

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Team Sonographie  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

→ Jetzt **online** beantragen in **MEINE KVB**

## Antrag eines Facharztes für Diagnostische Radiologie

auf **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Ultraschall-Untersuchungen** im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach der Ultraschall-Vereinbarung (USV)

### 1. Allgemeine Angaben

**Antragsteller** (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** | | | | | | | | | | **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
(Name des KH) tt.mm.jj

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

### Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

**LANR:** | | | | | | | | | | **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei o.g. Einzelpraxis seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

**Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:**

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als vier Betriebsstätten)

1. **BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

2. **BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

3. **BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

4. **BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

Die Betriebsstätte ist eine Filiale/die Anwendungsbereiche sollen in einem ausgelagerten Praxisraum erbracht werden. **Bitte Bemerkung:** z. B. Beantragung erfolgt für Filiale / ausgelagerten Praxisraum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


**2. Beantragung**

Beantragt wird die Genehmigung für folgende Anwendungsbereiche:	Erforderliche Untersuchungszahlen (siehe Anhang) werden lt. beiliegenden Zeugnissen erfüllt:
<b>Bildgebende Verfahren (A-, B-, M-Modus)</b>	
<b>1. Gehirn</b>	
<input type="checkbox"/> 1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	<input type="checkbox"/>
<b>3. Kopf und Hals</b>	
<input type="checkbox"/> 3.1 Nasennebenhöhlen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mittels A-Modus	
<input type="checkbox"/> mittels B-Modus	
<input type="checkbox"/> 3.2 <b>Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüsen)</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3.3 <b>Schilddrüse</b>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Thorax</b>	
<input type="checkbox"/> 5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), transkutan	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), transkavitär	<input type="checkbox"/>
<b>6. Brustdrüse</b>	
<input type="checkbox"/> 6.1 Brustdrüse	<input type="checkbox"/>
<b>7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)</b>	
<input type="checkbox"/> 7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, transkutan	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7.2 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär, (Rektum)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7.3 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär, (Magen-Darm)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transkutan	<input type="checkbox"/>

<b>8. Uro-Genitalorgane</b>	
<input type="checkbox"/> 8.1 Uro-Genitalorgane, transkutan	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8.2 Uro-Genitalorgane, transkavitär	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8.3 Weibliche Genitalorgane	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> einschl. Endodiagnostik	<input type="checkbox"/>
<b>10. Bewegungsapparat</b>	
<input type="checkbox"/> 10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 10.2 Säuglingshüften	<input type="checkbox"/>
<b>11. Venen</b>	
<input type="checkbox"/> 11.1 Venen der Extremitäten (B-Modus)	<input type="checkbox"/>

<b>Doppler-Verfahren (CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Modus)</b>	
<b>20. Doppler-Gefäße</b>	
<input type="checkbox"/> <b>CW-Doppler-Verfahren</b>	
<input type="checkbox"/> 20.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 20.2 Extremitätenver-/entsorgende Gefäße (Arterien/Venen)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 20.3 Extremitätenentsorgende Gefäße	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 20.4 Gefäße des männlichen Genitalsystems	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>PW-Doppler-Verfahren</b>	
<input type="checkbox"/> 20.4 Gefäße des männlichen Genitalsystems	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 20.5 Intrakranielle Gefäße	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Duplex-Verfahren</b>	
<input type="checkbox"/> einschließlich Farbkodierung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 20.6 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 20.7 Intrakranielle Gefäße	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 20.8 Extremitätenver-/entsorgende Gefäße (Arterien/Venen)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 20.9 Extremitätenentsorgende Gefäße	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 20.10 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 20.11 Gefäße des weiblichen Genitalsystems	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Sonstiger Anwendungsbereich:</b> _____	<input type="checkbox"/>

### 3. Fachliche Voraussetzungen

<input type="checkbox"/> Berechtigung zum Führen der entsprechenden Facharztbezeichnung. Nachweis durch beigefügte Urkunde im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie.	
---	---

Der Nachweis der weiteren fachlichen Voraussetzungen kann **alternativ** erfolgen durch:

