

Erweiterter Landesausschuss  
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen  
in der Freien und Hansestadt Hamburg  
Geschäftsstelle  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg



## Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von ultraschalldiagnostischen Leistungen im Rahmen der ASV – Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung

### Hinweise:

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1  
a). Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der  
Blutbildung. ASV-Berechtigte sind daher nur berechtigt Leistungen anzuzeigen und zu erbringen, die gemäß  
diesem Appendix zum Behandlungsumfang der jeweiligen Arztgruppe gehören.  
Die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiter-  
bildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärzte ein, welche eine entsprechende Be-  
zeichnung nach altem Recht führen.  
Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch  
diverse Form verwendet.

### Die Anzeige erfolgt für:

Name, Vorname, ggf. Titel

Fachgebiet

ASV-Team, ggf. ASV-Teamnummer

Die Leistungen werden am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht:

ja       nein, Leistungen werden am folgenden **Tätigkeitsort** erbracht:

Angabe der Anschrift; Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

## Qualifikation – Nachweise sind der Anzeige beizufügen

### Ich bin Facharzt für

- Allgemeinchirurgie
- Hals- Nasen Ohrenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Mund- Kiefer Gesichtschirurgie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Radiologie
- Strahlentherapie
- Viszeralchirurgie

### Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen – Abwendungsbereiche (AB)

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

- Nasennebenhöhen-Sonographie (GOP 33010 EBM)
- Sonographie der Gesichteweichteile und/oder Halsweichteile  
und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse) (GOP 33011 EBM)
- Sonographie der Schilddrüse (GOP 33012 EBM)
- Sonographie von Teilen der Haut und/oder Subkutis und/oder der subkutaner  
Lymphknoten (GOP 33080 EBM)
- Echokardiographie (M-Mode- und B-Mode-Verfahren) – AB 4.1 (GOP 33020, 33046 EBM)
  - Zuschlag bei transösophagealer Durchführung (TEE) – AB 4.3 (GOP 33023 EBM)
- Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung – AB 4.5 (GOP 33030, 33046 EBM)
- Echokardiographie mit pharmakainduzierter Stufenbelastung – AB 4.5 (GOP 33031,  
33046 EBM)
- Sonographie der Thoraxorgane – AB 5.1 (GOP 33040, 33091 EBM)
  - Zuschlag Thoraxorgane transkavitär – AB 5.2 (GOP 33090 EBM)

- Abdominelle Sonographie und Retroperitoneum– AB 7.1 (GOP 33042, 33092 EBM)
  - Zuschlag Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Rektum) – AB 7.2 (GOP 33090 EBM)
  - Zuschlag Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Magen-Darm) – AB 7.3 (GOP 33090 EBM)
- Sonographie von Extremitätenvenen – AB 11.1 (GOP 33076 EBM)
- weitere Organe oder Organteile (GOP 33081, 33091 EBM)

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

- Doppler-Echokardiographie (PW- / CW-Doppler) transthorakal – AB 21.1 (GOP 33021, 33046 EBM)
  - Doppler-Echokardiographie (PW- / CW-Doppler) transoesophageal – AB 21.2 (GOP 33021, 33023 EBM)
- Duplex-Echokardiographie (Farbduplex) transthorakal – AB 21.1 (GOP 33022, 33046 EBM)
  - Duplex-Echokardiographie (Farbduplex) transoesophageal – AB 21.2 (GOP 33022, 33023 EBM)
- CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße – AB 20.1 (GOP 33060 EBM)
- CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße – AB 20.2 (GOP 33061 EBM)
- PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße (GOP 33063 EBM)
- Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße – AB 20.6 (GOP 33070 EBM)
  - Zuschlag Farbduplex (GOP 33075 EBM)
- Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße – AB 20.8 (GOP 33072 EBM)
  - Zuschlag Farbduplex (GOP 33075 EBM)
- Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße – AB 20.10 (GOP 33073 EBM)
  - Zuschlag Farbduplex (GOP 33075 EBM)
- Muskel- und/oder Nervensonographie (GOP 33100 eBM)

## **Qualifikationsnachweise - sind der Anzeige beizufügen**

### **Erwerb der fachlichen Befähigung nach der Weiterbildungsordnung (§ 4 Ultraschall-Vereinbarung)**

- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der entsprechenden Gebiets- oder Facharzturkunde
- Nachweis (Zeugnis/Bescheinigung) über die selbständige Durchführung von Ultraschalluntersuchungen nach Anlage I Spalte 3 der Ultraschall-Vereinbarung unter Anleitung\*.

