

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Qualitätssicherung / Abrechnungsgenehmigung
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Arztstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Balneophototherapie

Hinweis: Bei Angestellten ist der Antrag vom Arbeitgeber (anstellende/r Ärztin/Arzt bzw. MVZ) zu stellen.

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (nicht für Angestellte)

Name, Vorname Niederlassungsdatum

Fachrichtung

Ich habe eine Ermächtigung seit/ab

Die Antragstellung erfolgt für eine(n) Angestellte(n)

Name, Vorname des/der Antragstellers/-in Niederlassungsdatum

Fachrichtung

Name, Vorname des/der Angestellten Anstellungsdatum

Fachrichtung

Die Leistungen werden beantragt für den/die **Standort/e der Betriebsstätte/n:**

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ

Beantragte Leistungen

Ich beantrage folgende balneotherapeutische Leistungen

- Synchrone Photosoletherapie
- Asynchrone Photosoletherapie
- Bade-PUVA-Therapie

Fachliche Qualifikation

Ich bin Fachärztin/Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen

Zeugnisse und Bescheinigungen über die selbständige Indikationsstellung und Durchführung (ggf. unter Anleitung) von mind. 20 abgeschlossenen balneophototherapeutischen Behandlungszyklen. Davon müssen mind. 5 zur Photosoletherapie und mind. 5 zur Bade-PUVA-Therapie nachgewiesen werden.

Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Wurde Ihnen bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der o. g. Leistungen durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

- nein ja (**Bescheid bitte beifügen**)

Anforderungen an die Praxisausstattung

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die Praxisausstattung für alle Verfahren der Balneophototherapie erfüllt sind:

- Freie Zugänglichkeit der Wanne von mindestens zwei Seiten
- Pro Badewanne eine Umkleidemöglichkeit für den Patienten in oder in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen
- Patientenliege in oder in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen
- Patientendusche in oder in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungszäumen
- Ausreichende Lüftungsmöglichkeiten der Behandlungsräume
- Die Anordnung der Räume und Geräte sollen den Schutz der Privatsphäre der Patienten gewährleisten

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

Organisatorische Anforderungen

Ich verpflichte mich, die folgenden organisatorischen Anforderungen zu erfüllen:

- Kenntnisse über die Behandlung von akuten Nebenwirkungen der Therapie
- Patientenaufklärungen über Therapieziel und –verlauf, sowie Nebenwirkungen und mögliche Langzeitriskiken der Behandlung
- Möglichkeit der Erfassung/ Dokumentation der kumulativen Bestrahlungsdosis, der Strahlenart und des Bestrahlungszeitraums.

Apparative Ausstattung

Gerätenutzung in eigener Praxis

Das Gerät ist mein Eigentum

Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet.

Betriebstätte (Adresse o. BSNR):

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.):

Das Gerät ist der KV Hamburg noch nicht gemeldet.

Als Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung ist ein Gerätenachweis, **ausgefüllt von der betreuenden Gerätefirma** mit den erforderlichen technischen Angaben, beizufügen.

Gerätenutzung in einer Apparategemeinschaft

Es besteht eine Apparategemeinschaft mit der Praxis / dem Krankenhaus:

Adresse:

Eigentümer des Gerätes:

Eine von allen Teilnehmern unterschriebene Erklärung über die gemeinsame Gerätenutzung ist dem Antrag beizufügen.

Gerätenutzung in einem ausgelagerten Praxisteil

Der ausgelagerte Praxisteil und das genutzte Gerät sind der KV Hamburg bereits gemeldet.

Betriebstätte (Adresse o. BSNR):

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.):

Ich möchte das Gerät in einem ausgelagerten Praxisteil nutzen.

Zusätzlich ist das Antragsformular „Anzeige eines ausgelagerten Praxisteils“ auszufüllen.

Das Gerät ist der KV Hamburg noch nicht gemeldet.

Als Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung ist ein Gerätenachweis, **ausgefüllt von der betreuenden Gerätefirma** mit den erforderlichen technischen Angaben, beizufügen.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie entsprechen.

Ich verpflichte mich die regelmäßige Wartung meiner Bestrahlungsgeräte nach 2 Jahren und die regelmäßige Überprüfung der Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel nach 200 Betriebsstunden bzw. nach einem Jahr durchzuführen.

Ich verpflichte mich die organisatorischen Anforderungen nach § 6 sowie die ärztliche Dokumentation nach § 7 zu erfüllen.

Ich bestätige, jede Veränderung an der technischen Grundausstattung, eine Neuanschaffung oder die Stilllegung eines meiner Bestrahlungsgeräte unverzüglich der KV Hamburg schriftlich mit einem geeigneten Nachweis mitzuteilen.

Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

Ich habe folgende Auflagen zur Kenntnis genommen:

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg fordert nach einem Jahr die Wartungsberichte der Leuchtmittel der Bestrahlungsgeräte, sowie alle zwei Jahre die Wartungsberichte der Bestrahlungsgeräte an.

Rechtlicher Hintergrund

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie vom 09.08.2010 in der ab 01.10.2010 geltenden Fassung.

! Die Ausführung und Abrechnung der beantragten Leistungen ist erst nach der Genehmigungserteilung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg zulässig.

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren bis zu 300,00 € erhoben.

Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem aktuellen Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen.

Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, Nr. 000 1335 006 Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, BLZ 300 606 01 oder IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDXXX – Vermerk „Gebühr für Q/Genehmigung“.

Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingegangen ist.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeiten auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift **Antragsteller/in**

Datum

Unterschrift **Angestellter/r**