

**Antrag
auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
ultraschalldiagnostischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung
gemäß §135 Abs. 2 SGB V**

WICHTIGE HINWEISE ZUM ANTRAG

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Bitte helfen Sie uns, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten, indem Sie den Antrag vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen. Vielen Dank.

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

(Titel/Vorname/Name)

LANR: _____

(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

(Anschrift der Praxis oder des MVZ oder des Krankenhauses)

(Telefon, ggf. bei Rückfragen)

(Facharzt für)

für den Arzt maßgebliche **Weiterbildungsordnung (WBO)**
(evtl. Auskunft bei der zuständigen Ärztekammer)

(Praxisübernahme von)

(Aufnahme der Tätigkeit geplant ab)

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

(Titel/Vorname/Name des anstellenden Arztes)

LANR: _____

(lebenslange Arztnummer)

(Titel/Vorname/Name des angestellten Arztes)

LANR: _____

(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

(angestellt im **MVZ**)

(angestellt seit/ab)

Die Leistungen werden in folgender/en Betriebsstätte/n erbracht

1. Betriebsstätte _____

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

2. Betriebsstätte _____

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

3. Betriebsstätte _____

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der

KV

Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung füge ich bei.

Der Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn er vollständig ist! Das bedeutet, dass dem Antrag Zeugnisse bzw. Bescheinigungen mit entsprechenden Untersuchungszahlen sowie Bilder für die Abnahmeprüfung und die Gewährleistungserklärung(en) beigefügt werden müssen.

Fachliche Voraussetzungen

Unter jedem Anwendungsbereich (AB) finden Sie die Voraussetzungen entsprechend der Ultraschall-Vereinbarung. Sofern Sie die beantragten AB im Rahmen Ihrer Weiterbildung gemäß Weiterbildungsordnung durchgeführt haben, gilt § 4. Sollte dies nicht zutreffen, so gelten § 5 oder § 6 der Ultraschall-Vereinbarung. Gemäß § 5 und § 6 ist zusätzlich die Teilnahme an einem Kolloquium vor der Qualitätssicherungskommission Ultraschall der KV Bremen notwendig. Die Termine für die Kolloquien werden nach Prüfung des Antrages durch die KV Bremen vereinbart.

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der nachstehenden angekreuzten ultraschalldiagnostischen Leistungen:

AB 1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle im B-Modus

§ 4) 100 Sonographien des Gehirns durch die offene Fontanelle
§ 5) und § 6) 150 Sonographien des Gehirns durch die offene Fontanelle

AB 2.1 Gesamte Diagnostik des Auges

§ 4) 200 Sonographien des Auges, davon 100 Untersuchungen zur Gewebedarstellung, 50 Biometrien der Achsenlänge und 25 Hornhautdickenmessungen
§ 5) und § 6) 250 Sonographien des Auges, davon 150 Untersuchungen zur Gewebedarstellung, 75 Biometrien der Achsenlänge und 25 Hornhautdickenmessungen

AB 2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke

§ 4) 50 Biometrien der Achsenlänge und 25 Hornhautdickenmessungen
§ 5) und § 6) 75 Biometrien der Achsenlänge und 25 Hornhautdickenmessungen

AB 3.1 Nasennebenhöhlen, A-Modus

§ 4), § 5) und § 6) 100 Sonographien der Nasennebenhöhlen¹

AB 3.1 Nasennebenhöhlen, B-Modus

§ 4) 100 Sonographien der Nasennebenhöhlen
§ 5) und § 6) 150 Sonographien der Nasennebenhöhlen¹

AB 3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüse), B-Modus

§ 4) 100 Sonographien der Gesichts- und Halsweichteile
§ 5) und § 6) 200 Sonographien der Gesichts- und Halsweichteile¹

AB 3.3 Schilddrüse, B-Modus

§ 4) 150 B-Modus-Sonographien der Schilddrüse
§ 5) und § 6) 200 Sonographien der Schilddrüse¹

¹ Bei Nachweis der Qualifikation eines anderen Anwendungsbereichs verringern sich die Anforderungen gem. Anhang Ultraschallvereinbarung
* Diese Untersuchungen können gemäß EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) nur von **fachärztlich** tätigen Ärzten abgerechnet werden!

