

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-394
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel bzw. Datum der Zulassung
--

**Antrag auf Anerkennung als qualifizierter Ausbilder für Leistungen der Ultraschall-
diagnostik**

gemäß § 8 Buchstabe c) der Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik vom
31.10.2008 in der derzeit gültigen Fassung

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt/in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft |
| | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt/in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft |
| | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Ich bin am Krankenhaus: _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR)
(Leistungserbringer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Antragsberechtigt gemäß § 8 Buchstabe c) sind Ärzte, die die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllen:

- eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt,
- die Erfüllung der fachlichen und apparativen Voraussetzungen nach dieser Vereinbarung für den jeweiligen Anwendungsbereich,
- eine mindestens 36-monatige eigenverantwortliche Tätigkeit im Bereich der Ultraschalldiagnostik sowie
- die 10-fache Zahl der in Anlage I Spalte 4 für den jeweiligen Anwendungsbereich geforderten Untersuchungszahlen.

Hiermit beantrage ich die Anerkennung als qualifizierter Ausbilder für Leistungen der Ultraschalldiagnostik für einen oder mehrere Anwendungsbereiche (AB) sowie für eine oder mehrere Anwendungsklassen (AK) gemäß der vg. Vereinbarung.

Angaben zum Tätigkeitsort

Ich bin am folgenden Standort tätig:

vollständige Anschrift

Folgende Unterlagen sind dem Antrag in Kopie beizufügen:

Fachliche Nachweise (s.o.):

- Qualifikationsnachweis/e (Zeugnis/Bescheinigung/etc.),
- Facharzturkunde und - wenn vorhanden - Urkunde/n über die Teilgebietsanerkennung bzw. Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung sowie
- Ultraschall-Abrechnungsgenehmigung

Apparative Nachweise:

- Gewährleistungserklärung/Gerätenachweis sowie
- Nachweis über die Einweisung in die medizinische Handhabung des Gerätes (Name der einweisenden Person muss dokumentiert sein - kann nachgereicht werden)
- bei Antragstellung AB 4.5 bzw. 4.6: Zusätzlicher Nachweis über einen Kippliege-Ergometer

A. ANWENDUNGSBEREICHE (AB)

gemäß Anlage I und ANWENDUNGSKLASSEN (AK) nach Anlage III:

1. Gehirn

1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle

AK 1.1 Schädel durch die offene Fontanelle - B-Modus,
Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder



2. Auge
- 2.1 Gesamte Diagnostik des Auges
AK 2.1 Auge, Augenhöhle - A-Modus
AK 2.2 Auge, Augenhöhle - B-Modus
- 2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke
AK 2.3 Biometrie des Auges - A-Modus
AK 2.4 Biometrie des Auges - A-Modus, automatische Laufzeitmessung
AK 2.5 Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges- A-Modus
AK 2.6 Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges - B-Modus, Immersion
3. Kopf und Hals
- 3.1 Nasennebenhöhlen
AK 3.1 Nasennebenhöhlen - A-Modus
AK 3.2 Nasennebenhöhlen - B-Modus
- 3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüsen)
AK 3.3 Gesichtsweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen - B-Modus
- 3.3 Schilddrüse
AK 3.4 Schilddrüsen – B-Modus
4. Herz und herznahe Gefäße
- 4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal
AK 4.1 Echokardiographische Untersuchung - B-Modus mit M-Modus, transkutan
- 4.2 Echokardiographie Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal
AK 4.3 Echokardiographische Untersuchung - B-Modus mit M-Modus, transoesophageal
- 4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal
AK 4.1 Echokardiographische Untersuchung (Jugendliche) - B-Modus mit M-Modus, transkutan
AK 4.2 Echokardiographische Untersuchung (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder) - B-Modus mit M-Modus, transkutan
- 4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal
AK 4.3 Echokardiographische Untersuchung (Jugendliche) - B-Modus mit M-Modus
AK 4.4 Echokardiographische Untersuchung (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder) - B-Modus mit M-Modus
- 4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene
AK 4.5 Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und bei Belastung - B-Modus
- 4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche
AK 4.5 Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und bei Belastung (Jugendliche), - B-Modus



- AK 4.6 Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und bei Belastung (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder) - B-Modus
5. Thorax
- 5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), transkutan
AK 5.1 Thoraxorgane - B-Modus
- 5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), transkavitär
AK 5.2 Thoraxorgane - B-Modus
6. Brustdrüse
- 6.1 Brustdrüse
AK 6.1 Brustdrüse, ggf. regionale Lymphknoten - B-Modus
7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)
- 7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, transkutan
AK 7.1 Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren - B-Modus, transkutan
- 7.2 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Rektum)
AK 7.3 Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren - B-Modus, transkavitär
- 7.3 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Magen-Darm)
AK 7.3 Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren - B-Modus, transkavitär
- 7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transkutan
AK 7.1 Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren (Jugendliche) - B-Modus, transkutan
AK 7.2 Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder) - B-Modus, transkutan
8. Uro-Genitalorgane
- 8.1 Uro-Genitalorgane, transkutan
AK 8.1 Uro-Genitalorgane (Penis und Skrotum) - B-Modus, transkutan
AK 8.2 sonstige Uro-Genitalorgane - B-Modus, transkutan
- 8.2 Uro-Genitalorgane, transkavitär
AK 8.3 Uro-Genitalorgane - B-Modus, transkavitär
- 8.3 Weibliche Genitalorgane
AK 8.4 Weibliche Genitalorgane - B-Modus, transkutan
AK 8.5 Weibliche Genitalorgane - B-Modus, transkavitär
9. Schwangerschaftsdiagnostik
- 9.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik
AK 9.1 Schwangerschaftsdiagnostik - B-Modus, transkutan
- 9.2 Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten
AK 9.2 Schwangerschaftsdiagnostik - B-Modus, transkavitär



10. Bewegungsapparat
- 10.1 Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüfte)
AK 10.1 Gelenke und/oder umschriebene Strukturen des Bewegungsapparates - B-Modus
- 10.2 Säuglingshüfte
AK 10.2 - Hüftscreening - B-Modus
- Säuglingshüfte - B-Modus
11. Venen
- 11.1 Venen der Extremitäten
AK 11.1 Venen der Extremitäten - B-Modus
12. Haut und Subkutis
- 12.1. Haut
AK 12.1 Haut - B-Modus
- 12.2 Subkutis und subkutane Lymphknoten
AK 12.2 Subkutanes Gewebe einschl. Lymphknoten - B-Modus
20. Doppler-Gefäße
- 20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße
AK 20.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße, CW-Doppler, ggf. mit Frequenzspektrumanalyse mit mindestens 128 Stützstellen
- 20.2 CW-Doppler - extremitätenver- / entsorgende Gefäße
AK 20.2 Extremitätenver- und entsorgende Gefäße, CW-Doppler
- 20.3 CW-Doppler - extremitätenentsorgende Gefäße
AK 20.2 Extremitätenver- und entsorgende Gefäße, CW-Doppler
- 20.4 CW- oder PW-Doppler - Gefäße des männlichen Genitalsystems
AK 20.3 Gefäße des männlichen Genitalsystems, CW-Doppler
AK 20.4 Gefäße des männlichen Genitalsystems, PW-Doppler
- 20.5 PW-Doppler - intrakranielle hirnversorgende Gefäße
AK 20.5 Intrakranielle Gefäße, PW-Doppler, ggf. mit Frequenzspektrumanalyse mit mindestens 128 Stützstellen
- 20.6 Duplex-Verfahren - extrakranielle hirnversorgende Gefäße
AK 20.6 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung. Bei Farbduplex einschl. farbkodierter Darstellung.
- 20.7 Duplex-Verfahren - intrakranielle hirnversorgende Gefäße
AK 20.7 Intrakranielle Gefäße, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung. Bei Farbduplex einschl. farbkodierter Darstellung.
- 20.8 Duplex-Verfahren - extremitätenver- / entsorgende Gefäße
AK 20.8 Extremitätenver- und entsorgende Gefäße, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung. Bei Farbduplex einschl. farbkodierter Darstellung.



- 20.9 Duplex-Verfahren - extremitätenentsorgende Gefäße
AK 20.8 Extremitätenver- und entsorgende Gefäße, B-Modus und
gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung. Bei
Farbduplex einschl. farbkodierter Darstellung.
- 20.10 Duplex-Verfahren - abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie
Mediastinum
AK 20.9 Abdominelle und/oder retroperitoneale Gefäße oder
Mediastinum, B-Modus und gleichzeitige Messung von
Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung. Bei Farbduplex einschl.
farbkodierter Darstellung.
- 20.11 Duplex-Verfahren - Gefäße des weiblichen Genitalsystems
AK 20.10 Gefäße des weiblichen Genitalsystems, B-Modus und
gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung. Bei
Farbduplex einschl. farbkodierter Darstellung.
21. Doppler - Herz und herznahe Gefäße
- 21.1 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene,
transthorakal
AK 21.1 Doppler-Echokardiographie, CW-Doppler, transkutan
AK 21.3 Doppler-Echokardiographie, PW-Doppler, transkutan
AK 21.7 Doppler-Echokardiographie, B-Modus und gleichzeitige Messung
der Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung einschl. farbcodierter
Darstellung, transkutan
- 21.2 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex),
Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal
AK 21.5 Doppler-Echokardiographie, CW-Doppler, transoesophageal
AK 21.6 Doppler-Echokardiographie, PW-Doppler, transoesophageal
AK 21.8 Doppler-Echokardiographie, B-Modus und gleichzeitige Messung
von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung einschl. farbkodierter
Darstellung, transoesophageal
- 21.3 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge,
Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal
AK 21.1 Doppler-Echokardiographie (Jugendliche), CW-Doppler,
transkutan
AK 21.2 Doppler-Echokardiographie (Neugeborene,
Säuglinge, Kleinkinder, Kinder), CW-Doppler, transkutan
AK 21.3 Doppler-Echokardiographie (Jugendliche),
PW-Doppler, transkutan
AK 21.4 Doppler-Echokardiographie (Neugeborene,
Säuglinge, Kleinkinder, Kinder), PW-Doppler, transkutan
AK 21.7 Doppler-Echokardiographie, B-Modus und gleichzeitige Messung
von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung einschl. farbkodierter
Darstellung, transkutan
- 21.4 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene,
Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal
AK 21.5 Doppler-Echokardiographie, CW-Doppler, transoesophageal
AK 21.6 Doppler-Echokardiographie, PW-Doppler, transoesophageal



AK 21.8 Doppler-Echokardiographie, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung einschl. farbkodierter Darstellung, transoesophageal

22. Doppler – Schwangerschaftsdiagnostik

22.1 Duplex-Verfahren - Fetales kardiovaskuläres System
AK 22.1 Weiterführende sonographische Diagnostik des fetalen kardiovaskulären Systems gemäß Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien, B-Modus u. gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit u. Flussrichtung einschl. farbkodierter Darstellung.

22.2 Duplex-Verfahren - Feto-maternales Gefäßsystem
AK 22.2 Weiterführende sonographische Diagnostik des fetomaternalen Gefäßsystems bei Verdacht auf Gefährdung oder Schädigung des Feten durch die in Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien aufgeführten Indikationen, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung einschl. farbkodierter Darstellung.

B. FACHKUNDENACHWEISE gemäß § 8 Buchstabe c): s. Seite 2

C. GENAUE ANGABEN ÜBER DAS ULTRASCHALLSYSTEM

(Ein Ultraschallsystem besteht aus Gerätekonsole, Schallkopf, Monitor und Dokumentationseinrichtung)

1. Folgende/s Ultraschallsystem/e ist/sind vorhanden bzw. geplant:

1.1 Hersteller: _____

Gerätetyp (vollständige Typ-Bezeichnung): _____

Baujahr: _____

Schallkopf 1; Typ* _____

Schallkopf 2; Typ* _____

Schallkopf 3; Typ* _____

Schallkopf 4; Typ* _____

Schallkopf 5; Typ* _____

1.2 Hersteller: _____

Gerätetyp (vollständige Typ-Bezeichnung): _____

Baujahr: _____

Schallkopf 1; Typ* _____

Schallkopf 2; Typ* _____

Schallkopf 3; Typ* _____

Schallkopf 4; Typ* _____

Schallkopf 5; Typ* _____

(* z.B. Sektorscan, Linearscan, Curved-Array, Convex)

Bei mehr als zwei Geräten verwenden Sie bitte ein gesondertes Beiblatt mit den entsprechenden Geräteangaben.

2. Der vom Hersteller erforderliche vollständig ausgefüllte Gerätenachweis (im Original):

ist beigefügt

UND/ODER

liegt gemäß § 9 i.V.m. Anlage III der vg. Vereinbarung aktuell vor - s.u. Ultraschall-Abrechnungsakte

Anmerkung:

Die nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft und Technik zu stellenden Anforderungen an eine „ausreichende apparative Ausstattung“ (Mindestanforderungen) ergeben sich aus § 9 in Verbindung mit Anlage III der o.g. Vereinbarung.

3. Standort:

3.1 das Ultraschallsystem ist (wird) mein Eigentum und ist (wird)

in meiner Praxis (bzw. Berufsausübungsgemeinschaft) aufgestellt

im vg. MVZ aufgestellt

im vg. Krankenhaus aufgestellt

im/in _____ aufgestellt

Zusätzlicher Nachweis über die Einweisung in die medizinische Handhabung des Gerätes (Name der einweisenden Person muss dokumentiert sein)

ist beigefügt

wird nachgereicht

ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Mir ist bekannt, dass die Anerkennung als qualifizierter Ausbilder erst nach Zustellung des Bescheides durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin gültig wird.

Ich bestätige hiermit, dass jede Änderung oder Ergänzung meines Ultraschallsystems der KV Berlin unverzüglich mitgeteilt wird (aktueller Gerätenachweis).

Ich erkläre mich bereit, dass die Kassenärztliche Vereinigung Berlin bzw. in ihrem Auftrag die Qualitätssicherungs-Kommission die im Betrieb befindlichen Ultraschallsysteme daraufhin überprüfen, ob die Ultraschallsysteme den Bestimmungen gemäß Anlage III entsprechen.

Ich habe die mir ausgehändigten Antragsunterlagen erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

Arztstempel