

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

Arzt- /Krankenhausstempel

**Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von  
ultraschalldiagnostischen Leistungen im Rahmen der ASV –  
Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene**

**Hinweis:** Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene. 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-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung 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

- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie
- Urologie
- Radiologie

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

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

#### Augen und Augenhöhlen

- Sonographie des Auges – AB 2.1  A-Modus  B-Modus (GOP 33000 EBM)
- Ultraschall-Biometrie des Auges – AB 2.2 (GOP 33001 EBM)
- Ultraschall-Pachymetrie eines Auges – AB 2.2  A-Modus  B-Modus (GOP 33002 EBM)

#### Hals und Kopf

- Nasennebenhöhlen  A-Modus – AB 3.1  B-Modus – AB 3.2 (GOP 33010 EBM)
- Gesichteweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen im B-Modus (mit Ausnahme der Schilddrüse) – AB 3.3 (GOP 33011 EBM)
- Schilddrüsen im B-Modus – AB 3.3 (GOP 33012 EBM)

#### Herz und herznahe Gefäße (Sonographie im M-Modus und B-Modus)

- Echokardiographie transthorakal – AB 4.1 (GOP 33020 EBM)
- Echokardiographie transösophageal – AB 4.2 (GOP 33023 EBM)
- Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung – AB 4.5 (GOP 33030 EBM)
- Echokardiographie mit pharmakainduzierter Stufenbelastung – AB 4.5 (GOP 33031 EBM)

#### Thorax (Sonographie im B-Modus)

- Thoraxorgane (ohne Herz) transkutan – AB 5.1 (GOP 33040 EBM)
- Thoraxorgane (ohne Herz) transkavitär – AB 5.1 (GOP 33090 EBM)

### **Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren) (Sonographie im B-Modus)**

- Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren) transkutan – AB 7.1 (GOP 33042, 33092 EBM)
- Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Rektum) – AB 7.2 (GOP 33090 EBM)
- Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Magen-Darm) – AB 7.3 (GOP 33090 EBM)

### **Uro-Genitalorgane (Sonographie im B-Modus)**

- Uro-Genitalorgane transkutan – AB 8.1 (GOP 33043 EBM)
- Uro-Genitalorgane transkavitär – AB 8.1 (GOP 33090, 33092 EBM)
- Weibliche Genitalorgane – AB 8.3 (GOP 33044, 33092 EBM)

### **Bewegungsapparat (Sonographie im B-Modus)**

- Gelenken und/oder umschriebenen Strukturen des Bewegungsapparates (Sehne, Muskel, Bursa) – AB 10.1 (GOP 33050 EBM)

### **Venen (Sonographie im B-Modus)**

- Venen der Extremitäten – AB 11.1 (GOP 33076 EBM)

### **Haut und Subcutis (Sonographie im B-Modus)**

- Haut und Subcutis – AB 12.1 und 12.2 (GOP 33080 EBM)
  
- Sonographie folgender weiterer Organe oder Organteile (GOP 33081, 33091 EBM):

---

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

#### **Doppler – Gefäße**

- CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße – AB 20.1 (GOP 33060 EBM)
- CW-Doppler – extremitätenver- / entsorgende Gefäße – AB 20.2 (GOP 33061 EBM)
- CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems – AB 20.4 (GOP 33062 EBM)
- PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße – AB 20.5 (GOP 33063 EBM)
- PW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems – AB 20.4 (GOP 33064 EBM)
- Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße – AB 20.6 (GOP 33070 EBM)
  - Zuschlag Farbduplex (GOP 33075 EBM)
- Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße – AB 20.7 (GOP 33071 EBM)
  - Zuschlag Farbduplex (GOP 33075 EBM)
- Duplex-Verfahren – extremitätenver- / entsorgende Gefäße – AB 20.8 (GOP 33072 EBM)
  - Zuschlag Farbduplex (GOP 33075 EBM)
- Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum – AB 20.10 (GOP 33073 EBM)
  - Zuschlag Farbduplex (GOP 33075 EBM)

- Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems – AB 20.11 (GOP 33074 EBM)
- Zuschlag Farbduplex (GOP 33075 EBM)

#### **Doppler – Herz und herznahe Gefäße**

- Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex) transthorakal – AB 21.1 (GOP 33021 EBM)
- Duplex-Echokardiographie (Farbduplex) transthorakal – AB 21.1 (GOP 33022 EBM)
- Duplex-Echokardiographie (Farbduplex) transoesophageal – AB 21.2 (GOP 33023 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 – für Vertragsärzte**