AB 4.1 Echokardiographie
(Jugendliche, Erwachsene, transthorakal)
§ 4), § 5) und § 6) 400 B-/M-Modus Echokardiographien oder Belastungsechokardiographien

AB 4.2 Echokardiographie*
(Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal)
§ 4), § 5) und § 6) Anforderungen nach AB 4.1, 50 transoesophageale Echokardiographien

AB 4.3 Echokardiographie*
(Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal)
§ 4), § 5) und § 6) 500 Echokardiographien oder Belastungsechokardiographien

AB 4.4 Echokardiographie*
(Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal)
§ 4), § 5) und § 6) Anforderungen nach AB 4.3, 25 transoesophageale Echokardiographien

AB 4.5 Belastungsechokardiographie*
(Jugendliche, Erwachsene)
§ 4), § 5) und § 6) Anforderungen nach AB 4.1, 100 Belastungsechokardiographien

AB 4.6 Belastungsechokardiographie*
(Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche)
§ 4), § 5) und § 6) Anforderungen nach AB 4.3, 50 Belastungsechokardiographien

AB 5.1 Thorax (ohne Herz), B-Modus, transkutan
§ 4) 100 Sonographien der Thoraxorgane (ohne Herz) ¹
§ 5) und § 6) 200 Sonographien der Thoraxorgane (ohne Herz) ¹

AB 5.2 Thorax (ohne Herz), B-Modus, transkavitär
§ 4), § 5) und § 6) Anforderungen nach AB 5.1, 25 Sonographien der Thoraxorgane (ohne Herz), transkavitär

AB 6.1 Brustdrüse, B-Modus
§ 4), § 5) und § 6) 200 B-Modus-Sonographien der Brustdrüse ¹

AB 7.1 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren), B-Modus, transkutan
(Jugendliche, Erwachsene, transkutan)
§ 4), § 5) und § 6) 400 B-Modus-Sonographien von Abdomen und Retroperitoneum (inkl. Nieren) ¹

AB 7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)
§ 4), § 5) und § 6) Anforderungen nach AB 7.1, 25 B-Modus-Endosonographien (Rektum) ¹

AB 7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)
§ 4), § 5) und § 6) Anforderungen nach AB 7.1, 25 B-Modus-Endosonographien (Magen-Darm) ¹

AB 7.4 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkutan
(Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transkutan)
§ 4) 200 Sonographien von Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) ¹
§ 5) und § 6) 400 Sonographien von Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) ¹

¹ Bei Nachweis der Qualifikation eines anderen Anwendungsbereichs verringern sich die Anforderungen gem. Anhang Ultraschallvereinbarung
* Diese Untersuchungen können gemäß EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) nur von fachärztlich tätigen Ärzten abgerechnet werden!

AB 8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan
§ 4) 200 B-Modus-Sonographien der Uro-Genitalorgane¹
§ 5) und § 6) 400 Sonographien der Uro-Genitalorgane¹

AB 8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär
§ 4) Anforderungen nach AB 8.1, 75 transkavitäre Sonographien der Uro-Genitalorgane
§ 5) und § 6) Anforderungen nach AB 8.1, 150 transkavitäre Sonographien der Uro-Genitalorgane

AB 8.3 Weibliche Genitalorgane, B-Modus
§ 4) 200 B-Modus-Sonographien der weiblichen Genitalorgane¹
§ 5) und § 6) 300 Sonographien der weiblichen Genitalorgane¹

AB 9.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus
§ 4), § 5) und § 6) 300 B-Modus-Sonographien der utero-plazento-fetalen Einheit¹

AB 9.1 a Ultraschalluntersuchung mit Biometrie und systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie im 2. Trimenon
§ 4), § 5) und § 6) Anforderungen nach AB 9.1 und Nachweis einer **erfolgreichen Teilnahme an einer Online-Prüfung** gemäß Anlage VI

AB 9.2 Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus
§ 4), § 5) und § 6) Anforderungen nach AB 9.1, 200 weiterführende differentialdiagnostische Sonographien bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder fetale Erkrankungen oder erhöhtes Risiko, davon 30 Fehlbildungen oder Entwicklungsstörungen

AB 10.1 Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüfte), B-Modus
§ 4) 200 Sonographien des Bewegungsapparats
§ 5) und § 6) 400 Sonographien des Bewegungsapparats¹

