

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 Leistungen der Ultraschalldiagnostik im Rahmen der ASV – Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

### Hinweise:

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie). 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 – Nachweise sind der Anzeige beizufügen

### Ich bin Facharzt für

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Innere Medizin und Kardiologie
- Kinder- und Jugendmedizin
- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie
- Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie
- Kinder und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
- Neurologie
- Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie

**Hinweis:** Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

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

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

- Sonographie offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind (GOP 33052 EBM)
- Schilddrüsen – Sonographie – AB 3.3 (GOP 33012, 33091 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, 33091 EBM)
  - Zuschlag Thoraxorgane transkavitär – AB 5.2 (GOP 33090 EBM)
- Abdominelle Sonographie und Retroperitoneum– AB 7.1 (GOP 33042, 33092 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)

- weitere Organe oder Organteile (GOP 33081, 33091 EBM):
- Muskel- und/oder Nervensonographie – AB 23.1 (GOP 33100 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)
- CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße – AB 20.1 (GOP 33060 EBM)
- PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße – AB 20.5 (GOP 33063 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)

### **Qualifikationsnachweise - sind der Anzeige beizufügen**

#### **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.

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

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

## 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.

\*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. \_\_\_\_\_

- Das Gerät ist der KV Hamburg noch nicht gemeldet. Einen Gerätenachweis füge ich dieser Anzeige bei (Seite 6-9).

## 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 Ultraschallsystems:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Betriebsstättennummer ggf. Nebenbetriebs-  
stättennummer (falls bereits vergeben)

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

**Für die Durchführung der beantragten Ultraschalluntersuchungen wird das folgende Ultra-  
schallsystem bzw. die folgenden Ultraschallsysteme<sup>1</sup> eingesetzt:**

**Herstellerfirma:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Adresse)

**Geräte-Bezeichnung:**

\_\_\_\_\_  
(vollständige Herstellerangaben)  
\_\_\_\_\_

**Baujahr:**

\_\_\_\_\_

**Auslieferungsdatum:**

\_\_\_\_\_

<b>Schallkopf 1</b>	Typ	_____	Frequenz	_____
<b>Schallkopf 2</b>	Typ	_____	Frequenz	_____
<b>Schallkopf 3</b>	Typ	_____	Frequenz	_____
<b>Schallkopf 4</b>	Typ	_____	Frequenz	_____
<b>Schallkopf 5</b>	Typ	_____	Frequenz	_____

<sup>1</sup>Ein Ultraschallsystem im Sinne des § 2 c der Ultraschall-Vereinbarung ist ein Gerät zur Ultra-  
5

**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

		<b>erfüllt</b>
<b>1. Gehirn</b>		
AK 1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>2. Auge</b>		
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 <small>(autom. Laufzeitmessung)</small>	<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"/>
<b>3. Kopf und Hals</b>		
AK 3.1 Nasennebenhöhlen	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 3.2 Nasennebenhöhlen	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 3.3 Gesichteweichteile, Halsweichteile, Speicheldrüsen	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 3.4 Schilddrüse	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>4. Herz und herznahe Gefäße</b>		
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"/>
<b>5. Thorax</b>		
AK 5.1 Thoraxorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 5.1 Thoraxorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>6. Brustdrüse</b>		
AK 6.1 Brustdrüse	B-Modus	<input type="checkbox"/>

<b>7. Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)</b>		<b>erfüllt</b>
AK 7.1 Abdomen, Retroperitoneum einschließl. Nieren, transkutan - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 7.2 Abdomen, Retroperitoneum einschließl. Nieren, transkutan - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 7.3 Abdomen, Retroperitoneum einschließlich Nieren, transkavit	B-Modus	<input type="checkbox"/>

<b>8. Uro-Genitalorgane</b>		
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"/>

<b>9. Schwangerschaftsdiagnostik</b>		
AK 9.1 Schwangerschaftsdiagnostik, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 9.2 Schwangerschaftsdiagnostik, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>

<b>10. Bewegungsapparat</b>		
AK 10.1 Bewegungsapparat	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 10.2 Bewegungsapparat (Säuglingshüfte)	B-Modus	<input type="checkbox"/>

<b>11. Venen</b>		
AK 11.1 Venen der Extremitäten	B-Modus	<input type="checkbox"/>

<b>12. Haut und Subkutis</b>		
AK 12.1 Haut einschließlich Subkutis	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK12.2 Haut (subkutanes Gewebe einschließlich Lymphknoten)	B-Modus	<input type="checkbox"/>

<b>20. Doppler-Gefäße</b>		
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 Mediastinums, 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"/>

---

**23. Doppler-Nerven und Muskeln**

AK 23.1 Duplex-Verfahren - Nerven und Muskeln einschließlich 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