

Erweiterter Landesausschuss
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen
in der Freien und Hansestadt Hamburg
Geschäftsstelle
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg



Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von ultraschalldiagnostischen Leistungen im Rahmen der ASV – Knochen- und Weichteiltumoren

Hinweise:

Hinweis: Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 – Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 8. Knochen- und Weichteiltumoren. ASV-Berechtigte sind daher nur berechtigt, Leistungen anzuzeigen und zu erbringen, die gemäß diesem Appendix zum Behandlungsumfang der jeweiligen Arztgruppe gehören.
Die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.
Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

Die Anzeige erfolgt für:

Name, Vorname, ggf. Titel

Fachgebiet

ASV-Team, ggf. ASV-Teamnummer

Die Leistungen werden am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht:

ja nein, Leistungen werden am folgenden **Tätigkeitsort** erbracht:

Angabe der Anschrift; Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Qualifikation

Ich bin Facharzt für

- Allgemeinchirurgie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Plastische Chirurgie
- Strahlentherapie
- Viszeralchirurgie
- Radiologie

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen – Anwendungsbereiche (AB)

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

- Nasennebenhöhlen - Sonographie – AB 3.1 (GOP 33010 EBM)
- Sonographie der Gesichteweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse) – AB 3.2 (GOP 33011 EBM)
- Schilddrüsen – Sonographie – AB 3.3 (GOP 33012 EBM)
- Echokardiographie (M-Mode- und B-Mode-Verfahren) – AB 4.1 (GOP 33020, 33046 EBM)
 - Zuschlag bei transösophagealer Durchführung (TEE) – AB 4.3 (GOP 33023 EBM)
- Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung – AB 4.5 (GOP 33030, 33046 EBM)
- Echokardiographie mit pharmakainduzierter Stufenbelastung – AB 4.5 (GOP 33031, 33046 EBM)
- Sonographie der Thoraxorgane – AB 5.1 (GOP 33040, 33092 EBM)
 - Zuschlag Thoraxorgane transkavitär – AB 5.2 (GOP 33090 EBM)
- Mamma – Sonographie – AB 6.1 (GOP 33041, 33091 EBM)
- Abdominelle Sonographie und Retroperitoneum – AB 7.1 (GOP 33042, 33092, 33046 EBM)
 - Zuschlag Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Rektum) – AB 7.2 (GOP 33090 EBM)
 - Zuschlag Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Magen-Darm) – AB 7.3 (GOP 33090 EBM)
- Uro-Genital-Sonographie – AB 8.1 (GOP 33043, 33092 EBM)
 - Zuschlag Uro-Genital-Sonographie transkavitär – AB 8.2 (GOP 33090 EBM)
- Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase – AB 8.3 (GOP 33044, 33092 EBM)
- Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae – AB 10.1 (GOP 33050 EBM)
- Sonographie von Extremitätenvenen – AB 11.1 (GOP 33076 EBM)
- weitere Organe oder Organteile (GOP 33081, 33091 EBM)

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

- Doppler-Echokardiographie (PW- / CW-Doppler) transthorakal – AB 21.1 (GOP 33021, 33046 EBM)
 - Doppler-Echokardiographie (PW- / CW-Doppler) transoesophageal – AB 21.2 (GOP 33021, 33023 EBM)
- Duplex-Echokardiographie (Farbduplex) transthorakal – AB 21.1 (GOP 33022, 33046 EBM)
 - Duplex-Echokardiographie (Farbduplex) transoesophageal – AB 21.2 (GOP 33022, 33023 EBM)

- CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße – AB 20.1 (GOP 33060 EBM)
- CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße – AB 20.2 (GOP 33061 EBM)
- CW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems – AB 20.3 (GOP 33062 EBM)

- PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße – AB 20.5 (GOP 33063 EBM)
- PW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems – AB 20.4 (GOP 33064 EBM)

- Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße – AB 20.6 (GOP 33070 EBM)
 - Zuschlag Farbduplex (GOP 33075 EBM)
- Duplex-Sonographie der intrakraniellen Gefäße – AB 20.7 (GOP 33071 EBM)
 - Zuschlag Farbduplex (GOP 33075 EBM)
- Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße – AB 20.8 (GOP 33072 EBM)
 - Zuschlag Farbduplex (GOP 33075 EBM)
- Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße – AB 20.10 (GOP 33073 EBM)
 - Zuschlag Farbduplex (GOP 33075 EBM)
- Duplex-Sonographie der Gefäße des weiblichen Genitalsystems – AB 20.10 (GOP 33074 EBM)
 - Zuschlag Farbduplex (GOP 33075 EBM)

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

Qualifikationsnachweise

Erwerb der fachlichen Befähigung nach der Weiterbildungsordnung (§ 4 Ultraschall-Vereinbarung)

- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der entsprechenden Gebiets- oder Facharzturkunde.
- Nachweis (Zeugnis/Bescheinigung) über die selbständige Durchführung von Ultraschalluntersuchungen nach Anlage I Spalte 3 der Ultraschall-Vereinbarung unter Anleitung*.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

Erwerb der fachlichen Befähigung in einer ständigen Tätigkeit (§ 5 Ultraschall-Vereinbarung)

- Nachweis (Zeugnis/Bescheinigung) über die selbständige Durchführung von Ultraschall-Untersuchungen nach Anlage I Spalte 4 der Ultraschall-Vereinbarung unter Anleitung~.
- Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium oder Beteiligung an Fallbesprechungen im Rahmen einer stationären Tätigkeit.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

Erwerb der fachlichen Befähigung durch Ultraschallkurse (§ 6 Ultraschall-Vereinbarung)

- Zertifikate über die erfolgreiche Teilnahme an einem vollständigen aktuellen Kurssystem Grund- Aufbau- und Abschlusskurs.
- Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium oder Beteiligung an Fallbesprechungen im Rahmen einer stationären Tätigkeit.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

*Die Anleitung hat bei einem in der Ultraschalldiagnostik gemäß § 8 Buchstabe b oder c der Ultraschall-Vereinbarung qualifizierten Arzt stattzufinden.

Apparative Ausstattung

Gerätenutzung in der Praxis / dem MVZ / dem Krankenhaus

Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet.

Betriebstätte (Adresse o. BSNR):

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.)

KV-Reg.-Nr. _____

- Wenn das Gerät noch nicht bei der KV Hamburg gemeldet ist, fügen Sie bitte folgende Unterlagen bei:
- den aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung (TÜV-Prüfbericht)
 - die Bestätigung über die Anzeige zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 19 Strahlenschutzgesetz oder
 - die Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 12 Strahlenschutzgesetz

beides ausgestellt durch die zuständige Behörde für Justiz und Verbraucherschutz – Amt für Arbeitsschutz (entfällt bei angestellten Ärzten).

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur
Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift Teammitglied

Anlage
zum Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von
ultraschalldiagnostischen Leistungen

Nutzer des Gerätes:

Lebenslange Arztnummer (falls bereits vergeben)

| | | |
|----|-------|-------|
| 1. | _____ | _____ |
| 2. | _____ | _____ |
| 3. | _____ | _____ |
| 4. | _____ | _____ |
| 5. | _____ | _____ |

Standort des Ultraschalls:

Betriebsstättennummer ggf. Nebenbetriebsstätten-
nummer (falls bereits vergeben)

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

**Für die Durchführung der beantragten Ultraschalluntersuchungen wird das folgende
Ultraschallsystem bzw. die folgenden Ultraschallsysteme eingesetzt**

Herstellerfirma:

(Adresse)

Geräte-Bezeichnung:

(Vollständige Herstellerangaben)

Baujahr:

Auslieferungsdatum:

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

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 | <input type="checkbox"/> |
| | | (autom. Laufzeitmessung) | |
| 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"/> |

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. Niere, 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 (subkutanes 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

| | | | |
|---------|---|------------|--------------------------|
| 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"/> |

23. Doppler-Nerven und Muskeln

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