AB 10.2 Säuglingshüfte, B-Modus
§ 4), § 5) und § 6) 200 B-Modus-Sonographien der Säuglingshüfte

AB 11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus
§ 4), § 5) und § 6) 200 B-Modus-Sonographien der Venen der Extremitäten,
Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach AB 20.8 oder AB 20.9 gilt die fachliche Befähigung für die Venen der Extremitäten mit dem B-Modus-Verfahren als nachgewiesen¹

AB 12.1 Haut, B-Modus
§ 4) 100 B-Modus-Sonographien der Haut § 5) und § 6) 200 B-Modus-Sonographien der Haut

AB 12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus
§ 4), § 5) und § 6) 150 B-Modus-Sonographien der Haut und/oder Subcutis

Sonstige Untersuchungen
Sonographische Untersuchungen von Organen oder Organteilen bzw. Organstrukturen, die nicht Bestandteil der Punkte 1 bis 22 in diesem Antrag sind, B- Modus

Die GOP 33081 EBM bildet keinen eigenen Anwendungsbereich. Zur Erlangung der Genehmigung ist die Erfüllung der Genehmigungsvoraussetzungen für einen anderen Anwendungsbereich im B-Modus nachzuweisen.

¹ Bei Nachweis der Qualifikation eines anderen Anwendungsbereichs verringern sich die Anforderungen gem. Anhang Ultraschallvereinbarung
* Diese Untersuchungen können gemäß EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) nur von fachärztlich tätigen Ärzten abgerechnet werden!

AB 20.1 CW-Doppler - extrakranielle hirnversorgende Gefäße	<input type="checkbox"/>
§ 4) 100 CW-Doppler-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße ¹ § 5 und § 6) 200 CW-Doppler-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße ¹	
AB 20.2 CW-Doppler - extremitätenver-/entsorgende Gefäße	<input type="checkbox"/>
§ 4), § 5) und § 6) 200 CW-Doppler-Sonographien der extremitätenver- und entsorgenden Gefäße, davon 100 Arterien und 100 Venen ¹	
AB 20.3 CW-Doppler - extremitätenentsorgende Gefäße	<input type="checkbox"/>
§ 4), § 5) und § 6) 100 CW-Doppler-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäße ¹	
AB 20.4 CW-PW-Doppler - Gefäße des männlichen Genitalsystems	<input type="checkbox"/>
§ 4), § 5) und § 6) 200 CW- und/oder PW-Doppler-Sonographien der Gefäße des männlichen Genitalsystems ¹	
AB 20.5 PW-Doppler - intrakranielle hirnversorgende Gefäße	<input type="checkbox"/>
§ 4) 100 PW-Doppler-Sonographien der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße ¹ § 5) und § 6) 200 PW-Doppler-Sonographien der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße ¹	
<hr/>	
AB 20.6 Duplex-Verfahren - extrakranielle hirnversorgende Gefäße*	<input type="checkbox"/>
§ 4) 100 Duplex-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße ¹ § 5) und § 6) 200 Duplex-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße ¹	
AB 20.7 Duplex-Verfahren - intrakranielle hirnversorgende Gefäße*	<input type="checkbox"/>
§ 4) 100 Duplex-Sonographien der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße ¹ § 5) und § 6) Erfüllung der Voraussetzungen nach AB 20.5, 100 Duplex-Sonographien der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße ¹	
AB 20.8 Duplex-Verfahren - extremitätenver-/entsorgende Gefäße*	<input type="checkbox"/>
§ 4) jeweils 100 Duplex-Sonographien der extremitätenver- und entsorgenden Gefäße ¹ § 5) und § 6) jeweils 200 Duplex-Sonographien der extremitätenver- und entsorgenden Gefäße ¹	
AB 20.9 Duplex-Verfahren - extremitätenentsorgende Gefäße*	<input type="checkbox"/>
§ 4), § 5) und § 6) 100 Duplex-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäßen ¹	
AB 20.10 Duplex-Verfahren - abdominelle und retroperitoneale Gefäße (inkl. Mediastinum)*	<input type="checkbox"/>
§ 4) 100 Duplex-Sonographien der abdominellen und retroperitonealen Gefäße sowie Mediastinums § 5) und § 6) Erfüllung der Voraussetzungen nach AB 7.1 oder AB 7.4, 200 Duplex-Sonographien der abdominellen und retroperitonealen Gefäße sowie Mediastinums	
AB 20.11 Duplex-Verfahren - Gefäße des weiblichen Genitalsystems*	<input type="checkbox"/>
§ 4) 200 Duplex-Sonographien der Gefäße des weiblichen Genitalsystems ¹ § 5) und § 6) Erfüllung der Voraussetzungen nach AB 8.3, 200 Duplex-Sonographien der Gefäße des weiblichen Genitalsystems ¹	
<hr/>	
AB 21.1 Doppler-Echokardiographie einschl. Duplex transthorakal*	<input type="checkbox"/>
Jugendliche, Erwachsene § 4) Anforderungen nach AB 4.1, 100 Doppler-Echokardiographien (inkl. Duplex) § 5) und § 6) Anforderungen nach AB 4.1, 200 Doppler-Echokardiographien	
AB 21.2 Doppler-Echokardiographie einschl. Duplex <u>transoesophageal</u>*	<input type="checkbox"/>
Jugendliche, Erwachsene § 4), § 5) und § 6) Anforderungen nach AB 4.2, 50 transkavitäre Doppler-Echokardiographien (inkl. Duplex)	
AB 21.3 Doppler-Echokardiographie einschl. Duplex, transthorakal*	<input type="checkbox"/>
Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche § 4), § 5) und § 6) Anforderungen nach AB 4.3, 500 Doppler-Echokardiographien (inkl. Duplex)	
AB 21.4 Doppler-Echokardiographie einschl. Duplex <u>transoesophageal</u>*	<input type="checkbox"/>
Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche § 4), § 5) und § 6) Anforderungen nach AB 4.4, 25 transkavitäre Echokardiographien (inkl. Duplex)	