#### **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).

## **Apparative Ausstattung – für Krankenhausärzte**

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

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>Nutzer des Gerätes:</b> | <b>Lebenslange Arztnummer</b> (falls bereits vergeben): |
| 1. _____                   | _____   |
| 2. _____                   | _____   |
| 3. _____                   | _____   |
| 4. _____                   | _____   |
| 5. _____                   | _____   |

|  |       |
|--|-------|
| <b>Standort des Ultraschallsystems:</b>  |       |
| _____  | _____ |
| _____  | _____ |
| _____  | _____ |
| Betriebsstättennummer ggf. Nebenbetriebsstättennummer (falls bereits vergeben) |       |

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

|   |     |       |                |
|---|-----|-------|----------------|
| <b>Für die Durchführung der beantragten Ultraschalluntersuchungen wird das folgende Ultraschallsystem bzw. die folgenden Ultraschallsysteme<sup>1</sup> eingesetzt:</b> |     |       |                |
| <b>Herstellerfirma:</b>   |     |       |                |
| _____   |     |       |                |
| _____   |     |       |                |
| (Adresse)   |     |       |                |
| _____   |     |       |                |
| <b>Geräte-Bezeichnung:</b>  |     |       |                |
| (Vollständige Herstellerangaben)  |     |       |                |
| _____   |     |       |                |
| <b>Geräte-Nummer:</b>   |     |       |                |
| (Seriennummer)  |     |       |                |
| _____   |     |       |                |
| <b>Baujahr:</b>   |     |       |                |
| _____   |     |       |                |
| <b>Auslieferungsdatum:</b>  |     |       |                |
| _____   |     |       |                |
| <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 _____ |

<sup>1</sup>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                             | <input type="checkbox"/> |
| AK 2.2                             | Gesamtes Auge   | B-Modus                             | <input type="checkbox"/> |
| AK 2.3                             | Biometrie des Auges   | A-Modus                             | <input type="checkbox"/> |
| AK 2.4                             | Biometrie des Auges   | A-Modus<br>(autom. Laufzeitmessung) | <input type="checkbox"/> |
| AK 2.5                             | Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges   | A-Modus                             | <input type="checkbox"/> |
| AK 2.6                             | Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges   | B-Modus                             | <input type="checkbox"/> |
| <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<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. Brustdrüse</b>               |   |                                     |                          |
| AK 6.1                             | Brustdrüse  | B-Modus                             | <input type="checkbox"/> |

|   |   |            | <b>erfüllt</b>           |
|---|---|------------|--------------------------|
| <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"/> |
| <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    | <input type="checkbox"/> |
| <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<br>Mediastinum, Duplex                                      | Duplex     | <input type="checkbox"/> |
| AK 20.10  | Gefäße des weiblichen Genitalsystems, Duplex  | Duplex     | <input type="checkbox"/> |

Farbkodierte Dopplersonographie ist möglich

ja  nein



| <b>21. Doppler-Herz und herznahe Gefäße</b>   |   |            | <b>erfüllt</b>           |
|---|---|------------|--------------------------|
| 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,<br>transoesophageal   | Farbduplex | <input type="checkbox"/> |
| <b>22. Doppler-Schwangerschaftsdiagnostik</b> |   |            |                          |
| AK 22.1                                       | Fetales kardiovaskuläres System, Farbduplex   | Farbduplex | <input type="checkbox"/> |
| AK 22.2                                       | Fetomaternales Gefäßsystem, Farbduplex  | Farbduplex | <input type="checkbox"/> |
| <b>23. Doppler-Nerven und Muskeln</b>         |   |            |                          |
| AK 23.1                                       | Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln 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