### **Erwerb der fachlichen Befähigung in einer ständigen Tätigkeit (§ 5 Ultraschall-Vereinbarung)**

- Nachweis (Zeugnis/Bescheinigung) über die selbständige Durchführung von Ultraschall-Untersuchungen nach Anlage I Spalte 4 der Ultraschall-Vereinbarung unter Anleitung\*.
- Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium oder Beteiligung an Fallbesprechungen im Rahmen einer stationären Tätigkeit.

### **Erwerb der fachlichen Befähigung durch Ultraschallkurse (§ 6 Ultraschall-Vereinbarung)**

- Zertifikate über die erfolgreiche Teilnahme an einem vollständigen aktuellen Kurssystem Grund- Aufbau- und Abschlusskurs.
- Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium oder Beteiligung an Fallbesprechungen im Rahmen einer stationären Tätigkeit.

\*Die Anleitung hat bei einem in der Ultraschalldiagnostik gemäß § 8 Buchstabe b oder c der Ultraschall-Vereinbarung qualifizierten Arzt stattzufinden.

## **Apparative Ausstattung**

### **Gerätenutzung in der Praxis / dem MVZ / dem Krankenhaus**

- Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet.

Betriebstätte (Adresse o. BSNR): \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.): \_\_\_\_\_ KV-Reg.-Nr.: \_\_\_\_\_

- Das Gerät ist der KV Hamburg noch nicht gemeldet.
- Das Gerät ist der KV Hamburg noch nicht gemeldet. Einen Gerätenachweis füge ich dieser Anzeige bei (Seite 6 - 9).

## Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur  
Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)

Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

---

Datum

---

Unterschrift Teammitglied

**Anlage**  
zum Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von  
ultraschalldiagnostischen Leistungen

**Nutzer des Gerätes:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Lebenslange Arztnummer** (falls bereits vergeben):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Standort des Ultraschallsystems:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer ggf. Nebenbetriebsstätten-  
nummer (falls bereits vergeben)

**Gewährleistungserklärung - Ultraschalldiagnostik-**  
(nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

Für die Durchführung der beantragten Ultraschalluntersuchungen wird das folgende  
Ultraschallsystem bzw. die folgenden Ultraschallsysteme[1] eingesetzt:

**Herstellerfirma:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Adresse)

**Geräte-Bezeichnung:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vollständige Herstellerangaben)

**Baujahr:**

\_\_\_\_\_

**Auslieferungsdatum:**

\_\_\_\_\_

|                     |           |                |
|---------------------|-----------|----------------|
| <b>Schallkopf 1</b> | Typ _____ | Frequenz _____ |
| <b>Schallkopf 2</b> | Typ _____ | Frequenz _____ |
| <b>Schallkopf 3</b> | Typ _____ | Frequenz _____ |
| <b>Schallkopf 4</b> | Typ _____ | Frequenz _____ |
| <b>Schallkopf 5</b> | Typ _____ | Frequenz _____ |

[1] Ein Ultraschallsystem im Sinne des § 2 c der Ultraschall-Vereinbarung ist ein Gerät zur Ultraschalldiagnostik, bestehend aus Gerätekonsole, Schallkopf, Monitor und Dokumentationseinheit.

