

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Team 2
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

KV | KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Ultraschalldiagnostik

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V (Ultraschall-Vereinbarung) vom 31.10.2008, in der gültigen Fassung

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

*Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.
Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.*

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

 _____  _____  _____

Geburtsdatum _____ Datum der Approbation _____

Angaben zur Tätigkeit

Beginn oder geplante Aufnahme der Tätigkeit

für folgende **Fachrichtung** _____

Vertragliche Tätigkeit **beantragt** am _____ Aufnahme der Tätigkeit **geplant** zum _____

Tätigkeit **aufgenommen** am _____

Qualitätssicherung
Team 2

Monika Schickling
Tel 069 24741-6650
Fax 069 24741-68833
qs.sonographie@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung:

- Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- Zu einem späteren Datum _____

Art der Tätigkeit¹:

- Vertragsarzt in Einzelpraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
- Angestellter Arzt
 - in Praxis/BAG _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes
 - in MVZ _____ BSNR _____
Name des MVZ
- Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____
Name der Einrichtung
- Instituts-ermächtigung _____ BSNR _____
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters
- Sicherstellungs-assistent _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit²:

- Anschrift Standort _____ BSNR _____
- Anschrift Standort _____ BSNR _____
- Anschrift Standort _____ BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu stellen.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendmedizin/ Kinderchirurgie/ Kinder-Kardiologie/ Neonatologie/ Neuropädiatrie

Beantragte Leistungen

Bildgebende Verfahren (A-, B-, M-Modus)

1. Gehirn

1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle (B-Modus)

3. Kopf und Hals

3.1 Nasennebenhöhlen (A-Modus)

3.1 Nasennebenhöhlen (B-Modus)

3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüsen) (B-Modus)

3.3 Schilddrüse (B-Modus)

4. Herz und herznahe Gefäße (B-/M-Modus)

Echokardiographie, Jugendliche und Erwachsene

4.1 transthorakal

4.2 transoesophageal

Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche

4.3 transthorakal

4.4 transoesophageal

Belastungsechokardiographie

4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene

4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche

5. Thorax

5.1 Thoraxorgane (ohne Herz) (B-Modus), transkutan

7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) (B-Modus)

7.4 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transkutan

8. Uro-Genitalorgane

- 8.1 Uro-Genitalorgane (B-Modus), transkutan

10. Bewegungsapparat

- 10.1 Bewegungsapparat (ohne Säuglingshöften) (B-Modus)
- 10.2 Säuglingshüfte (B-Modus)

Doppler-Verfahren (PW-, Duplex-, Farbduplex-Modus)

20. Doppler – Gefäße

- 20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße
- 20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße
- 20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum

21. Doppler – Herz und herznahe Gefäße

- 21.1 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal
- 21.2 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal
- 21.3 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal
- 21.4 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal

23. Doppler – Nerven und Muskeln

- 23.1 Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln einschl. versorgende Gefäße

Hinweise

Nach Prüfung Ihres Antrags erhalten Sie vorab eine Eingangsbestätigung per E-Mail.

Sollten Sie weitere Anwendungsbereiche beantragen wollen, die hier nicht gelistet sind, bitten wir Sie diese zu vermerken.

Die Echokardiographie, Doppler-Echokardiographie und die PW-Doppler-/ Duplex-Sonographie der Gefäße sind im hausärztlichen Versorgungsbereich nicht berechnungsfähig (siehe EBM, Kapitel 4, hausärztlicher Versorgungsbereich).

Für die GOP 33046 „Zuschlag bei Durchführung der Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung“ ist eine Genehmigung für die Anwendungsbereiche 4.1, 4.3, 4.5, 4.6, 7.4, 21.1 oder 21.3 erforderlich.

Ärzte, die den Anwendungsbereich 23.1 beantragen möchten und ihre Weiterbildung auf der Grundlage einer früheren

Weiterbildungsordnung absolviert haben (Weiterbildungsordnungen vor 2018) benötigen einen Nachweis von 100 Sonographien von Muskeln und Nerven (zum Beispiel ein Zeugnis des weiterbildungsermächtigten Arztes, unter dessen Anleitung die Sonographie erfolgten) sowie einen Nachweis der Handlungskompetenz in B-Modus-Sonographien, Duplex-Untersuchungen und elektroneurographischer und/oder elektromyographischer Untersuchung (siehe auch Übergangsregelungen § 16 Abs. 4 i.V.m. Anlage I der Ultraschall-Vereinbarung). Die GOP 33100 kann ausschließlich von Fachärzten für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Neurochirurgie und Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie abgerechnet werden.

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Anforderungen

Dem Antrag sind alle Zeugnisse gemäß § 14 Abs. 3 und/oder Kursbescheinigungen gemäß § 6 Abs. 1b als Nachweis der fachlichen Qualifikation beizulegen, ebenso eine Kopie der Urkunde über die Berechtigung zum Führen der entsprechenden Gebiets- oder Facharztbezeichnung.

Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung grundsätzlich nicht gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

- Zeugnisse/ Kursbescheinigungen/ Facharzturkunde **sind beigelegt**.
- Zeugnisse/ Kursbescheinigungen/ Facharzturkunde **werden nachgereicht**.
- Zeugnisse/ Kursbescheinigungen/ Facharzturkunde **liegen bereits vor** (z.B. im Arztregister).

Anforderungen an die apparative Ausstattung

Da die Abrechnung ultraschalldiagnostischer Leistungen standortbezogen geprüft wird, sind bei mehreren Standorten (z. B. Hauptbetriebsstätte, Zweigpraxis, Belegarztstätigkeit, Amb. OP) für jeden Standort die dort verwendeten Ultraschallsysteme anzugeben.

Die Angabe der Bezeichnung des genutzten Ultraschallsystems ist auch bei bereits gemeldeten Ultraschallsystemen erforderlich.

Standort/BSNR _____

Bezeichnung des Ultraschallsystems _____

Standort/BSNR _____

Bezeichnung des Ultraschallsystems _____

Standort/BSNR _____

Bezeichnung des Ultraschallsystems _____

Die Einhaltung der apparativen Mindestanforderungen gemäß § 9 der Ultraschall-Vereinbarung wird durch Vorlage einer Gewährleistungserklärung des Geräteherstellers bzw. –lieferanten nachgewiesen. Sofern das Ultraschallsystem bereits gemeldet wurde (z.B. vom Praxispartner), ist eine erneute Vorlage der Gewährleistungserklärung nicht erforderlich. Sollten noch weitere Unterlagen zur apparativen Ausstattung benötigt werden, setzen wir uns mit Ihnen oder dem Praxisinhaber in Verbindung.

