

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Team Sonographie
Elsenheimerstr. 39
80687 München

→ Jetzt **online** beantragen in [MEINE KVB](#)

Fax-Nummer: 089/57093 - 40501
E-Mail-Adresse: Sono-GWE@KVB.de

Antrag eines Facharztes für Neurochirurgie

auf **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Ultraschalluntersuchungen** im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach der Ultraschall-Vereinbarung (USV)

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____
(Name des KH) tt.mm.jj

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als vier Betriebsstätten)

1. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

Abweichender Leistungsort (ausgelagerter Praxisraum)

2. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

Abweichender Leistungsort (ausgelagerter Praxisraum)

3. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

Abweichender Leistungsort (ausgelagerter Praxisraum)

4. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

Abweichender Leistungsort (ausgelagerter Praxisraum)

Wenn die Beantragung für einen **ausgelagerten Praxisraum** erfolgt, bitte die Adresse angeben:

(Name der Praxis / Einrichtung (falls abweichend vom Antragsteller))

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Ich versichere, dass die Wegezeit zwischen Vertragsarztsitz und dem ausgelagerten Praxisraum maximal 30 Minuten beträgt.

Die Leistungen werden

ausschließlich im ausgelagerten Praxisraum erbracht.

im ausgelagerten Praxisraum und am Vertragsarztsitz erbracht.

2. Antragswünsche

Beantragt wird die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung folgender Anwendungsbereiche:

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

20. Doppler-Gefäße

CW-Doppler-Verfahren

20.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße

PW-Doppler-Verfahren

20.5 Intrakranielle hirnversorgende Gefäße

Duplex-Verfahren

20.6 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße

20.7 Intrakranielle hirnversorgende Gefäße

23. Doppler - Nerven und Muskeln

Duplex-Verfahren

23.1 Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße

3. Fachliche Nachweise

Nachweis bei Beantragung des AB 23.1 - Duplex - Nerven und Muskeln einschl. versorgende Gefäße

- Handlungskompetenz in Duplex-Verfahren der Nerven und Muskeln wird bestätigt.
- Handlungskompetenz in elektroneurographischen und elektromyographischen Untersuchungen wird bestätigt.

Wählen Sie aus, wie die Qualifikation zur Durchführung der zuvor beantragten Ultraschalleistungen erworben wurde und wie die erforderlichen Untersuchungszahlen je beantragtem Anwendungsbereich nachgewiesen werden. Eine Mehrfachauswahl ist möglich. Bitte fügen Sie Ihre Facharztanerkennung in Kopie bei, falls diese der KVB noch nicht vorliegt.

§ 4 USV - Erwerb der fachlichen Befähigung nach der Weiterbildungsordnung

- Weiterbildungsnachweise (Facharzturkunde, Auszug Untersuchungszahlen aus Logbuch, Zeugnis, fachliche Befähigung)
 - Die Berechtigung zur Durchführung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik wurde nach der maßgeblichen Weiterbildungsordnung der zuständigen Landesärztekammer erworben.

§ 5 USV - Erwerb der fachlichen Befähigung in einer ständigen Tätigkeit

- Tätigkeitsnachweis (Zeugnis)
 - Die Berechtigung zur Durchführung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik wurde in einer mindestens 18-monatigen ganztägigen Tätigkeit oder entsprechenden teilzeitlichen Tätigkeit in einem Fachgebiet, dessen Kerngebiet den beantragten Anwendungsbereich bzw. das jeweilige Organ/die jeweilige Körperregion umfasst, erworben.
- Kolloquium
 - Mir ist bekannt, dass bei Erwerb der Berechtigung zur Ultraschalldiagnostik nach § 5 USV, die fachliche Befähigung durch eine erfolgreiche Teilnahme an einem gebührenpflichtigen Kolloquium abschließend nachzuweisen ist (vgl. § 5 Abs. 1 Buchst. c und § 14 Abs. 6 USV). Hierfür fallen Gebühren an, die Sie der Gebührenordnung der KVB entnehmen können.

