unverzüglich anzeigen werde. ☐

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am
..... erhalten. Eine Durchschrift / Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Kontaktadresse bei Nachfragen zum Antrag: **qs@kvbb.de**

<hr/>	<hr/>	<hr/>
Datum	Unterschrift des Antragstellers	Im Falle der Anstellung: Unterschrift Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.

Anlage 1 zum Antrag auf Ausführung der Balneophototherapie

Nachweis der selbständigen Indikationsstellung und Durchführung von mindestens 20 abgeschlossenen balneophototherapeutischen Behandlungszyklen, davon mindestens 5 zur Photosoletherapie und mindestens 5 zur Bade-PUVA-Therapie (§ 3 Pkt. 2)

Nr.	Patienten-Initial	Behandlungszyklus		Balneophototherapeutisches Verfahren (zutreffendes Verfahren bitte ankreuzen)		
		von	bis	Asynchrone Verfahren		Synchrone Photosoletherapie
				Asynchron Photosoletherapie	Bade-PUVA-Therapie	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich bei diesen aufgeführten Patienten die Indikationsstellung und die Balneophototherapie selbständig durchgeführt habe.

Datum

Unterschrift/Stempel des Antragstellers