

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

Christine Stinchcomb  
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.

**Leistungsspektrum der Orthopädie und Unfallchirurgie und/ oder  
Allgemeine-/ Gefäß-/ Herz-/ Thorax-/ Viszeralchirurgie**

**Beantragte Leistungen**

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

**4. Herz und herznahe Gefäße (B-/M-Modus)**

Echokardiographie, Jugendliche und Erwachsene

4.1 transthorakal

**5. Thorax**

5.1 Thoraxorgane (ohne Herz) (B-Modus), transkutan

**7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) (B-Modus)**

7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, transkutan

7.2 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Rektum)

7.3 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Magen-Darm)

**8. Uro-Genitalorgane**

8.1 Uro-Genitalorgane (B-Modus), transkutan

**10. Bewegungsapparat**

10.1 Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüften) (B-Modus)

10.2 Säuglingshüfte (B-Modus)

**11. Venen**

11.1 Venen der Extremitäten (B-Modus)

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

**20. Doppler – Gefäße**

- |       |  |                          |
|-------|--|--------------------------|
| 20.1  | CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße                           | <input type="checkbox"/> |
| 20.2  | CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße                             | <input type="checkbox"/> |
| 20.3  | CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße                                  | <input type="checkbox"/> |
| 20.6  | Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße                     | <input type="checkbox"/> |
| 20.8  | Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße                       | <input type="checkbox"/> |
| 20.9  | Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße                            | <input type="checkbox"/> |
| 20.10 | Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum | <input type="checkbox"/> |

**21. Doppler – Herz und herznahe Gefäße**

- |      |   |                          |
|------|---|--------------------------|
| 21.1 | Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal | <input type="checkbox"/> |
|------|---|--------------------------|

**23. Doppler – Nerven und Muskeln**

- |      |   |                          |
|------|---|--------------------------|
| 23.1 | Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln einschl. versorgende Gefäße | <input type="checkbox"/> |
|------|---|--------------------------|

**Hinweise**

Nach Prüfung Ihres Antrags erhalten Sie vorab eine Eingangsbestätigung per E-Mail.

Sollten Sie weitere Anwendungsbereiche beantragen wollen, die hier nicht gelistet sind, bitten wir Sie diese zu vermerken.

Sofern Sie die GOP 01748 „Ultraschallscreening der Bauchaorta“ abrechnen möchten, beachten Sie bitte, dass hierfür eine Genehmigung für die Anwendungsbereiche 7.1 oder 20.10 Voraussetzung ist.

Für die GOP 33046 „Zuschlag bei Durchführung der Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung“ ist eine Genehmigung für die Anwendungsbereiche 4.1, 7.1, oder 21.1 erforderlich.

Ärzte, die den Anwendungsbereich 23.1 beantragen möchten und ihre Weiterbildung auf der Grundlage einer früheren Weiterbildungsordnung absolviert haben (Weiterbildungsordnungen vor 2018) benötigen einen Nachweis von 100 Sonographien von Muskeln und Nerven (zum Beispiel ein Zeugnis des weiterbildungsermächtigten Arztes, unter dessen Anleitung die Sonographie erfolgten) sowie einen Nachweis der Handlungskompetenz in B-Modus-Sonographien, Duplex-Untersuchungen und elektroneurographischer und/oder elektromyographischer Untersuchung (siehe auch Übergangsregelungen § 16 Abs. 4 i.V.m. Anlage I der Ultraschall-Vereinbarung). Die GOP 33100 kann ausschließlich von Fachärzten für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Neurochirurgie und Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie abgerechnet werden.

## 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, 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.

### Die Gewährleistungserklärung

- liegt bereits vor.
- ist beigefügt.
- wird nachgereicht.

Seite 5 von 6

