

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Team Sonographie  
Eisenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

auf **Anerkennung als zur Anleitung in der Ultraschalldiagnostik qualifizierter Arzt** gemäß § 8 der Ultraschall-Vereinbarung vom 31.10.2008

### 1. Allgemeine Angaben

<b>Antragsteller</b>	
LANR:	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
<input type="checkbox"/> Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____	tt.mm.jj
<input type="checkbox"/> Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigt seit/ab: _____	tt.mm.jj
(Name des KH)	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer
_____ Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift	


### 2. Beantragung

Beantragt wird die **Anerkennung als zur Anleitung in der Ultraschalldiagnostik qualifizierter Arzt**. Die Inhalte der Tätigkeit hängen dabei von der Wahrnehmung der Aufgaben nach §§ 4-6 Ultraschall-Vereinbarung ab und werden in dem von der KVB auszustellenden Bescheid explizit und abschließend aufgelistet.

**Beantragt wird im Sinne oben genannter Vereinbarung die Tätigkeit als**

- Arzt, der **alle folgenden Voraussetzungen** erfüllt (zur Anleitung nach §§ 4-6)
- Nachweis über abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt
  - Erfüllung der fachlichen und apparativen Voraussetzungen nach dieser Vereinbarung für den jeweiligen Anwendungsbereich
  - Mindestens 36-monatige eigenverantwortliche Tätigkeit im Bereich der Ultraschalldiagnostik
  - 10-fache Zahl der in der Anlage Spalte 4 für den jeweiligen Anwendungsbereich geforderten Untersuchungszahlen (vgl. Anlage zu diesem Antrag)


**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Kopie bei.

**Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.**

**Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller 

Stempel Antragsteller

## Anlage I Checkliste für Sie

Sehr geehrter Antragsteller,

wir möchten Ihren Antrag so schnell wie möglich bearbeiten und unnötige Bürokratie vermeiden.

Sie unterstützen uns dabei, indem Sie den Antrag vollständig ausgefüllt und inkl. aller erforderlichen Unterlagen bei uns einreichen. Je weniger Rückfragen und Nachforderungen wir stellen müssen, desto schneller können wir Ihren Antrag abschließend bearbeiten.

Bitte prüfen Sie daher anhand der nachfolgenden Checkliste Ihren Antrag auf Vollständigkeit.  
Vielen Dank!

<p><b>notwendiger Angaben</b></p> <p>Wurden in der Anlage die <b>Mindestuntersuchungszahlen</b> für alle Anwendungsbereiche, die beantragt werden sollen, eingetragen?</p> <p>Wurden die erforderlichen <b>Voraussetzungen</b> durch Ankreuzen bestätigt?</p> <p>Wurden die erforderlichen <b>Unterschriften</b> geleistet (Antragsteller und ggf. der beim Antragsteller tätige Arzt)?</p>	<p><b>erfüllt</b></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Checkliste bzgl. einzureichender Unterlagen</b></p> <p>1) Urkunde Facharztanerkennung in Kopie</p> <p>2) Ausgefüllte Anlage</p>	<p><b>Liegt der KVB bereits vor</b></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><b>Sind dem Antrag beigelegt</b></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>Information bzgl. nachfolgender Schritte</b></p> <p>1) Nachforderungen von fehlenden Unterlagen und Informationen durch Mitarbeiter des Teams Sonographie</p> <p>2) Ggf. Anforderung von Bilddokumentationen zur Bildabnahmeprüfung</p> <p>3) Bei Neuantragstellern: Ggf. Einladung zu einem Kolloquium</p>		

## Anlage II - Wichtige Informationen für Sie zur Antragsstellung

**Bitte aufmerksam lesen** 

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Der Volltext der Ultraschall-Vereinbarung ist unter <https://www.kvb.de/service/rechtsquellen/u/> abrufbar.

## Anlage III - Untersuchungszahlennachweis

Hiermit bestätige ich, dass ich nachfolgende sonographische Untersuchungen in der genannten Mindestanzahl selbstständig durchgeführt habe (zutreffende Felder bitte ausfüllen):

### 1. Gehirn

1.1 Mindestens \_\_\_\_\_ sonographische Untersuchungen des **Gehirns durch die offene Fontanelle** (AB 1.1) im B-Modus-Verfahren

### 2. Auge

2.1 Mindestens \_\_\_\_\_ **Sonographien des gesamten Auges**, davon \_\_\_\_\_ Untersuchungen zur Gewebedarstellung, \_\_\_\_\_ Biometrien der Achsenlänge und \_\_\_\_\_ Hornhautdickemessungen im **A-Modus und/oder** mindestens \_\_\_\_\_ **Sonographien des gesamten Auges**, davon \_\_\_\_\_ Untersuchungen zur Gewebedarstellung, \_\_\_\_\_ Biometrien der Achsenlänge und \_\_\_\_\_ Hornhautdickemessungen **im B-Modus** (AB 2.1).

