

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/271696](http://www.kv-rlp.de/271696)

## ANTRAG

### zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik

Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

#### I. Angaben zum Leistungserbringer

.....  
ggf. Titel Vorname, Name geb. am

.....  
Gebiets- oder Facharztbezeichnung

.....  
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit: .....

LANR (falls bekannt) .....

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

## II. Leistungsumfang / Bitte je Betriebs-/Nebenbetriebsstätte ausfüllen

Leistungserbringer (Name/Vorname).....

Betriebs-/Nebenbetriebsstätte.....

Zutreffendes bitte ankreuzen:

### 1 Gehirn durch die offene Fontanelle B-Mode-Verfahren

1.1  GOP 33052 EBM

### 2 Augen A-Mode- oder B-Mode-Verfahren

2.1  GOP 33000/33001/33002 EBM Gesamte Diagnostik des Auges

2.2  GOP 33001/33002 EBM Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke

### 3 Kopf und Hals

3.1  GOP 33010 EBM Nasennebenhöhlen A-Mode-Verfahren

3.1  GOP 33010 EBM Nasennebenhöhlen B-Mode-Verfahren

3.2  GOP 33011 EBM Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen)  
B-Mode-Verfahren

3.3  GOP 33012 EBM Schilddrüse B-Mode-Verfahren

### 4 Herz und herznahe Gefäße (nur von fachärztlich tätigen Ärzten berechnungsfähig) Echokardiographie (B-/M-Mode-Verfahren)

4.1  GOP 33020 EBM Jugendliche, Erwachsene (transthorakal)

4.2  GOP 33023 EBM Zuschlag transösophageale Ausführung

4.3  GOP 33020 EBM Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder,  
Jugendliche (transthorakal)

4.4  GOP 33023 EBM Zuschlag transösophageale Ausführung

#### Belastungs-Echokardiographie (transthorakal)

4.5  GOP 33030 EBM Jugendliche, Erwachsene mit physikalischer Stufenbelastung  
Kippliege-Ergometer ist nachzuweisen

4.5  GOP 33031 EBM Jugendliche, Erwachsene mit pharmakodynamischer  
Stufenbelastung

4.6  GOP 33030 EBM Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche  
mit physikalischer Stufenbelastung  
Kippliege-Ergometer ist nachzuweisen

4.6  GOP 33031 EBM Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche  
mit pharmakodynamischer Stufenbelastung

## 5 Thoraxorgane -ohne Herz- (B-Mode-Verfahren)

- 5.1  GOP 33040 EBM transkutan
- 5.2  GOP 33090 EBM Zuschlag transkavitäre Ausführung

## 6 Brustdrüse (B-Mode-Verfahren)

- 6.1  GOP 33041 EBM

## 7 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)

- 7.1  GOP 33042 EBM Jugendliche und Erwachsene
- 7.4  GOP 33042 EBM Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche
- 7.2  GOP 33090 EBM Zuschlag transkavitäre Ausführung (Rektum)
- 7.3  GOP 33090 EBM Zuschlag transkavitäre Ausführung (Magen/Darm)

## 8 Uro-Genitalorgane (B-Mode-Verfahren)

- 8.1  GOP 33043 EBM Uro-Genitalorgane
- 8.2  GOP 33090 EBM Zuschlag transkavitäre Ausführung
- 8.3  GOP 33044 EBM Weibliche Genitalorgane (Fachgruppe Frauenheilkunde)

## 9 Schwangerschaftsdiagnostik gemäß Mutterschafts-Richtlinien (B-Mode-Verfahren)

- 9.1  GOP 01770/01772 EBM Geburtshilfliche Basisdiagnostik
- 9.1a  GOP 01771 EBM Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie
- 9.2  GOP 01773 EBM Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten (Fehlbildungsdiagnostik)

## 10 Bewegungsapparat (B-Mode-Verfahren)

- 10.1  GOP 33050 EBM Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüfte)
- 10.2  GOP 01722/33051 EBM Säuglingshüfte

## 11 Venen der Extremitäten (B-Mode-Verfahren)

- 11.1  GOP 33076 EBM

## 12 Haut und Subkutis (B-Mode-Verfahren)

- 12.1  GOP 33080 EBM (Haut/Subkutis/subkutane Lymphknoten)  
Spezieller Schallkopf  $\geq 20,0$  MHz
- 12.2  GOP 33080L EBM (Subkutis und subkutane Lymphknoten)  
Schallkopf  $\geq 7,5$  MHz

## **20 Gefäßdiagnostik (CW-/PW-Doppler-Verfahren)**

- 20.1  GOP 33060 EBM Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (CW-Doppler)
- 20.2  GOP 33061 EBM Extremitätenver- u. entsorgenden Gefäße (CW-Doppler)
- 20.3  GOP 33061 EBM Extremitätenentsorgende Gefäße (CW-Doppler)
- 20.4  GOP 33062 EBM Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler)
- 20.4  GOP 33064 EBM Gefäße des männlichen Genitalsystems (PW-Doppler)

### **PW-Doppler/Duplex-Verfahren (nur von fachärztlich tätigen Ärzten berechnungsfähig)**

- 20.5  GOP 33063 EBM Intrakranielle Gefäße (PW-Doppler)
- 20.6  GOP 33070 EBM Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (Duplex)
- 20.7  GOP 33071 EBM Intrakranielle hirnversorgende Gefäße (Duplex)
- 20.8  GOP 33072 EBM Extremitätenver- u. entsorgenden Gefäße (Duplex)
- 20.9  GOP 33072 EBM Extremitätenentsorgende Gefäße (Duplex)
- 20.10  GOP 33073 EBM Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex)
- 20.11  GOP 33074 EBM Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex)

## **21 Herz und herznahe Gefäße (nur von fachärztlich tätigen Ärzten berechnungsfähig)**

### **Doppler-Echokardiographie einschließlich Duplex**

- 21.1  GOP 33021/33022 EBM Jugendliche, Erwachsene (transthorakal)
- 21.2  GOP 33023 EBM Zuschlag transösophageale Ausführung
- 21.3  GOP 33021/33022 EBM Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche (transthorakal)
- 21.4  GOP 33023 EBM Zuschlag transösophageale Ausführung

## **22 Doppler Schwangerschaftsdiagnostik**

- 22.1  GOP 01774 EBM Fetales kardiovaskuläres System (Duplex)
- 22.2  GOP 01775 EBM Feto-maternalen Gefäßsystem (Duplex)

## **23 Doppler - Nerven und Muskeln**

- 23.1  GOP 33100 EBM Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße (Duplex)

### III. Fachliche Befähigung

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik wurde bereits von einer Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

- ja (bitte Bescheid beifügen)  nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

- ja  nein

Die erforderlichen Untersuchungszahlen (Anlage I der Vereinbarung) sind je Bereich unter der Anleitung eines entsprechend qualifizierten Arztes durchgeführt und in Zeugnissen/Bescheinigungen bestätigt.

- Die von mir beantragten Anwendungsbereiche wurden in der für mich maßgeblichen Weiterbildungsordnung gefordert (§ 4)  
**oder**
- ich habe eine mindestens 18-monatige ganztätige oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in einem Fachgebiet absolviert, dessen Kerngebiet den jeweiligen Anwendungsbereich bzw. das jeweilige Organ/die jeweilige Körperregion umfasst (§ 5)  
**oder**
- ich habe erfolgreich an Ultraschallkursen, je Anwendungsbereich Grund-, Aufbau- und Abschlusskurs teilgenommen (§ 6)  
**oder**
- ich habe erfolgreich an computergestützten Fortbildungen i.V.m. Ultraschallkursen teilgenommen (§ 7).

**Bitte Zeugnisse/Bescheinigungen beifügen, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen.**

Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik bei Erwerb der fachlichen Qualifikation nach §§ 5, 6 und 7 darf nur nach erfolgreicher Teilnahme an einem Kolloquium erfolgen.

### IV. Apparative Ausstattung (ggf. gesondert aufführen)

Alle verwendeten Ultraschallgeräte, die in Betrieb sind, **müssen angegeben werden** und mittels einer Gewährleistungserklärung, vom jeweiligen Hersteller- bzw. Vertreiber ausgefüllt, der KV RLP angezeigt werden.

Derzeitige(r) Betreiber .....

Geräte-Bezeichnung .....Standort .....  
(vollständige Herstellerangaben)

Geräte-Bezeichnung .....Standort .....  
(vollständige Herstellerangaben)

Geräte-Bezeichnung .....Standort .....  
(vollständige Herstellerangaben)

## V. Allgemeines

- Ultraschalldiagnostische Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, ab dem hierfür die erforderliche Genehmigung erteilt wurde. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich. Die Voraussetzungen des EBM sind zusätzlich zu beachten.
- Eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen kann erst erteilt werden, wenn Sie uns eine apparative Einrichtung mittels Gewährleistungserklärung nachweisen, die den Mindestanforderungen der Ultraschall-Vereinbarung entspricht. Ultraschallsystem unterliegen Abnahme- und/oder Konstanzprüfungen (§ 9 und § 13).
- Jede apparative Veränderung ist der KV RLP mitzuteilen.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik nur im Rahmen des vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.
- Ich/wir werde/n die KV RLP über alle Änderungen informieren, welche die Erfüllung der in dieser Vereinbarung genannten Anforderungen betreffen.
- Ich/wir erkläre/n mein/unser Einverständnis zur Durchführung von Überprüfungen der apparativen und räumlichen Gegebenheiten in der Praxis durch die Kommission der KV RLP.
- Ich/wir verpflichte/n mich/uns zur geforderten ärztlichen Dokumentation von Ultraschall-Untersuchungen (§ 10).
- Ich/wir verpflichte/n mich/uns zur Teilnahme an der Überprüfung der ärztlichen Dokumentation von Ultraschall-Untersuchungen.

Der/Die Unterzeichner versichert/versichern die Richtigkeit der vorstehenden Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)