**§ 4 USV - Erwerb der fachlichen Befähigung nach der Weiterbildungsordnung**

- Berechtigung zur Durchführung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik **je beantragtem Anwendungsbereich** nach dem für mich maßgeblichen **Weiterbildungsrecht**
  - d.h. Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten je beantragtem Anwendungsbereich der Ultraschalldiagnostik im Fachgebiet Diagnostische Radiologie nach der Weiterbildungsordnung der zuständigen Landesärztekammer
- Selbständige Durchführung der nach Anlage I Spalte 3 USV erforderlichen **Mindestanzahl** von Ultraschalluntersuchungen (vgl. Anhang zum Antrag) unter Anleitung **je beantragtem Anwendungsbereich**
  - Die Anleitung hat bei einem nach § 8 Buchst. b oder c USV in der Ultraschalldiagnostik qualifizierten Arzt stattzufinden.

oder

**§ 5 USV - Erwerb der fachlichen Befähigung in einer ständigen Tätigkeit**

- Mindestens **18-monatige ganztägige Tätigkeit** oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, dessen Kerngebiet den beantragten Anwendungsbereich bzw. das jeweilige Organ/die jeweilige Körperregion umfasst.
- Selbständige Durchführung der nach Anlage I Spalte 4 USV erforderlichen **Mindestanzahl** von Ultraschalluntersuchungen (vgl. Anhang zum Antrag) unter Anleitung **je beantragtem Anwendungsbereich**.
  - Die Anleitung hat bei einem nach § 8 Buchst. b oder c USV in der Ultraschalldiagnostik qualifizierten Arzt stattzufinden.

Der **Nachweis der Untersuchungszahlen** kann alternativ erfolgen durch:

- Zeugnis des anleitenden Arztes** über die
  - nach § 5 Buchst. a und b USV absolvierte ständige Tätigkeit in der Ultraschalldiagnostik und
  - die pro Anwendungsbereich selbständig durchgeführten Ultraschalluntersuchungen

**oder**
- Anlage „Untersuchungszahlennachweis“**, vom anleitenden Arzt ausgefüllt und unterschrieben.
- Mir ist bekannt, dass nach Erfüllung der v.g. Voraussetzungen die fachliche Befähigung durch erfolgreiche Teilnahme an einem **Kolloquium** abschließend nachzuweisen ist, vgl. §§ 5 Buchst. c, 14 Abs. 6 USV. Für das Kolloquium wird eine Gebühr erhoben

oder

**§ 6 USV - Erwerb der fachlichen Befähigung durch Ultraschallkurse**

- Selbständige Durchführung der nach Anlage I Spalte 4 USV erforderlichen **Mindestanzahl** von Ultraschalluntersuchungen (vgl. Anhang zum Antrag) unter Anleitung **je beantragtem Anwendungsbereich**.
  - Die Anleitung hat bei einem nach § 8 Buchst. a oder b oder c USV in der Ultraschalldiagnostik qualifizierten Arzt stattzufinden.

Der **Nachweis der Untersuchungszahlen** kann alternativ erfolgen durch:

**Zeugnis des anleitenden Arztes** über die nach § 6 Abs. 1 Buchst. a USV pro Anwendungsbereich selbständig durchgeführten Ultraschalluntersuchungen

**oder**

**Anlage „Untersuchungszahlennachweis“**, vom anleitenden Arzt ausgefüllt und unterschrieben.

---

Erfolgreiche Teilnahme an folgenden **Ultraschallkursen**, die unter Anleitung eines nach § 8 Buchst. c USV qualifizierten Arztes (Kursleiter) stattgefunden haben:

Grundkurs vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Kursinhalt \_\_\_\_\_

Aufbaukurs vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Kursinhalt \_\_\_\_\_

Abschlusskurs vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Kursinhalt \_\_\_\_\_  
vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Kursinhalt \_\_\_\_\_  
vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Kursinhalt \_\_\_\_\_

alternativ zum theoretischen Teil des Abschlusskurses: erfolgreiche computergestützte Fortbildung (Tutorial) nach § 7 USV  
am: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

Der **Nachweis der Teilnahme** erfolgt durch folgende **Zertifikate/Bescheinigungen**:

Zertifikate über die erfolgreiche Teilnahme an den Ultraschallkursen nach § 6 Abs. 1 Buchst. b USV

Zertifikat über die erfolgreiche Teilnahme an der computergestützten Fortbildung nach § 7 USV

Mir ist bekannt, dass nach Erfüllung der v.g. Voraussetzungen die fachliche Befähigung durch erfolgreiche Teilnahme an einem **Kolloquium** abschließend nachzuweisen ist, vgl. §§ 6 Abs. 1 Buchst. c, 14 Abs. 6 USV. Für das Kolloquium wird eine Gebühr erhoben.

#### 4. Apparative Ausstattung

Für die Durchführung von ultraschalldiagnostischen Leistungen benutze ich folgende/s Gerät/e:

1. Gerätebezeichnung, Gerätenummer, Baujahr: _____	Standort des Geräts: BSNR:
Schallkopf/Schallköpfe: _____ _____	
2. Gerätebezeichnung, Gerätenummer, Baujahr: _____	Standort des Geräts: BSNR:
Schallkopf/Schallköpfe: _____ _____	

3. Gerätebezeichnung, Gerätenummer, Baujahr: _____ Schallkopf/Schallköpfe: _____ _____	Standort des Geräts: <b>BSNR:</b>
4. Gerätebezeichnung, Gerätenummer, Baujahr: _____ Schallkopf/Schallköpfe: _____	Standort des Geräts: <b>BSNR:</b>

**Gemeinsame Apparaturnutzung**

**nein**

**ja**, oben unter Nr. \_\_\_\_\_ bezeichnete/s Gerät/e mit  
 Titel \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_, Vorname \_\_\_\_\_

Bitte die **Erklärung zur Apparatgemeinschaft** (separates Formular) beifügen.

Zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9 und Anlage III USV wird nach § 14 Abs. 3 Nr. 2 USV **pro Gerät eine Gewährleistungserklärung des Herstellers** vorgelegt.

Alternativ - bei gemeinsamer Apparaturnutzung:

Die Gewährleistungserklärung des oben genannten Kollegen liegt der KVB bereits vor.

Mir ist bekannt, dass zum vollständigen Nachweis der Anforderungen an die apparative Ausstattung gegebenenfalls im Nachgang die Vorlage eines entsprechenden **Wartungsprotokolls** oder eine **Abnahmeprüfung** nach § 9 Abs. 1 und 2 und Anlage III USV erforderlich ist und für die Abnahmeprüfung bei Untersuchungen im B-Modus eine aktuelle Bilddokumentation der jeweiligen Anwendungsklasse einzureichen ist.

**Hygiene in der Endosonographie**

Bitte beachten Sie, dass für nach dem 01.10.2016 angeschaffte Endosonographiesonden zusätzliche Angaben zur Hygiene erforderlich sind, die vom Hersteller bzw. Gerätevertreiber in der Gewährleistungserklärung bestätigt werden müssen. Bitte setzen Sie sich hierzu ggf. mit dem Hersteller/Gerätevertreiber Ihres Ultraschallgerätes in Verbindung.

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) 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 beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte 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 und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

**Bei Anstellung zusätzlich:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des angestellten Arztes 

Stempel Antragsteller

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!

<b>Checkliste</b>		
<p><b>Notwendige Angaben</b></p> <p>Wurden alle <b>Anwendungsbereiche</b>, die beantragt werden sollen, angekreuzt?</p> <p>Wurden alle <b>Betriebsstätten</b>, an denen die beantragten sonographischen Leistungen erbracht werden sollen, aufgelistet?</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>	<b>erfüllt</b>	
<p><b>Einzureichende Unterlagen</b></p> <p>1) Urkunde Facharztanerkennung</p> <p>2) ggf. Zeugnis/se über Tätigkeitszeiten/Untersuchungszahlen in den beantragten Anwendungsbereichen oder ausgefüllte Anlage (bei fachlicher Befähigung nach §§ 4,5,6 USV)</p> <p>3) ggf. Zertifikate über die Teilnahme an Ultraschallkursen/computergestützter Fortbildung (bei fachlicher Befähigung nach § 6 USV)</p> <p>4) Gewährleistungserklärung des Herstellers zum Gerät</p> <p>5) ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft</p>	<b>Liegt der KVB bereits vor</b>	<b>Sind dem Antrag beigefügt</b>
<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>		



## Genehmigungsantrag – Anhang –



### Wichtige Informationen, 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.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

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 Ultraschallvereinbarung ist unter <https://www.kvb.de/service/rechtsquellen/u/> abrufbar.

