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

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.

Qualitätssicherung
Team 2

Katharina Walther
Tel 069 24741-6633
Fax 069 24741-68833
qs.sonographie@kvhessen.de

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

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 _____

WIR SORGEN FÜR GESUNDHEIT

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 Tätigkeit[1]:

☐ 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 Tätigkeit[2]:

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.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

Leistungsspektrum der Inneren Medizin (hausärztlicher Versorgungsbereich)

Beantragte Anwendungsbereiche/ Gebührenordnungspositionen (GOP)

Bildgebende Verfahren (B-Modus)

3.	**Kopf und Hals** (B-Modus)			
	3.3	Schilddrüse	*(GOP 33012)*	☐
5.	**Thorax** (B-Modus)			
	5.1	Thoraxorgane (ohne Herz), transkutan	*(GOP 33040)*	☐
7.	**Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)** (B-Modus)			
	7.1	Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene	*(GOP 33042, 01748, 33046, 33105)*	☐
8.	**Uro-Genitalorgane** (B-Modus)			
	8.1	Uro-Genitalorgane, transkutan	*(GOP 33043)*	☐
11.	**Venen** (B-Modus)			
	11.1	Venen der Extremitäten	*(GOP 33076)*	☐

Gefäßdiagnostik (CW-Doppler-Verfahren)

20.	**Doppler – Gefäße**			
	CW-Doppler-Verfahren			
	20.1	CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	*(GOP 33060)*	☐
	20.2	CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	*(GOP 33061)*	☐
	20.3	CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	*(GOP 33061)*	☐

Wichtige Hinweise zur Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen:

- Sollten Sie weitere Anwendungsbereiche beantragen wollen, die hier nicht gelistet sind, bitten wir Sie diese zu vermerken.
- Bei Nachweis der fachlichen Befähigung und der apparativen Voraussetzungen eines Anwendungsbereichs im B-Modus-Verfahren ist zusätzlich die GOP 33081 (Sonographie weiterer Organe oder Organteile) abrechenbar.
- Die Echokardiographie, Doppler-Echokardiographie und die PW-Doppler-/ Duplex-Sonographie der Gefäße sind im hausärztlichen Versorgungsbereich nicht berechnungsfähig (siehe EBM, Kapitel 3 bzw. 4, hausärztlicher Versorgungsbereich).

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 beigefügt**.

☐ 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, Belegarzttätigkeit, 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.

Die **Gewährleistungserklärung**

☐ liegt bereits vor.

☐ ist beigefügt.

☐ wird nachgereicht.

Erklärungen und Hinweise

- Nach Prüfung Ihres Antrags erhalten Sie vorab eine Eingangsbestätigung per E-Mail.
- Nach § 3 der Ultraschall-Vereinbarung ist die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte erst nach Erteilung der Genehmigung zulässig. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die fachlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß der Ultraschall-Vereinbarung erfüllt sind. Rückwirkende Abrechnungsgenehmigungen können nicht erteilt werden.
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ohne Vorlage von Zeugnissen, die über meine fachliche Qualifikation in der Ultraschalldiagnostik detailliert Auskunft geben, eine Bearbeitung meines Antrages nicht möglich ist und rückwirkende Genehmigungen nicht erteilt werden.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung an der apparativen Ausstattung, die Auswirkungen auf die Bildqualität haben kann, unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen (Anmeldung und Abmeldung von Ultraschallsystemen, Standortänderung sowie Austausch oder Neukauf von einzelnen Ultraschallsonden).
- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.
- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

……..	……	……
Datum	Unterschrift des Antragsstellers	ggf. Praxisstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte:

……..	……	……
Datum	**Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ (Institut/ Klinik/ Krankenhaus)**	Stempel

Stand: 20.03.2025