2.2 Mindestens \_\_\_\_\_ **Biometrien des Auges** im

- A-Modus  
 A-Modus (und gleichzeitiger Laufzeitmessung)

und \_\_\_\_\_ **Messungen der Hornhautdicke des Auges (Pachymetrie)** im

- A-Modus  
 B-Modus

### 3. Kopf und Hals

3.1 Mindestens \_\_\_\_\_ **Sonographien der Nasennebenhöhlen im A-Modus** Verfahren **und/oder** mindestens \_\_\_\_\_ **Sonographien der Nasennebenhöhlen im B-Modus** Verfahren

3.2 Mindestens \_\_\_\_\_ Sonographien der **Gesichts- und Halsweichteile** im B-Modus-Verfahren (AB 3.2)

3.3 Mindestens \_\_\_\_\_ Sonographien der **Schilddrüse** im B-Modus-Verfahren (AB 3.3)

#### 4. Herz und herznahe Gefäße

- 4.1 Mindestens \_\_\_\_\_ **transthorakale Echokardiographien oder** \_\_\_\_\_ **Belastungsechokardiographien** bei Jugendlichen/Erwachsenen im B mit M-Modus Verfahren
- 4.2 und zus. zu den Voraussetzungen nach 4.1 mindestens \_\_\_\_\_ **transoesophageale Echokardiographien** bei Jugendlichen/Erwachsenen im B mit M-Modus Verfahren
- 4.3 Mindestens \_\_\_\_\_ **transthorakale Echokardiographien oder** \_\_\_\_\_ **Belastungsechokardiographien** bei Neugeborenen/Säuglingen/Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen im B mit M-Modus Verfahren
- 4.4 und zus. zu den Voraussetzungen nach 4.3 mindestens \_\_\_\_\_ **transoesophageale Echokardiographien** bei Neugeborenen/Säuglingen/Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen im B mit M-Modus Verfahren
- 4.5 Zusätzlich zu den Anforderungen nach 4.1 mindestens \_\_\_\_\_ **Belastungsechokardiographien** bei Jugendlichen/Erwachsenen im B-Modus mit M-Modus Verfahren selbstständig
- 4.6 Zusätzlich zu den Anforderungen nach 4.3 mindestens \_\_\_\_\_ **Belastungsechokardiographien** bei Neugeborenen/Säuglingen/Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen im B-Modus mit M-Modus Verfahren

#### 5. Thorax

- 5.1 Mindestens \_\_\_\_\_ **transkutane** Sonographien der **Thoraxorgane** (ohne Herz) im B-Modus-Verfahren
- 5.2 Zusätzlich zu den Vorgaben nach Punkt 5.1 mindestens \_\_\_\_\_ **transkavitäre B-Modus** Sonographien der **Thoraxorgane** (ohne Herz)

#### 6. Brustdrüse

- 6.1 Mindestens \_\_\_\_\_ Sonographien der **Brustdrüse** im B-Modus-Verfahren

## 7. **Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)**

- 7.1 Mindestens \_\_\_\_\_ transkutane Sonographien von **Abdomen und Retroperitoneum** (einschl. Nieren) bei Jugendlichen/Erwachsenen im B-Modus Verfahren
- 7.2 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 7.1 \_\_\_\_\_ **transkavitäre Endosonographien (Rektum)** im B-Modus Verfahren
- 7.3 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 7.1 \_\_\_\_\_ **transkavitäre Endosonographien (Magen-Darm)** im B-Modus Verfahren
- 7.4 Mindestens \_\_\_\_\_ transkutane Sonographien von **Abdomen und Retroperitoneum** (einschl. Nieren) bei Neugeborenen/Säuglingen/Kleinkindern/Kindern/Jugendlichen im B-Modus Verfahren

## 8. **Uro-Genitalorgane**

- 8.1 Mindestens \_\_\_\_\_ **transkutane Sonographien der Uro-Genitalorgane** im B-Modus-Verfahren
- 8.2 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 8.1 \_\_\_\_\_ **transkavitäre Sonographien der Uro-Genitalorgane** im B-Modus Verfahren
- 8.3 Mindestens \_\_\_\_\_ Sonographien der **weiblichen Genitalorgane** im B-Modus Verfahren (**einschl. Endosonographie**)