Übersicht über die nachzuweisenden Untersuchungszahlen nach Anlage I Ultraschallvereinbarung:

Beantr. Anwendungs- bereich	Beschreibung	Anforderung nach § 4 (nach der Weiter- bildungsordnung)	Anforderung nach § 5 (ständige Tätigkeit) und § 6 (Ultraschallkurse)
<b>A-, B- oder M-Modus</b>			
1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	100	150
3.1	Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	100**; (50)*	A-Modus: 100** B-Modus: 150** (100)*
3.2	Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen)	100**; (50)*	200**; (50)*
3.3	Schilddrüse	150**; (100)*	200**; (100)*
5.1	Thoraxorgane (ohne Herz), transkutan	100; (50)*	200; (50)*
5.2	Thoraxorgane (ohne Herz), transkavitär	25 (und AB 5.1)	25 (und AB 5.1)
6.1	Brustdrüse	200, (150)*	200
7.1	Abdomen und Retroperitoneum (Jugendl./Erw.), transkutan	400; (300)*	400; (300)*
7.2	Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Rektum)	25 (und AB 7.1);	25 (und AB 7.1); (300 AB 7.1 und 25)*
7.3	Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Magen-Darm)	25 (und AB 7.1);	25 (und AB 7.1); (300 AB 7.1 und 25)*
7.4	Abdomen und Retroperitoneum (Neugeb./Säugl./Kinder/Kleinkinder/Ju- gendl.), transkutan	200; (100)*	400; bei AB 7.1 200; (200)*
8.1	Uro-Genitalorgane (transkutan)	200**; (100)*	400**; bei AB 7.1 200; (300)*

8.2	Uro-Genitalorgane (transkavitär)	75 (und AB 8.1)	150 (und AB 8.1)
8.3	Weibliche Genitalorgane, B-Modus	200 (einschl. Endosonographie) (150)*	300 (einschl. Endosonographie) (200)*
10.1	Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften)	200**	400**, (200)*
10.2	Säuglingshüfte, B-Modus	200	200
11.1	Venen der Extremitäten	200; (100)*, ***	200; (100)*, ***

<b>CW-,PW-,(Farb-)Duplex Verfahren</b>			
20.1	Extrakranielle hirnv. Gefäße (CW)	100**; (50)*	200**; (50)*
20.2	Extremitätenver-/entsorgende Gefäße (CW)	200 (je 100 Arterien und Venen)**; (100)*	200 (je 100 Arterien und Venen)**; (100)*
20.3	Extremitätenentsorgende Gefäße (CW)	100**; (50)*	100**; (50)*
20.4	Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW)	200**; (100)*	200**; (100)*
20.4	Gefäße des männlichen Genitalsystems (PW)	200**; (100)*	200**; (100)*
20.5	Intrakranielle Gefäße (PW)	100**; (50)*	200**; (100)*
20.6	Extrakranielle hirnv. Gefäße (Duplex)	100**; (50)*	200; (50)*
20.7	Intrakranielle Gefäße (Duplex)	100**; (50)*	100 (und AB 20.5)**; (50)*
20.8	Extremitätenver-/entsorgende Gefäße (Arterien/Venen - Duplex)	200 (je 100 Arterien und Venen)**; (je 50)*	400 (je 200 Arterien und Venen)**; (je 50)*
20.9	Extremitätenentsorgende Gefäße (Duplex)	100**; (50)*	100**; (50)*
20.10	Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex)	100**	200 (und AB 7.1 oder AB 7.4)**
20.11	Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex)	200**; (100)*	200 (und AB 8.3)**; (100)*

**Legende:**

\* Reduktion der nachzuweisenden Untersuchungszahlen bei Nachweis der Qualifikation in einem anderen Verfahren (gleicher Modus) bei ggf. gleichzeitiger Reduktion der notwendigen Dauer der ständigen Tätigkeit gem. § 5.