¹ Bei Nachweis der Qualifikation eines anderen Anwendungsbereichs verringern sich die Anforderungen gem. Anhang Ultraschallvereinbarung
* Diese Untersuchungen können gemäß EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) nur von fachärztlich tätigen Ärzten abgerechnet werden!

AB 22.1 Duplex-Verfahren-Fetales kardiovaskuläres System*

§ 4), § 5) und § 6) Anforderungen nach AB 9.2, 100 Sonographien des fetalen kardiovaskulären Systems, davon mindestens 5 pathologische Fälle
gemäß § 14 Abs. 7 Teilnahme am Kolloquium

AB 22.2 Duplex-Verfahren-Feto-maternales Gefäßsystem*

§ 4), § 5) und § 6) 100 Duplex-Sonographien des feto-maternalen Gefäßsystems, davon mindestens 5 pathologische Fälle
gemäß § 14 Abs. 7 Teilnahme am Kolloquium

Fachliche Befähigung

Dem Antrag auf Genehmigung sind insbesondere beizufügen:

- a) **Bei Erwerb der fachlichen Befähigung nach § 4** (für den Arzt maßgebliches Weiterbildungsrecht):
- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der entsprechenden Gebiets- oder Facharztbezeichnung.
 - Zeugnisse von dem anleitenden Arzt über die nach § 4 Buchstabe b selbständig durchgeführten Ultraschalluntersuchungen.
- b) **Bei Erwerb der fachlichen Befähigung nach § 5** (in einer ständigen Tätigkeit):
- Zeugnisse über die nach § 5 Buchstabe a und b absolvierte ständige Tätigkeit in der Ultraschalldiagnostik und die selbständig durchgeführten Ultraschalluntersuchungen.
- c) **Bei Erwerb der fachlichen Befähigung nach § 6** (durch Ultraschallkurse) **oder § 7** (computergestützte Fortbildung i. V. m. Ultraschallkursen) **oder § 7a** (Online-basierter Befähigungsnachweis zur systematischen Untersuchung der fetalen Morphologie im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinie):
- Zeugnisse von dem anleitenden Arzt über die nach § 6 Abs. 1 Buchstabe a selbständig durchgeführten Ultraschalluntersuchungen.
 - Zertifikate über die erfolgreiche Teilnahme an den Ultraschallkursen nach § 6 Abs. 1 Buchstabe b.
 - ggf. Zertifikat über die erfolgreiche Teilnahme an der computergestützten Fortbildung nach § 7.

Hinweise:

Bei Erwerb der fachlichen Befähigung nach den Buchstaben b und c ist zusätzlich die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium nach § 14 Abs. 6 notwendig.

Die Zeugnisse nach den Buchstaben a bis c müssen mindestens die folgenden Angaben beinhalten:

- Überblick über die Zusammensetzung des Krankheitsgutes der Abteilung, in der die Anleitung stattfand.
- Beschreibung der durchgeführten Untersuchungen und *angewandten Techniken*.
- Zahl der vom Antragsteller selbständig und unter Anleitung erbrachten Untersuchungen und diagnostischen Beurteilungen; Zahl der pathologischen Befunde.
- Beurteilung der Befähigung des Antragstellers zur selbständigen Durchführung von Ultraschalluntersuchungen.

Soll eine fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik in einem Anwendungsbereich an Patienten bestimmter Altersklassen (z. B. Kindern) nachgewiesen werden, muss aus dem Zeugnis hervorgehen, dass die Untersuchungen bei solchen Patienten durchgeführt wurden.

Apparative Ausstattung

Die verwendeten Ultraschallsysteme müssen Mindestanforderungen an die Gerätesicherheit, biologische Sicherheit und technische Leistungsfähigkeit erfüllen. Die Mindestanforderungen richten sich nach den Anwendungsklassen gemäß Anlage III der Ultraschall-Vereinbarung.

Sofern das Gerät der KVHB noch nicht bekannt ist muss dem Antragsformular die Gewährleistungserklärung des/der Ultraschallsystems/e beigefügt werden. Die Angaben zum Gerät sind auf der Gewährleistungserklärung vom Hersteller oder Vertreiber des Geräts auszufüllen und der KVHB zur Verfügung zu stellen.

Veränderungen in der apparativen Ausstattung, die Auswirkungen auf die Bildqualität haben können, sind der KVHB unverzüglich mitzuteilen.

Bitte geben Sie Ihre Ultraschallsysteme in der folgenden Tabelle an:

	Ultraschallsystem 1	Ultraschallsystem 2	Ultraschallsystem 3	Ultraschallsystem 4
Bezeichnung des Ultraschallsystems				
Hersteller				
Vertreiber				
Baujahr				
Standort (Adresse und BSNR)				

Bitte beachten Sie, dass sich der Arzt gemäß § 9 Abs. 3 für jedes Ultraschallsystem, das er erstmalig in Betrieb nimmt, anhand der Gebrauchsanweisung sowie beigefügter sicherheitsbezogener Informationen und Instandhaltungshinweise in die sachgerechte Handhabung, Anwendung und den Betrieb des Ultraschallsystems sowie, falls Endosonographiesonden zur Anwendung kommen, basierend auf den Hinweisen zu deren Aufbereitung, einweisen lassen muss. Die Einweisung darf nur von Personen durchgeführt werden, die auf Grund ihrer Kenntnisse und praktischen Erfahrungen für die Einweisung in die medizintechnische Handhabung des Gerätes geeignet sind. Die Einweisung ist unter Angabe des Namens der einweisenden Person schriftlich zu dokumentieren und auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß § 9

Für Ultraschallsysteme, die zum Zeitpunkt der Genehmigungserteilung bereits länger als 24 Monate in Betrieb waren, muss neben der Gewährleistungserklärung ein Wartungsprotokoll vorgelegt werden, das nicht älter als 12 Monate sein darf. Aus der messtechnischen Kontrolle muss eindeutig hervorgehen, dass die Leistungsfähigkeit des Ultraschallsystems hinsichtlich der technischen Bildqualität eine ausreichende diagnostische Sicherheit ermöglicht (s. Anforderungen an die Konstranzprüfung gem. § 13 Abs. 9).

Nur für Untersuchungen im B-Modus: Falls ein Wartungsprotokoll nicht vorgelegt werden kann, muss zur Genehmigungserteilung eine bildbasierte Abnahmeprüfung erfolgen. Als Teil der Abnahmeprüfung ist zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Ultraschallsystems hinsichtlich der technischen Bildqualität bei Untersuchungen im B-Modus eine aktuelle Bilddokumentation der jeweiligen Anwendungsklasse einzureichen. Dabei müssen die in Anlage III Nummer 9.2 genannten charakteristischen Bildmerkmale erkennbar bzw. differenzierbar sein. Sofern ein Ultraschallsystem für mehrere beantragte Anwendungsklassen verwendet werden soll, ist eine aktuelle Bilddokumentation einer dieser Anwendungsklassen einzureichen.

Das Organ bzw. die Körperregion muss entsprechend Anlage III Nummer 9.1 abgebildet sein, sofern dies für eine Anwendungsklasse definiert ist.

Die Ultraschallaufnahme soll nicht älter als 3 Monate sein. Die Anforderungen an die Dokumentation gemäß Anlage III Nummer 6 müssen erfüllt sein. Aus der Bilddokumentation muss eindeutig hervorgehen, dass die Ultraschallaufnahme mit dem beantragten Ultraschallsystem erstellt wurde.

Für die Anfertigung der Bilddokumentation/en können Sie gerne entsprechende Checklisten benutzen, die Sie auf der Homepage der KVHB unter dem Link <http://www.kvhb.de/node/1402> finden.

Allgemeines

Die entsprechende Ultraschall-Vereinbarung finden Sie auf unserer Homepage der KVHB unter dem Link <https://www.kvhb.de/genehmigungen#u>

Eine Genehmigung kann erst bei Vorlage der vollständigen Nachweise der fachlichen und apparativen Voraussetzungen sowie nach der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium erteilt werden. Daher bitten wir Sie die Nachweise dem Antrag vollständig beizufügen. Das früheste Genehmigungsdatum bei vollständigen Unterlagen ist das Datum der Zulassung oder der Ermächtigung. Die Erteilung von rückwirkenden Genehmigungen ist aus rechtlichen Gründen nicht zulässig.

Ermächtigte Ärzte

Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, kann eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Ultraschalldiagnostik nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.

Erklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die KVHB gemäß § 14 Abs. 5 der Ultraschall-Vereinbarung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die in Betrieb befindlichen Ultraschallsysteme daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß Anlage III der Vereinbarung entsprechen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung ultraschalldiagnostischer Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers / Arztes

Bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ärztl. Leiters des MVZ bzw.
anstellender Arzt der Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ausführenden angestellten Arztes

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstraße 26/28
28209 Bremen

Telefax: 0421-3404 347

Arztstempel

Anlage
zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Ultraschalluntersuchungen

Nutzer des Gerätes:	Lebenslange Arztnummer (falls bereits vergeben):
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

Standort des Ultraschallsystems:	_____

_____	_____

Betriebsstättennummer ggf. Nebenbetriebsstättennummer (falls bereits vergeben)

Gewährleistungserklärung - Ultraschalldiagnostik-
(nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

Für die Durchführung der beantragten Ultraschalluntersuchungen wird das folgende Ultraschallsystem bzw. die folgenden Ultraschallsysteme¹ eingesetzt:			
Herstellerfirma:			

(Adresse)			

Geräte-Bezeichnung:			
(Vollständige Herstellerangaben)			

Geräte-Nummer:			
(Seriennummer)			

Baujahr:			

Auslieferungsdatum:			

Schallkopf 1	Typ	_____	Frequenz _____
Schallkopf 2	Typ	_____	Frequenz _____
Schallkopf 3	Typ	_____	Frequenz _____
Schallkopf 4	Typ	_____	Frequenz _____
Schallkopf 5	Typ	_____	Frequenz _____

¹ Ein Ultraschallsystem im Sinne des § 2 c der Ultraschall-Vereinbarung ist ein Gerät zur Ultraschalldiagnostik, bestehend aus Gerätekonsole, Schallkopf, Monitor und Dokumentationseinheit.