## 9. **Schwangerschaftsdiagnostik**

- 9.1 Mindestens \_\_\_\_\_ Sonographien der **utero-plazento-fetalen** Einheit im B-Modus Verfahren
- 9.2 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 9.1 \_\_\_\_\_ **weiterführende differentialdiagnostische Sonographien** im B-Modus bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder fetale Erkrankungen oder erhöhtes Risiko, davon \_\_\_\_\_ Fehlbildungen oder Entwicklungsstörungen

## 10. **Bewegungsapparat**

- 10.1 Mindestens \_\_\_\_\_ Sonographien des **Bewegungsapparates (ohne Säuglingshüfte)** im B-Modus Verfahren
- 10.2 Mindestens \_\_\_\_\_ Sonographien der **Säuglingshüfte** im B-Modus Verfahren

**11. Venen**

11.1 Mindestens \_\_\_\_\_ Sonographien der Venen der **Extremitäten im B-Modus-Verfahren**

**12. Haut und Subkutis**

12.1 Mindestens \_\_\_\_\_ **Sonographien der Haut** im B-Modus Verfahren

12.2 Mindestens \_\_\_\_\_ **Sonographien der Haut und/oder Subcutis** im B-Modus Verfahren

**20. Doppler - Gefäße**

20.1 Mindestens \_\_\_\_\_ **CW-Doppler-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße**

20.2 Mindestens \_\_\_\_\_ **CW-Doppler-Sonographien der extremitätenver- und entsorgenden Gefäße**, davon \_\_\_\_\_ Arterien und \_\_\_\_\_ Venen.

20.3 Mindestens \_\_\_\_\_ **CW-Doppler-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäße**

20.4 Mindestens \_\_\_\_\_ **CW-Doppler** oder \_\_\_\_\_ **PW-Doppler-Sonographien der Gefäße des männlichen Genitalsystems**

20.5 Mindestens \_\_\_\_\_ **PW-Doppler** Verfahren der **intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße**

20.6 Mindestens \_\_\_\_\_ **Duplex-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße**

20.7 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 20.5 \_\_\_\_\_ **Duplex-Sonographien der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße**

20.8 Mindestens \_\_\_\_\_ **Duplex-Sonographien der extremitätenversorgenden Gefäße** und \_\_\_\_\_ **Duplex-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäße**

20.9 Mindestens \_\_\_\_\_ **Duplex-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäße**

20.10 Zusätzlich zur Erfüllung der Voraussetzungen nach Punkt 7.1 und 7.4 mindestens \_\_\_\_\_ **Duplex-Sonographien der abdominellen und retroperitonealen Gefäße sowie des Mediastinums**



20.11 Zusätzlich zur Erfüllung der Voraussetzungen nach Punkt 8.3 mindestens \_\_\_\_\_  
**Duplex-Sonographien des weiblichen Genitalsystems**

### 21. Doppler – Herz und herznahe Gefäße

21.1 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 4.1 mindestens \_\_\_\_\_ **transthorakale Doppler-Echokardiographien** (einschl. Duplex) bei Jugendlichen/Erwachsenen

21.2 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 4.2 mindestens \_\_\_\_\_ **transkavitäre Doppler-Echokardiographien** (einschl. Duplex) bei Jugendlichen/Erwachsenen

21.3 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 4.3 mindestens \_\_\_\_\_ **transthorakale Doppler-Echokardiographien** (einschl. Duplex) bei **Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen**

21.4 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 4.4 mindestens \_\_\_\_\_ **transkavitäre Doppler-Echokardiographien** (einschl. Duplex) bei **Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen**

### 22. Doppler-Schwangerschaftsdiagnostik

22.1 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 9.2 mindestens \_\_\_\_\_ **Duplex-Sonographien des fetalen kardiovaskulären Systems**, davon mindestens \_\_\_\_\_ pathologische Fälle

22.2 Mindestens \_\_\_\_\_ **Duplex-Sonographien des feto-maternalen Gefäßsystems**, davon mindestens \_\_\_\_\_ pathologische Fälle

### 23. Doppler-Nerven und Muskeln

23.1 Mindestens \_\_\_\_\_ Sonographien des **zentralen und peripheren Nervensystems** und der **Muskulatur**; nachgewiesene **Handlungskompetenz in Duplex-Verfahren der Nerven und Muskeln** sowie nachgewiesene Handlungskompetenz in **elektroneurographischen und elektromyographischen Untersuchungen**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller



Stempel Antragsteller