\*\* Anrechnung der doppelten Anzahl der nachgewiesenen Untersuchungszahlen bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen, sofern nicht die reduzierte Anzahl an Untersuchungszahlen gefordert ist.

\*\*\* Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach AB 20.8 oder 20.9 gilt die fachliche Befähigung für den AB 11.1 als nachgewiesen.

**Allgemeiner Hinweis:**

Diese Tabelle ersetzt nicht den Wortlaut der Ultraschallvereinbarung. Ausschlaggebend sind immer die Inhalte der Ultraschallvereinbarung in der jeweils geltenden Fassung.

## Anlage: Untersuchungszahlennachweis

### Bestätigung nach § 4 (Weiterbildungsordnung (WBO))

Nachweis über selbständige Durchführung der geforderten Anzahl an Untersuchungen und Behandlungen gemäß § 14 der Ultraschall-Vereinbarung unter Anleitung eines zur **Weiterbildung befugten Arztes**

Ich _____ (Vor- und Nachname des anleitenden Arztes)
bestätige mit meiner Unterschrift, dass Herr/Frau _____ (Vor- und Nachname des Antragstellers)
die unten aufgeführten Untersuchungen und Behandlungen selbständig unter meiner Anleitung in der Zeit vom _____ bis _____ durchgeführt hat.

#### 1. Selbständig und unter Anleitung durchgeführte Ultraschall-Untersuchungen

Anwendungsbereich	Untersuchungszahlen nach § 4 USV (nach der WBO)
<b>Bildgebende Verfahren (A-, B-, M-Modus)</b>	
<b>1. Gehirn</b>	
1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	<input type="checkbox"/> 100
<b>3. Kopf und Hals</b>	
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	<input type="checkbox"/> 100**; (50)*
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen)	<input type="checkbox"/> 100**; (50)*
3.3 Schilddrüse	<input type="checkbox"/> 150**; (100)*
<b>5. Thorax</b>	
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), transkutan	<input type="checkbox"/> 100; (50)*
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), transkavitär	<input type="checkbox"/> 25 (und AB 5.1)
<b>6. Brust</b>	
6.1 Brustdrüse	<input type="checkbox"/> 200; (150)*
<b>7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)</b>	
7.1 Abdomen und Retroperitoneum (Jugendl./Erw.), transkutan	<input type="checkbox"/> 400; (300)*
7.2 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Rektum)	<input type="checkbox"/> 25 (und AB 7.1);
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Magen-Darm)	<input type="checkbox"/> 25 (und AB 7.1);
7.4 Abdomen und Retroperitoneum (Neugeb./Säugl./Kinder/Kleinkinder/Jugendl.), transkutan	<input type="checkbox"/> 200; (100)*
<b>8. Uro-Genitalorgane</b>	
8.1 Uro-Genitalorgane (transkutan)	<input type="checkbox"/> 200**; (100)*
8.2 Uro-Genitalorgane (transkavitär)	<input type="checkbox"/> 75 (und AB 8.1)
8.3 Weibliche Genitalorgane, B-Modus	<input type="checkbox"/> 200 (einschl. Endosonographie); (150)*
<b>10. Bewegungsapparat</b>	
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften)	<input type="checkbox"/> 200**
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	<input type="checkbox"/> 200