**Das Ultraschallsystem bzw. die Ultraschallsysteme erfüllen die im folgenden bestätigten Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9 i.V.m. Anlage III der Ultraschall-Vereinbarung:**

Zutreffendes bitte ankreuzen

|   |   |                        | <b>erfüllt</b>           |
|---|---|------------------------|--------------------------|
| <b>1. Gehirn</b>  |   |                        |                          |
| AK 1.1  | Gehirn durch die offene Fontanelle  | B-Modus                | <input type="checkbox"/> |
| <b>2. Auge</b>  |   |                        |                          |
| AK 2.1  | Gesamtes Auge   | A-Modus                |                          |
| AK 2.2  | Gesamtes Auge   | B-Modus                |                          |
| AK 2.3  | Biometrie des Auges   | A-Modus                |                          |
| AK 2.4  | Biometrie des Auges   | A-Modus                |                          |
| AK 2.5  | Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges   | A-Modus                |                          |
| AK 2.6  | Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges   |                        |                          |
| <b>3. Kopf und Hals</b>                                 |   |                        |                          |
| AK 3.1  | Nasennebenhöhlen  | A-Modus                | <input type="checkbox"/> |
| AK 3.2  | Nasennebenhöhlen  | B-Modus                | <input type="checkbox"/> |
| AK 3.3  | Gesichtsweichteile, Halsweichteile, Speicheldrüsen  | B-Modus                | <input type="checkbox"/> |
| AK 3.4  | Schilddrüse   | B-Modus                | <input type="checkbox"/> |
| <b>4. Herz und herznahe Gefäße</b>                      |   |                        |                          |
| AK 4.1  | Herz und herznahe Gefäße, transthorakal<br>Jugendliche, Erwachsene  | B-Modus mit<br>M-Modus | <input type="checkbox"/> |
| AK 4.2  | Herz und herznahe Gefäße, transthorakal<br>Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder                      | B-Modus mit<br>M-Modus | <input type="checkbox"/> |
| AK 4.3  | Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal Belastung<br>Jugendliche, Erwachsene                             | B-Modus mit<br>M-Modus | <input type="checkbox"/> |
| AK 4.4  | Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal<br>Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder                   | B-Modus mit<br>M-Modus | <input type="checkbox"/> |
| AK 4.5  | Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung<br>Jugendliche, Erwachsene                     | B-Modus                | <input type="checkbox"/> |
| AK 4.6  | Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung<br>Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder | B-Modus                | <input type="checkbox"/> |
| <b>5. Thorax</b>  |   |                        |                          |
| AK 5.1  | Thoraxorgane, transkutan  | B-Modus                | <input type="checkbox"/> |
| AK 5.2  | Thoraxorgane, transkavitär  | B-Modus                | <input type="checkbox"/> |
| <b>6. AK 6.1</b>  | Brustdrüse  | B-Modus                | <input type="checkbox"/> |
| <b>7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)</b> |   |                        |                          |
| AK 7.1  | Abdomen, Retroperitoneum einschl. Niere, transkutan<br>Jugendliche, Erwachsene                              | B-Modus                | <input type="checkbox"/> |
| AK 7.2  | Abdomen, Retroperitoneum einschl. Nieren, transkutan<br>Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder         | B-Modus                | <input type="checkbox"/> |
| AK 7.3  | Abdomen, Retroperitoneum einschl. Nieren, transkavitär  | B-Modus                | <input type="checkbox"/> |

