

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 Radiologie/ diagnostische Radiologie/  
Kinderradiologie/ Neuroradiologie/ Nuklearmedizin**

**Beantragte Leistungen**

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

**1. Gehirn**

1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle (B-Modus)

**3. Kopf und Hals**

3.1 Nasennebenhöhlen (A-Modus)

3.1 Nasennebenhöhlen (B-Modus)

3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüsen) (B-Modus)

3.3 Schilddrüse (B-Modus)

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

Echokardiographie, Jugendliche und Erwachsene

4.1 transthorakal

4.2 transoesophageal

Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche

4.3 transthorakal

4.4 transoesophageal

Belastungsechokardiographie

4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene

4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche

**5. Thorax**

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

5.2 Thoraxorgane (ohne Herz) (B-Modus), transkavitär

**6. Brustdrüse**

6.1 Brustdrüse (B-Modus)

**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)

7.4 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transkutan

**8. Uro-Genitalorgane**

8.1 Uro-Genitalorgane (B-Modus), transkutan

8.2 Uro-Genitalorgane (B-Modus), transkavitär

**10. Bewegungsapparat**

10.1 Bewegungsapparat (ohne Säuglingshöften) (B-Modus)

10.2 Säuglingshüfte (B-Modus)

**11. Venen**

11.1 Venen der Extremitäten (B-Modus)

**12. Haut und Subcutis**

12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten (B-Modus)

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

**20. Doppler – Gefäße**

20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße

20.2 CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße

20.3 CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße

20.4 CW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems

20.4 PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems

20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße

20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße

- 20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße
- 20.8 Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße
- 20.9 Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße
- 20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum

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

- 21.1 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene,  
transthorakal
- 21.2 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene,  
transoesophageal
- 21.3 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche  
transthorakal
- 21.4 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche  
transoesophageal

**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, 4.3, 4.5, 4.6, 7.1, 7.4, 21.1 oder 21.3 erforderlich.

**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, Belegarztztätigkeit, 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 beigelegt.
- wird nachgereicht.

### Erklärungen und Hinweise

- 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: 05.08.2022