<b>11. Venen</b>	
11.1 Venen der Extremitäten	<input type="checkbox"/> 100; (50)*
<b>Doppler-Verfahren (CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Modus)</b>	
<b>20. Doppler-Gefäße</b>	
20.1 Extrakranielle hirnvors. Gefäße (CW)	<input type="checkbox"/> 100**; (50)*
20.2 Extremitätenver-/entsorgende Gefäße (CW)	<input type="checkbox"/> 200 (je 100 Arterien und Venen)**; (100)*
20.3 Extremitätenentsorgende Gefäße (CW)	<input type="checkbox"/> 100**; (50)*
20.4 Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW)	<input type="checkbox"/> 200**; (100)*
20.4 Gefäße des männlichen Genitalsystems (PW)	<input type="checkbox"/> 200**; (100)*
20.5 Intrakranielle Gefäße (PW)	<input type="checkbox"/> 100**; (50)*
20.6 Extrakranielle hirnvors. Gefäße (Duplex)	<input type="checkbox"/> 100**; (50)*
20.7 Intrakranielle Gefäße (Duplex)	<input type="checkbox"/> 100**; (50)*
20.8 Extremitätenver-/entsorgende Gefäße (Arterien/Venen - Duplex)	<input type="checkbox"/> 200 (je 100 Arterien und Venen)**; (je 50)*
20.9 Extremitätenentsorgende Gefäße (Duplex)	<input type="checkbox"/> 100**; (50)*
20.10 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex)	<input type="checkbox"/> 100**
20.11 Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex)	<input type="checkbox"/> 200**; (100)*
<b>Sonstiger Anwendungsbereich:</b> _____ _____	<input type="checkbox"/> _____ Fälle

**Legende:**

\* Reduktion der nachzuweisenden Untersuchungszahlen bei Nachweis der Qualifikation in einem anderen Verfahren (gleicher Modus) bei

ggf. gleichzeitiger Reduktion der notwendigen Dauer der ständigen Tätigkeit gem. § 5.

\*\* Anrechnung der doppelten Anzahl der nachgewiesenen Untersuchungszahlen bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen, sofern nicht die reduzierte Anzahl an Untersuchungszahlen gefordert ist.

Das Krankheitsgut der Einrichtung sowie die erlernten Techniken und Untersuchungen bilden die bestätigten Anwendungsbereiche ab.

Der Antragsteller ist in der Lage, die Untersuchungen für die oben bestätigten Anwendungsbereiche selbständig durchzuführen.

**2. Weiterbildungsbefugnis des anleitenden Arztes**

- Als anleitender Arzt **verfüge ich über die Weiterbildungsbefugnis** nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer bzw. über eine Anleiteranerkennung gemäß § 8 der Ultraschall-Vereinbarung

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Anleiters / Ausbilders

Stempel des Ausbilders

## Anlage: Untersuchungszahlennachweis

### Bestätigung nach §§ 5, 6 USV (ständige Tätigkeit, Ultraschallkurse)

Nachweis über selbständige Durchführung der geforderten Anzahl an Untersuchungen und Behandlungen gemäß § 14 der Ultraschall-Vereinbarung unter Anleitung eines zur **Weiterbildung befugten Arztes**

Ich \_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname des anleitenden Arztes)

bestätige mit meiner Unterschrift, dass Herr/Frau \_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname des Antragstellers)

die unten aufgeführten Untersuchungen und Behandlungen selbständig unter meiner Anleitung

in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ durchgeführt hat.

Der Antragsteller war ganztätig oder entsprechend teilzeitlich in folgender qualifizierter Einrichtung tätig:

Praxis \_\_\_\_\_

Abteilung des Krankenhauses \_\_\_\_\_

Medizinisches Versorgungszentrum \_\_\_\_\_

#### 1. Selbständig und unter Anleitung durchgeführte Ultraschall-Untersuchungen

Anwendungsbereich	Untersuchungszahlen nach §§ 5, 6 USV (ständige Tätigkeit, Ultraschallkurse)
<b>Bildgebende Verfahren (A-, B-, M-Modus)</b>	
<b>1. Gehirn</b>	
1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	<input type="checkbox"/> 150
<b>3. Kopf und Hals</b>	
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	<input type="checkbox"/> A-Modus: 100** B-Modus: 150** (100)*
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen)	<input type="checkbox"/> 200**; (50)*
3.3 Schilddrüse	<input type="checkbox"/> 200**; (100)*
<b>5. Thorax</b>	
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), transkutan	<input type="checkbox"/> 200; (50)*
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), transkavitär	<input type="checkbox"/> 25 (und AB 5.1)
<b>6. Brust</b>	
6.1 Brustdrüse	<input type="checkbox"/> 200
<b>7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)</b>	
7.1 Abdomen und Retroperitoneum (Jugendl./Erw.), transkutan	<input type="checkbox"/> 400; (300)*
7.2 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Rektum)	<input type="checkbox"/> 25 (und AB 7.1); (300 AB 7.1 und 25)*
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Magen-Darm)	<input type="checkbox"/> 25 (und AB 7.1); (300 AB 7.1 und 25)*

