

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
der Balneophototherapie**

**Name** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift  
Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze die Anerkennung als**

Facharzt für: \_\_\_\_\_

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

**Niedergelassene Vertragsärzte**

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

Ich übernehme die Praxis von: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):**

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_

**Ermächtigte Ärzte:**

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Genehmigung auf Durchführung und Abrechnung der Leistungen der Balneophototherapie nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und weise die Anforderungen durch Bescheinigungen und Zeugnisse nach.**

**Abrechnungsgenehmigung durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung**

Ich habe bereits die Abrechnungsgenehmigung

der Kassenärztlichen Vereinigung \_\_\_\_\_

am: \_\_\_\_\_ erhalten.

Eine Kopie dieser Genehmigung füge ich dem Antrag bei.

**Folgende Verfahren/Indikationen werden beantragt:**

Bade-PUVA-Therapie / mittelschwere bis schwere Psoriasis vulgaris

asynchrone Photo-Sole-Therapie

mittelschwere bis schwere Psoriasis vulgaris

mittelschweres bis schweres atopisches Ekzem

synchrone Photo-Sole-Therapie

mittelschwere bis schwere Psoriasis vulgaris

mittelschweres bis schweres atopisches Ekzem

Die Durchführung der Balneophototherapie erfolgt unter der Anschrift:

**Nachweis der fachlichen Voraussetzungen gemäß § 3**

Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Die Urkunde liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.

Die Urkunde ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.

Mit den als Anlage beigefügten Zeugnissen/Bescheinigungen weise ich die selbstständige Indikationsstellung und Durchführung (ggf. unter Anleitung) von mindestens 20 abgeschlossenen balneophototherapeutischen Behandlungszyklen, davon mindestens 5 zur Photosoletherapie und mindestens 5 zur Bade-PUVA-Therapie nach  
**und**

mit den als Anlage beigefügten Zeugnissen/Bescheinigungen (z.B. Fortbildung) weise ich Kenntnisse über die Behandlung von akuten Nebenwirkungen der Therapie nach.

**Nachweis der apparativen Voraussetzungen gemäß § 4**

Für die Durchführung der Bade-PUVA-Therapie, synchroner oder asynchroner Photo-Sole-Therapie verwende ich Geräte, die die Mindestanforderungen an das Bestrahlungsgerät nach der Qualitätssicherungsvereinbarung erfüllen. Als Nachweis ist dem Antrag pro Gerät eine Gewährleistungserklärung der Herstellerfirma beigefügt.

### Nachweis der räumlichen Voraussetzungen gemäß § 5

- Bei der Durchführung der asynchronen Photosoletherapie bzw. Bade-PUVA-Therapie befinden sich die Räume für Bad und Bestrahlung in unmittelbarer Nähe.

Folgende, weitere Anforderungen, die für alle Verfahren der Balneophototherapie gelten, sind erfüllt:

- Freie Zugänglichkeit der Wann von mindestens 2 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 gewährleisten den Schutz der Privatsphäre der Patienten

### Organisatorische Anforderungen gemäß § 6

Folgende Anforderungen sind erfüllt:

- Anforderungen an Badelösung und Folie:
- › bei synchroner Photosoletherapie: 10 %ige Sole (Totes-Meer-Salz)
  - › bei asynchroner Photosoletherapie: 25 %ige Sole (Kochsalz)
  - › bei Bade-PUVA-Therapie: 8-Methoxypsoralenlösung lt. arzneimittelrechtlicher Zulassung
  - › die Folie muss zur Anwendung am Menschen geeignet sein
- Ich weise mit dem als Anlage beigefügten Wartungsbeleg, der nicht älter als 24 Monate bei Antragstellung ist, – pro Gerät - die regelmäßige, technische Wartung des Bestrahlungsgerätes nach
- › Die Wartung erfolgt entsprechend den Vorgaben des Herstellers.
  - › Die Wartung wird spätestens alle 2 Jahre durchgeführt.
- Ich weise mit dem als Anlage beigefügten Wartungsbeleg, der nicht älter als 12 Monate bei Antragstellung ist, - pro Gerät – die Leuchtmittelwartung bei allen Geräten, mit oder ohne integrierte UV-Messung nach.
- › Die Überprüfung der Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel („Dosimetrie“) erfolgt durch ein gemäß MPBetreibV qualifiziertes Wartungsunternehmen.
  - › Die Wartung erfolgt nach 200 Betriebsstunden bzw. nach einem Jahr (je nach zuerst erreichtem Kriterium).
  - › Bei der Wartung werden UV-Messgeräte (integrierte UV-Messgeräte oder Hand-Dosimeter) kalibriert. Bei Bestrahlungsgeräten ohne integrierte UV-Messgeräte ist vierteljährlich die Überprüfung der Bestrahlungsintensität der Leuchtmittel („Dosimetrie“) mittels eines auf das Emissionsspektrum abgeglichenen Hand-Dosimeters vorzunehmen.
- Die Patienten werden über Therapieziel und –verlauf, Nebenwirkungen und mögliche Langzeitrisiken der Behandlung aufgeklärt und erhalten Informationen über die Möglichkeit der Erfassung/Dokumentation der kumulativen Bestrahlungsdosis, der Strahlenart und des Bestrahlungszeitraums (evtl. „UV-Pass“).
- Die unmittelbare Bestrahlung nach dem Bad (nach max. 5 Minuten) ist bei der asynchronen Photosoletherapie und bei der Bade-PUVA-Therapie gewährleistet.
- Die unmittelbare Erreichbarkeit eines Dermatologen ist gewährleistet.
- Ein Notfallkoffer/Blutdruckmessgerät wird vorgehalten.

- Die Einweisung des zuständigen Personals für die Gerätebedienung des Bestrahlungsgerätes ist erfolgt durch:
- den Hersteller **oder**
  - durch ein vom Hersteller beauftragtes Unternehmen **oder**
  - durch den Dermatologen **bzw.**
  - durch eine vom Dermatologen beauftragte und geschulte Person
- Ich weise mit dem als Anlage beigefügten Nachweis (z.B. Kaufbeleg) den Augenschutz für Patienten durch geeignete Brillen (vollständige Absorption von UV-B und UV-A bis 400 nm während der Bestrahlung) nach.
- Eine Kommunikation zwischen Patient und Med. Fachangestellter ist während der Behandlung zu jeder Zeit gewährleistet.
- Es werden nur die vom Hersteller empfohlenen Leuchtmittel verwendet.

### Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Vereinbarung Balneophototherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V betreffend die korrekte Leistungserbringung, die regelmäßige technische Wartung gemäß § 6, die Dokumentation gemäß § 7 und die Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung, wie Teilnahme an Stichprobenprüfungen über die regelmäßige Wartung der Bestrahlungsgeräte und die Überprüfung der Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel nach § 8 der Vereinbarung zu erfüllen.
2. Mit Unterzeichnung dieses Antrages erkläre ich mich einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vor Erteilung der Genehmigung bzw. auch während des Bestandes der Genehmigung befugt ist, eine Besichtigung am Ort der Leistungserbringung (sog. Praxisbegehung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V) durchzuführen, um sich von der Einhaltung der o.g. Qualitätssicherungsvereinbarung in der Betriebsstätte, in der die Balneophototherapie durchgeführt wird, zu vergewissern.
3. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung, insbesondere betreffend die apparative Ausstattung, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

### Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte