

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

**KV** | KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

## 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.

## 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 \_\_\_\_\_

Qualitätssicherung  
Team 2

Alexandra Borkowski  
Tel 069 24741-6717  
Fax 069 24741-68833  
qs.sonographie@kvhessen.de

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

**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<sup>1</sup>:**

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<sup>2</sup>:**

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

<sup>1</sup> Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu stellen.

<sup>2</sup> 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.

<b>Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendmedizin/ Kinderchirurgie/ Kinder-Kardiologie/ Neonatologie/ Neuropädiatrie</b>
---

**Beantragte Anwendungsbereiche/ Gebührenordnungspositionen (GOP)**

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

1. **Gehirn (B-Modus)**
  - 1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle (GOP 33052)
  
3. **Kopf und Hals (A-/B-Modus)**
  - 3.1 Nasennebenhöhlen (A-Modus) (GOP 33010)
  - 3.1 Nasennebenhöhlen (B-Modus) (GOP 33010)
  - 3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüsen) (GOP 33011)
  - 3.3 Schilddrüse (GOP 33012)
  
4. **Herz und herznahe Gefäße (B-/M-Modus)**

**Echokardiographie, Jugendliche und Erwachsene**

  - 4.1 transthorakal (GOP 33020, 33046)
  - 4.2 transoesophageal (GOP 33023)

**Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche**

  - 4.3 transthorakal (GOP 33020, 33046)
  - 4.4 transoesophageal (GOP 33023)

**Belastungsechokardiographie**

  - 4.5 Jugendliche, Erwachsene (GOP 33030, 33031, 33046)
  - 4.6 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche (GOP 33030, 33031, 33046)
  
5. **Thorax (B-Modus)**
  - 5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), transkutan (GOP 33040)
  
7. **Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) (B-Modus)**
  - 7.4 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche (GOP 33042, 33046, 33105)
  
8. **Uro-Genitalorgane (B-Modus)**
  - 8.1 Uro-Genitalorgane, transkutan (GOP 33043)

**10. Bewegungsapparat (B-Modus)**

- 10.1 Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüften) (GOP 33050)
- 10.2 Säuglingshüfte (GOP 01722, 33051)

**Gefäßdiagnostik (PW-, Duplex-, Farbduplex-Modus)**

**20. Doppler – Gefäße**

**PW-Doppler-Verfahren**

- 20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße (GOP 33063)

**Duplex-Verfahren**

- 20.7 Duplex – intrakranielle hirnversorgende Gefäße (GOP 33071, 33075)
- 20.10 Duplex – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (GOP 33073, 33075)

**21. Doppler – Herz und herznahe Gefäße (Doppler/Duplex-Verfahren)**

**Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene**

- 21.1 transthorakal (GOP 33021, 33022, 33046)
- 21.2 transoesophageal (GOP 33023)

**Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex)  
Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche**

- 21.3 transthorakal (GOP 33021, 33022, 33046)
- 21.4 transoesophageal (GOP 33023)

**23. Doppler – Nerven und Muskeln (Duplex)**

- 23.1 Duplex – Nerven und Muskeln einschl. versorgende Gefäße (GOP 33100)

**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).
- Die Duplex-Sonographie der Nerven und Muskeln einschl. versorgender Gefäße (GOP 33100) kann ausschließlich von Fachärzten für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Neurochirurgie und Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie abgerechnet werden.

- Bitte beachten Sie, dass zur Abrechnung für die Zusatzpauschale Kinderkardiologie (GOP 04410) neben der Genehmigung zur Durchführung von sonographischen Leistungen nach den GOP 33020, 33021, 33022 auch eine Genehmigung für die Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen nach den GOP 04241 und 04322 erforderlich ist.

Weitere Informationen und das Antragsformular finden Sie unter [www.kvhessen.de/genehmigung/langzeit-ekg](http://www.kvhessen.de/genehmigung/langzeit-ekg)

### **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 beigelegt**.
- 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, Belegarztstätigkeit, 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.