Das Ultraschallsystem bzw. die Ultraschallsysteme erfüllen die im folgenden bestätigten Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9 i.V.m. Anlage III der Ultraschall-Vereinbarung:

Zutreffendes bitte ankreuzen

			erfüllt
1. Gehirn			
AK 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	B-Modus	<input type="checkbox"/>
2. Auge			
AK 2.1	Gesamtes Auge	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.2	Gesamtes Auge	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.3	Biometrie des Auges	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.4	Biometrie des Auges	A-Modus (autom. Laufzeitmessung)	<input type="checkbox"/>
AK 2.5	Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.6	Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges	B-Modus	<input type="checkbox"/>
3. Kopf und Hals			
AK 3.1	Nasennebenhöhlen	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 3.2	Nasennebenhöhlen	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 3.3	Gesichtsweichteile, Halsweichteile, Speicheldrüsen	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 3.4	Schilddrüse	B-Modus	<input type="checkbox"/>
4. Herz und herznahe Gefäße			
AK 4.1	Herz und herznahe Gefäße, transthorakal - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.2	Herz und herznahe Gefäße, transthorakal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.3	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.4	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.5	Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.6	Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus	<input type="checkbox"/>
5. Thorax			
AK 5.1	Thoraxorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 5.2	Thoraxorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
6. Brustdrüse			
AK 6.1	Brustdrüse	B-Modus	<input type="checkbox"/>

			erfüllt
7.	Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)		
AK 7.1	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Niere, transkutan - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 7.2	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Nieren, transkutan - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 7.3	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Nieren, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
8.	Uro-Genitalorgane		
AK 8.1	Uro-Genitalorgane (Penis und Skrotum), transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.2	Sonstige Uro-Genitalorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.3	Uro-Genitalorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.4	Weibliche Genitalorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.5	Weibliche Genitalorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
9.	Schwangerschaftsdiagnostik		
AK 9.1	Schwangerschaftsdiagnostik, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 9.2	Schwangerschaftsdiagnostik, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
10.	Bewegungsapparat		
AK 10.1	Bewegungsapparat	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 10.2	Bewegungsapparat (Säuglingshüfte)	B-Modus	<input type="checkbox"/>
11.	Venen		
AK 11.1	Venen der Extremitäten	B-Modus	<input type="checkbox"/>
12.	Haut und Subkutis		
AK 12.1	Haut einschl. Subkutis	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 12.2	Haut (subkutanen Gewebe einschl. Lymphknoten)	B-Modus	<input type="checkbox"/>
20.	Doppler-Gefäße		
AK 20.1	Extrakranielle Gefäße, Doppler	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.2	Gefäße der Extremitäten, Doppler	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.3	Gefäße des männlichen Genitalsystems, Doppler	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.4	Gefäße des männlichen Genitalsystems, Doppler	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.5	Intrakranielle Gefäße, Doppler	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.6	Extrakranielle Gefäße, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.7	Intrakranielle Gefäße, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.8	Gefäße der Extremitäten, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.9	Gefäße des Abdomens, Retroperitoneums und Mediastinum, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.10	Gefäße des weiblichen Genitalsystems, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>

Farbkodierte Dopplersonographie ist möglich

ja nein

21. Doppler-Herz und herznahe Gefäße			erfüllt
AK 21.1	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal - Jugendliche, Erwachsene	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.2	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.3	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal - Jugendliche, Erwachsene	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.4	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.5	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transoesophageal	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.6	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transoesophageal	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.7	Herz und herznahe Gefäße, Farbduplex, transthorakal	Farbduplex	<input type="checkbox"/>
AK 21.8	Herz und herznahe Gefäße, Farbduplex, transoesophageal	Farbduplex	<input type="checkbox"/>
22. Doppler-Schwangerschaftsdiagnostik			
AK 22.1	Fetales kardiovaskuläres System, Farbduplex	Farbduplex	<input type="checkbox"/>
AK 22.2	Fetomaternales Gefäßsystem, Farbduplex	Farbduplex	<input type="checkbox"/>

Für den Fall, dass gemäß § 9 Abs. 4 der Ultraschall-Vereinbarung ein Schallkopf für endosonographische Untersuchungen zur Anwendung kommen soll, wird hiermit bestätigt, dass die Dokumentation des Herstellers oder Vertreibers Angaben für Endosonographieschallköpfe zur fachgerechten Aufbereitung mit bakterizider, viruzider und fungizider Wirkung enthält. Der Nachweis der Wirksamkeit der Methoden zur Aufbereitung ist seitens des Herstellers oder Vertreibers durch ein Gutachten belegt.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers

Telefonnummer

Ansprechpartner