§ 6 bzw. § 7 USV - Erwerb der fachlichen Befähigung durch Ultraschallkurse bzw. durch eine computergestützte Fortbildung i. V. m. Ultraschallkursen

- Nachweise Ultraschallkurse
 - Nachweise der erfolgreichen Teilnahme an den Ultraschallkursen Grund-, Aufbau- und Abschlusskurs unter Anleitung eines nach § 8 Buchstabe c der USV qualifizierten Arztes (Kursleiter).
- Kolloquium

Mir ist bekannt, dass bei Erwerb der Berechtigung zur Ultraschalldiagnostik nach § 6 USV, die fachliche Befähigung durch eine erfolgreiche Teilnahme an einem gebührenpflichtigen Kolloquium abschließend nachzuweisen ist (vgl. § 6 Abs. 1 Buchst. c und § 14 Abs. 6 USV). Hierfür fallen Gebühren an, die Sie der Gebührenordnung der KVB entnehmen können.
- Nachweise computergestützte Fortbildung nach § 7 USV
 - Alternativ kann zum theoretischen Teil des Abschlusskurses eine erfolgreiche computergestützte Fortbildung (Tutorial) durchgeführt werden.

4. Hersteller, Gerätebezeichnung, Gerätenummer, Baujahr, Schallkopfbezeichnung:

Standort des Geräts:

BSNR: | | | | | | | | | |

Portables Gerät

Apparategemeinschaft

Wenn Sie ein **portables Gerät** besitzen und dies an mehreren Standorten einsetzen, tragen Sie bitte im Folgenden die Standorte/BSNR ein:

Apparategemeinschaft

nein

ja, Betreiber des Gerätes:

(Titel, Vorname, Nachname des Betreibers)

Bitte die **Erklärung zur Apparategemeinschaft** (separates Formular) beifügen.

Zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung wird **pro Gerät** eine **Gewährleistungserklärung des Herstellers** vorgelegt (vgl. § 9 i. V. m. Anlage III USV und § 14 Abs. 3 Nr. 2 USV).
Bitte beachten Sie, dass für Endosonografiesonden zusätzliche Angaben zur Hygiene erforderlich sind, die vom Hersteller bzw. Gerätevertreiber in der Gewährleistungserklärung bestätigt werden müssen.

Für Ultraschallsysteme, die in Kombination mit mobilen Endgeräten (z. B. Schallköpfe, die über eine App mit einem Smartphone oder Tablet gekoppelt sind) genutzt werden, wird die vollständig ausgefüllte Anlage **Ultraschallsysteme mit mobilen Endgeräten** vorgelegt. In dieser Anlage bestätigt der Hersteller, dass alle Komponenten des Systems den gesetzlichen Bestimmungen, wie des Medizinproduktegesetzes sowie den geltenden Datenschutzbestimmungen genügt.

Für Ultraschallsysteme, die zum Zeitpunkt der Antragsstellung bereits länger als 24 Monate in Betrieb waren („**Gebrauchtgeräte**“), wird zusätzlich ein **Wartungsprotokoll** vorgelegt (vgl. § 9 Abs. 2 USV), das nicht älter als 12 Monate ist und die Anforderungen erfüllt (vgl. § 13 Abs. 9 USV).

Einweisung in die Handhabung des Gerätes


Ich bestätige, dass vor der Erstinbetriebnahme eine Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Ultraschallsystems durch den Hersteller anhand der Gebrauchsanweisung, der beigefügten sicherheitsbezogenen Informationen sowie der Instandhaltungshinweise erfolgt ist. Falls Endosonografiesonden zur Anwendung kommen, sind in die Einweisung überdies die Hinweise zu deren Aufbereitung einzubeziehen. Die Einweisung ist unter Angabe des Namens der einweisenden Person schriftlich zu dokumentieren (§ 4 Abs. 3 MPBetreibV, § 9 Abs. 3 USV).

Praxisbegehung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die KVB die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die in Betrieb befindlichen Ultraschallsysteme daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß Anlage III USV entsprechen. Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt in seinem Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erklärt (vgl. § 14 Abs. 5 USV).


Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie der beigefügten Anlagen mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist. Die Antragstellung allein berechtigt weder zur Durchführung noch zur Abrechnung der beantragten Leistung.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise beizulegen. Bitte senden Sie uns ausschließlich Kopien zu.


Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift des angestellten Arztes 

Stempel Antragsteller

Checkliste

Sehr geehrter Antragsteller,

wir möchten Ihren Antrag so schnell wie möglich bearbeiten und unnötige Bürokratie vermeiden.

Sie unterstützen uns dabei, indem Sie den Antrag vollständig ausgefüllt und inkl. aller erforderlichen Unterlagen bei uns einreichen. Je weniger Rückfragen und Nachforderungen wir stellen müssen, desto schneller können wir Ihren Antrag abschließend bearbeiten.