|                                      |   |            | erfüllt                  |
|--------------------------------------|---|------------|--------------------------|
| <b>8. Uro-Genitalorgane</b>          |   |            |                          |
| AK 8.1                               | Uro-Genitalorgane (Penis und Skrotum), transkutan             | B-Modus    | <input type="checkbox"/> |
| AK 8.2                               | Sonstige Uro-Genitalorgane, transkutan                        | B-Modus    | <input type="checkbox"/> |
| AK 8.3                               | Uro-Genitalorgane, transkavitär                               | B-Modus    | <input type="checkbox"/> |
| AK 8.4                               | Weibliche Genitalorgane, transkutan                           | B-Modus    | <input type="checkbox"/> |
| AK 8.5                               | Weibliche Genitalorgane, transkavitär                         | B-Modus    | <input type="checkbox"/> |
| <b>9. Schwangerschaftsdiagnostik</b> |   |            |                          |
| AK 9.1                               | Schwangerschaftsdiagnostik, transkutan                        | B-Modus    | <input type="checkbox"/> |
| AK 9.2                               | Schwangerschaftsdiagnostik, transkavitär                      | B-Modus    | <input type="checkbox"/> |
| <b>10. Bewegungsapparat</b>          |   |            |                          |
| AK 10.1                              | Bewegungsapparat  | B-Modus    | <input type="checkbox"/> |
| AK 10.2                              | Bewegungsapparat (Säuglingshüfte)                             | B-Modus    | <input type="checkbox"/> |
| <b>11. Venen</b>                     |   |            |                          |
| AK 11.1                              | Venen der Extremitäten  | B-Modus    |                          |
| <b>12. Haut und Subkutis</b>         |   |            |                          |
| AK 12.1                              | Haut einschl. Subkutis  | B-Modus    | <input type="checkbox"/> |
| AK 12.2                              | Haut (subkutanes Gewebe einschl. Lymphknoten)                 | B-Modus    | <input type="checkbox"/> |
| <b>20. Doppler-Gefäße</b>            |   |            |                          |
| AK 20.1                              | Extrakranielle Gefäße, Doppler                                | CW-Doppler | <input type="checkbox"/> |
| AK 20.2                              | Gefäße der Extremitäten, Doppler                              | CW-Doppler | <input type="checkbox"/> |
| AK 20.3                              | Gefäße des männlichen Genitalsystems, Doppler                 | CW-Doppler | <input type="checkbox"/> |
| AK 20.4                              | Gefäße des männlichen Genitalsystems, Doppler                 | PW-Doppler | <input type="checkbox"/> |
| AK 20.5                              | Intrakranielle Gefäße, Doppler                                | PW-Doppler | <input type="checkbox"/> |
| AK 20.6                              | Extrakranielle Gefäße, Duplex                                 | Duplex     | <input type="checkbox"/> |
| AK 20.7                              | Intrakranielle Gefäße, Duplex                                 | Duplex     | <input type="checkbox"/> |
| AK 20.8                              | Gefäße der Extremitäten, Duplex                               | Duplex     | <input type="checkbox"/> |
| AK 20.9                              | Gefäße des Abdomens, Retroperitoneums und Mediastinum, Duplex | Duplex     | <input type="checkbox"/> |
| AK 20.10                             | Gefäße des weiblichen Genitalsystems, Duplex                  | Duplex     | <input type="checkbox"/> |

Farbkodierte Dopplersonographie ist möglich ja  nein

## 21. Doppler-Herz und herznahe Gefäße

|         |   |            |                          |
|---------|---|------------|--------------------------|
| AK 21.1 | Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal<br>Jugendliche, Erwachsene                     | CW-Doppler | <input type="checkbox"/> |
| AK 21.2 | Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal<br>Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder | CW-Doppler | <input type="checkbox"/> |
| AK 21.3 | Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal<br>Jugendliche, Erwachsene                     | PW-Doppler | <input type="checkbox"/> |
| AK 21.4 | Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal<br>Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder | PW-Doppler | <input type="checkbox"/> |
| AK 21.5 | Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transoesophageal   | CW-Doppler | <input type="checkbox"/> |
| AK 21.6 | Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transoesophageal   | PW-Doppler | <input type="checkbox"/> |
| AK 21.7 | Herz und herznahe Gefäße, Farbduplex, transthorakal   | Farbduplex | <input type="checkbox"/> |
| AK 21.8 | Herz und herznahe Gefäße, Farbduplex, transthorakal   | Farbduplex | <input type="checkbox"/> |

**22. Doppler-Schwangerschaftsdiagnostik**

|         |   |            |                          |
|---------|---|------------|--------------------------|
| AK 22.1 | Fetales kardiovaskuläres System, Farbduplex | Farbduplex | <input type="checkbox"/> |
| AK 22.2 | Fetomaternales Gefäßsystem, Farbduplex      | Farbduplex | <input type="checkbox"/> |

**23. Doppler-Nerven und Muskeln**

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

Für den Fall, dass gemäß § 9 Abs. 4 der Ultraschall-Vereinbarung ein Schallkopf für endosonographische Untersuchungen zur Anwendung kommen soll, wird hiermit bestätigt, dass die Dokumentation des Herstellers oder Vertreibers Angaben für Endosonographieschallköpfe zur fachgerechten Aufbereitung mit bakterizider, viruzider und fungizider Wirkung enthält. Der Nachweis der Wirksamkeit der Methoden zur Aufbereitung ist seitens des Herstellers oder Vertreibers durch ein Gutachten belegt.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner