

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-584  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: QS-Team-4@kvberlin.de

Praxisstempel

## Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der Balneophototherapie

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Balneophototherapie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie)

<b>Antragsteller</b>	<b>Leistungserbringer</b>
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

<b>Betriebsstättennummer (BSNR)</b>	<input type="text"/>
<b>Lebenslange Arztnummer (LANR)</b> (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> üBAG
	_____
	Name des Krankenhauses

<b>Grund der Antragstellung</b>	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
<b>Genehmigung beantragt zum</b>	_____
	Datum
<b>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</b>	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_



**Leistung**

Balneophototherapie (GOP 10350 EBM):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Psoriasis vulgaris mittels    | <input type="checkbox"/> atopisches Ekzem mittels      |
| <input type="checkbox"/> synchroner Photosoletherapie  | <input type="checkbox"/> synchroner Photosoletherapie  |
| <input type="checkbox"/> asynchroner Photosoletherapie | <input type="checkbox"/> asynchroner Photosoletherapie |
| <input type="checkbox"/> Bade-PUVA-Therapie            |  |

**Leistungsort**

- Betriebsstätte

Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt  
 Bestätigung der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung ist beigelegt

Adresse

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und ggf. Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

**Fachliche Befähigung gemäß § 3 QS-Vereinbarung**

- Facharzturkunde für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Nachweis (Zeugnis) über die selbständige Indikationsstellung und Durchführung (ggf. unter Anleitung) von mindestens 20 abgeschlossenen balneophototherapeutischen Behandlungszyklen, davon mindestens 5 zur Photosoletherapie und mindestens 5 zur Bade-PUVA-Therapie
- Nachweis (Zeugnis) über Kenntnisse bezüglich der Behandlung von akuten Nebenwirkungen der Therapie



#### **Apparative Voraussetzungen gemäß § 4 QS-Vereinbarung**

Gewährleistungserklärung (Gerätenachweis) des Herstellers mit Erfüllung der Mindestanforderungen an das Bestrahlungsgerät für die

- Bade-PUVA-Therapie
- asynchroner Photosoletherapie
- synchroner Photosoletherapie

#### **Räumliche Voraussetzungen gemäß § 5 QS-Vereinbarung**

- Nachweis durch Grundriss der Praxis
  - Bei der asynchronen Photosoletherapie bzw. bei der Bade-PUVA-Therapie befinden sich die Räume für Bad und Bestrahlung in unmittelbarer Nähe
  - Freie Zugänglichkeit der Wanne von mindestens zwei Seiten
  - Pro Badewanne eine Umkleidemöglichkeit für den Patienten in oder in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen der Balneophototherapie
  - Patientenliege in oder in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen der Balneophototherapie
  - Patientendusche in oder in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen der Balneophototherapie
  - Ausreichende Lüftungsmöglichkeit der Behandlungsräume der Balneophototherapie
  - Die Anordnung der Räume und Geräte gewährleistet den Schutz der Privatsphäre der Patienten

#### **Organisatorische Anforderungen gemäß § 6 QS-Vereinbarung**

- Regelmäßige technische Wartung des Bestrahlungsgeräts entsprechend den Vorgaben des Herstellers, spätestens jedoch nach zwei Jahren
- 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
- Augenschutz für Patienten durch geeignete Brillen (vollständige Absorption von UV-B und UV-A bis 400 nm während der Bestrahlung)



## VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

- **Organisatorische Anforderungen gemäß § 6 QS-Vereinbarung**  
Erfüllung und Einhaltung der weiteren, nicht genannten organisatorischen Anforderungen.
- **Ärztliche Dokumentation gemäß § 7 QS-Vereinbarung**  
Vorlage der ärztlichen Dokumentationen auf Verlangen der KV Berlin zur Überprüfung der Vollständigkeit und der Nachvollziehbarkeit.
- **Auflage zur Aufrechterhaltung der Genehmigung gemäß § 8 QS-Vereinbarung**  
Regelmäßige Wartung der Bestrahlungsgeräte und regelmäßige Überprüfung der Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel gemäß § 6 Abs. 2 und 3.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Balneophototherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung zur Balneophototherapie. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Arztstempel/Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Das Einverständnis darüber, dass die KV Berlin die Erfüllung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin überprüft, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung zur Balneophototherapie entsprechen, wird erklärt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Antragsteller