Bitte prüfen Sie daher anhand der nachfolgenden Checkliste Ihren Antrag auf Vollständigkeit.
Vielen Dank!

Notwendige Angaben	erfüllt
Wurden alle Anwendungsbereiche , die beantragt werden sollen, angekreuzt?	<input type="checkbox"/>
Wurden alle Betriebsstätten , an denen die beantragten sonographischen Leistungen erbracht werden sollen, aufgelistet?	<input type="checkbox"/>
Wurden die erforderlichen Voraussetzungen durch Ankreuzen bestätigt?	<input type="checkbox"/>
Wurden die erforderlichen Unterschriften geleistet (Antragsteller und ggf. der beim Antragsteller tätige Arzt)?	<input type="checkbox"/>
Einzureichende Unterlagen (in Kopien)	Sind dem Antrag beigefügt
1) Urkunde Facharztanerkennung in Kopie	
2) Ggf. Zeugnis/se über Tätigkeitszeiten/Untersuchungszahlen in den beantragten Anwendungsbereichen oder ausgefüllte Anlage (bei fachlicher Befähigung nach §§ 4,5,6 USV)	<input type="checkbox"/>
3) Ggf. Zertifikate über die Teilnahme an Ultraschallkursen/computergestützter Fortbildung (bei fachlicher Befähigung nach § 6 USV)	<input type="checkbox"/>
4) Gewährleistungserklärung des Herstellers zum Gerät (ggf. Anlage Ultraschallsysteme mit mobilen Endgeräten)	<input type="checkbox"/>
5) Ggf. Wartungsprotokoll bei Gebrauchtgeräten (> 24 Mon. in Betrieb)	<input type="checkbox"/>
6) Ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft	<input type="checkbox"/>
Information bzgl. nachfolgender Schritte	<input type="checkbox"/>
1) Nachforderungen von fehlenden Unterlagen und Informationen durch Mitarbeiter des Teams Sonographie	
2) Ggf. Anforderung von Bilddokumentationen zur Bildabnahmeprüfung	
3) Bei Neuantragstellern: Ggf. Einladung zu einem Kolloquium	

Genehmigungsantrag – Anhang



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Entsprechend § 67a Abs. 3 SGB X weisen wir darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mitzuunterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Der Volltext der USV ist auf der Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abrufbar.

Anlage I – Untersuchungszahlennachweis

Bestätigung nach § 4 (Weiterbildungsordnung (WBO))

Nachweis über selbständige Durchführung der geforderten Anzahl an Untersuchungen und Behandlungen gemäß § 14 USV unter Anleitung eines zur **Weiterbildung befugten Arztes**

<input type="checkbox"/> Ich _____ <div style="text-align: center;">(Vor- und Nachname des anleitenden Arztes)</div> <p>bestätige, dass Herr/Frau _____ <div style="text-align: center;">(Vor- und Nachname des Antragstellers)</div> <p>die unten aufgeführten Untersuchungen und Behandlungen selbständig unter meiner Anleitung in der Zeit vom _____ bis _____ durchgeführt hat.</p> </p>
--

1. Selbständig und unter Anleitung durchgeführte Ultraschalluntersuchungen

Anwendungsbereich	Untersuchungszahlen nach § 4 USV (nach der WBO)
Doppler-Verfahren (CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Modus) 20. Doppler-Gefäße 20.1 Extrakranielle hirnv. Gefäße (CW) 20.5 Intrakranielle hirnv. Gefäße (PW) 20.6 Extrakranielle hirnv. Gefäße (Duplex) 20.7 Intrakranielle hirnv. Gefäße (Duplex)	<input type="checkbox"/> 100**; (50)* <input type="checkbox"/> 100**; (50)* <input type="checkbox"/> 100**; (50)* <input type="checkbox"/> 100**; (50)*
23. Doppler - Nerven und Muskeln 23.1 Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße (Duplex)	<input type="checkbox"/> 200; (150)* <input type="checkbox"/> 100***

Legende:

* Reduktion der nachzuweisenden Untersuchungszahlen bei Nachweis der Qualifikation in einem anderen Verfahren (gleicher Modus) bei ggf. gleichzeitiger Reduktion der notwendigen Dauer der ständigen Tätigkeit gem. § 5.