7.4 Abdomen und Retroperitoneum (Neugeb./Säugl./Kinder/Kleinkinder/Jugendl.), transkutan	<input type="checkbox"/> 400; bei AB 7.1 200; (200)*
<b>8. Uro-Genitalorgane</b>	
8.1 Uro-Genitalorgane (transkutan)	<input type="checkbox"/> 400**; bei AB 7.1 200; (300)*
8.2 Uro-Genitalorgane (transkavitär)	<input type="checkbox"/> 150 (und AB 8.1)
8.3 Weibliche Genitalorgane, B-Modus	<input type="checkbox"/> 300 (einschl. Endosonographie) (200)*
<b>10. Bewegungsapparat</b>	
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften)	<input type="checkbox"/> 400**; (200)*
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	<input type="checkbox"/> 200
<b>11. Venen</b>	
11.1 Venen der Extremitäten	<input type="checkbox"/> 200; (100)*
<b>Doppler-Verfahren (CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Modus)</b>	
<b>20. Doppler-Gefäße</b>	
20.1 Extrakranielle hirnv. Gefäße (CW)	<input type="checkbox"/> 200**; (50)*
20.2 Extremitätenver-/entsorgende Gefäße (CW)	<input type="checkbox"/> 200 (je 100 Arterien und Venen)**; (100)*
20.3 Extremitätenentsorgende Gefäße (CW)	<input type="checkbox"/> 100**; (50)*
20.4 Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW)	<input type="checkbox"/> 200**; (100)*
20.4 Gefäße des männlichen Genitalsystems (PW)	<input type="checkbox"/> 200**; (100)*
20.5 Intrakranielle Gefäße (PW)	<input type="checkbox"/> 200**; (100)*
20.6 Extrakranielle hirnv. Gefäße (Duplex)	<input type="checkbox"/> 200**; (50)*
20.7 Intrakranielle Gefäße (Duplex)	<input type="checkbox"/> 100 (und AB 20.5)**; (50)*
20.8 Extremitätenver-/entsorgende Gefäße (Arterien/Venen - Duplex)	<input type="checkbox"/> 400 (je 200 Arterien und Venen)**; (je 50)*
20.9 Extremitätenentsorgende Gefäße (Duplex)	<input type="checkbox"/> 100**; (50)*
20.10 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex)	<input type="checkbox"/> 200 (und AB 7.1 oder AB 7.4)**
20.11 Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex)	<input type="checkbox"/> 200 (und AB 8.3)**; (100)*
<b>Sonstiger Anwendungsbereich:</b> _____ _____	<input type="checkbox"/> _____ Fälle

**Legende:**

\* Reduktion der nachzuweisenden Untersuchungszahlen bei Nachweis der Qualifikation in einem anderen Verfahren (gleicher Modus) bei

ggf. gleichzeitiger Reduktion der notwendigen Dauer der ständigen Tätigkeit gem. § 5.

\*\* Anrechnung der doppelten Anzahl der nachgewiesenen Untersuchungszahlen bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen, sofern nicht die reduzierte Anzahl an Untersuchungszahlen gefordert ist.


Das Krankheitsgut der Einrichtung sowie die erlernten Techniken und Untersuchungen bilden die bestätigten Anwendungsbereiche ab.

Der Antragsteller ist in der Lage, die Untersuchungen für die oben bestätigten Anwendungsbereiche selbständig durchzuführen.

## 2. Weiterbildungsbefugnis des anleitenden Arztes

- Als anleitender Arzt **verfüge ich über die Weiterbildungsbefugnis** nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer bzw. über eine Anleiteranerkennung gemäß § 8 der Ultraschall-Vereinbarung

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Anleiters / Ausbilders 

Stempel des Ausbilders