** Anrechnung der doppelten Anzahl der nachgewiesenen Untersuchungszahlen bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen, sofern nicht die reduzierte Anzahl an Untersuchungszahlen gefordert ist.

*** gilt für Ärzte, die ihre Weiterbildung gemäß einer Weiterbildungsordnung auf der Grundlage einer früheren (Muster-) Weiterbildungsordnung (vor 2018) absolviert haben.


Das Krankheitsgut der Einrichtung sowie die erlernten Techniken und Untersuchungen bilden die bestätigten Anwendungsbereiche ab.

Der Antragsteller ist in der Lage, die Untersuchungen für die oben bestätigten Anwendungsbereiche selbständig durchzuführen.

2. Weiterbildungsbefugnis des anleitenden Arztes

- Als anleitender Arzt **verfüge ich über die Weiterbildungsbefugnis** nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer bzw. über eine Anleiteranerkennung gemäß § 8 der USV

Ort, Datum

Unterschrift des Anleiters / Ausbilders 

Stempel des Ausbilders

Anlage II – Untersuchungszahlennachweis

Bestätigung nach §§ 5, 6 USV (ständige Tätigkeit, Ultraschallkurse)

Nachweis über selbständige Durchführung der geforderten Anzahl an Untersuchungen und Behandlungen gemäß § 14 USV unter Anleitung eines zur **Weiterbildung befugten Arztes**

<input type="checkbox"/> Ich _____ <div style="text-align: center;">(Vor- und Nachname des anleitenden Arztes)</div> <p>bestätige, dass Herr/Frau _____ <div style="text-align: center;">(Vor- und Nachname des Antragstellers)</div> <p>die unten aufgeführten Untersuchungen und Behandlungen selbständig unter meiner Anleitung <p>in der Zeit vom _____ bis _____ durchgeführt hat.</p> <p>Der Antragsteller war ganztätig oder entsprechend teilzeitlich in folgender qualifizierter Einrichtung tätig:</p> <input type="checkbox"/> Praxis _____ <input type="checkbox"/> Abteilung des Krankenhauses _____ <input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum _____ </p></p>

1. Selbständig und unter Anleitung durchgeführte Ultraschalluntersuchungen

Anwendungsbereich	Untersuchungszahlen nach §§ 5, 6 USV (ständige Tätigkeit, Ultraschallkurse)
Doppler-Verfahren (CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Modus) 20. Doppler-Gefäße 20.1 Extrakranielle hirnvers. Gefäße (CW) 20.5 Intrakranielle Gefäße (PW) 20.6 Extrakranielle hirnvers. Gefäße (Duplex) 20.7 Intrakranielle Gefäße (Duplex)	<input type="checkbox"/> 200**; (50)* <input type="checkbox"/> 200**; (100)* <input type="checkbox"/> 200**; (50)* <input type="checkbox"/> 100 (und AB 20.5)**; (50)*
23. Doppler - Nerven und Muskeln 23.1 Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße (Duplex)	<input type="checkbox"/> 200; (150)* <input type="checkbox"/> 100***

Legende:

* Reduktion der nachzuweisenden Untersuchungszahlen bei Nachweis der Qualifikation in einem anderen Verfahren (gleicher Modus) bei ggf. gleichzeitiger Reduktion der notwendigen Dauer der ständigen Tätigkeit gem. § 5.

** Anrechnung der doppelten Anzahl der nachgewiesenen Untersuchungszahlen bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen, sofern nicht die reduzierte Anzahl an Untersuchungszahlen gefordert ist.

*** gilt für Ärzte, die ihre Weiterbildung gemäß einer Weiterbildungsordnung auf der Grundlage einer früheren (Muster-) Weiterbildungsordnung (vor 2018) absolviert haben.


Das Krankheitsgut der Einrichtung sowie die erlernten Techniken und Untersuchungen bilden die bestätigten Anwendungsbereiche ab.

Der Antragsteller ist in der Lage, die Untersuchungen für die oben bestätigten Anwendungsbereiche selbständig durchzuführen.

2. Weiterbildungsbefugnis des anleitenden Arztes

- Als anleitender Arzt **verfüge ich über die Weiterbildungsbefugnis** nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer bzw. über eine Anleiteranerkennung gemäß § 8 der USV

Ort, Datum

Unterschrift des Anleiters / Ausbilders 

Stempel des Ausbilders