## Anlage I: Anforderungen an die fachliche Befähigung nach den §§ 4, 5 und 6

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

| Anwendungsbereich                  |   | Anforderungen nach § 4   | Anforderungen nach § 5 und § 6  |
|------------------------------------|---|--|---|
| <b>1. Gehirn</b>                   |   |  |   |
| AB 1.1                             | Gehirn durch die offene Fontanelle                              | 100 Sonographien des Gehirns durch die offene Fontanelle   | 150 Sonographien des Gehirns durch die offene Fontanelle  |
| <b>2. Auge</b>                     |   |  |   |
| AB 2.1                             | Gesamte Diagnostik des Auges                                    | 200 Sonographien des Auges, davon 100 Untersuchungen zur Gewebedarstellung, 50 Biometrien der Achsenlänge und 25 Hornhautdickenmessungen   | 250 Sonographien des Auges, davon 150 Untersuchungen zur Gewebedarstellung, 75 Biometrien der Achsenlänge und 25 Hornhautdickenmessungen  |
| AB 2.2                             | Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke           | 50 Biometrien der Achsenlänge und 25 Hornhautdickenmessungen   | 75 Biometrien der Achsenlänge und 25 Hornhautdickenmessungen  |
| <b>3. Kopf und Hals</b>            |   |  |   |
| AB 3.1 <sup>2</sup>                | Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus                           | 100 Sonographien (A- und/oder B-Modus) der Nasennebenhöhlen<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>50 Sonographien (A- und/oder B-Modus) der Nasennebenhöhlen | Bei A-Modus-Verfahren: 100 Sonographien<br>Bei B-Modus-Verfahren: 150 Sonographien<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>100 Sonographien (A- und/oder B-Modus) der Nasennebenhöhlen während einer 2-monatigen ständigen oder 12-monatigen begleitenden Tätigkeit |
| AB 3.2 <sup>2</sup>                | Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüsen), B-Modus | 100 B-Modus-Sonographien der Gesichts- und Halsweichteile<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>50 B-Modus-Sonographien der Gesichts- und Halsweichteile     | 200 B-Modus-Sonographien der Gesichts- und Halsweichteile<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>50 B-Modus-Sonographien der Gesichts- und Halsweichteile während einer 2-monatigen ständigen oder 12-monatigen begleitenden Tätigkeit                             |
| AB 3.3 <sup>2</sup>                | Schilddrüse, B-Modus  | 150 B-Modus-Sonographien der Schilddrüse<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>100 B-Modus-Sonographien der Schilddrüse                                      | 200 B-Modus-Sonographien der Schilddrüse<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>100 B-Modus-Sonographien der Schilddrüse während einer 2-monatigen ständigen oder 12-monatigen begleitenden Tätigkeit  |
| <b>4. Herz und herznahe Gefäße</b> |   |  |   |
| AB 4.1                             | Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal       | 400 B-/M-Modus Echokardiographien oder Belastungsechokardiographien  | 400 B-/M-Modus Echokardiographien oder Belastungsechokardiographien   |

Für Untersuchungen bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern oder Jugendlichen werden bei den Anwendungsbereichen AB 3, AB 8.1, AB 10.1 und AB 20 die vom Antragsteller nachgewiesenen Untersuchungszahlen auf die Anforderungen nach den Spalten 3 und 4 doppelt angerechnet, sofern die Sonographien bei Patienten der vorgenannten Altersgruppen erbracht worden sind. Wenn eine Reduktion der erforderlichen Leistungszahlen durch Genehmigungskombination festgelegt ist, wirkt die Bestimmung nach Satz 1 nicht.

Anlage I: Anforderungen an die fachliche Befähigung nach § 4, § 5 und § 6

| Anwendungsbereich   |   | Anforderungen nach § 4  | Anforderungen nach § 5 und § 6   |
|---|---|---|--|
| AB 4.2  | Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal                                  | Anforderungen nach AB 4.1<br>50 transoesophageale Echokardiographien  | Anforderungen nach AB 4.1<br>50 transoesophageale Echokardiographien   |
| AB 4.3  | Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal    | 500 B-/M-Modus Echokardiographien oder Belastungsechokardiographien bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen   | 500 B-/M-Modus Echokardiographien oder Belastungsechokardiographien bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen  |
| AB 4.4  | Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal | Anforderungen nach AB 4.3<br>25 transoesophageale Echokardiographien bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen  | Anforderungen nach AB 4.3<br>25 transoesophageale Echokardiographien bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen   |
| AB 4.5  | Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene  | Anforderungen nach AB 4.1<br>100 Belastungsechokardiographien   | Anforderungen nach AB 4.1<br>100 Belastungsechokardiographien  |
| AB 4.6  | Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche         | Anforderungen nach AB 4.3<br>50 Belastungsechokardiographien bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen  | Anforderungen nach AB 4.3<br>50 Belastungsechokardiographien bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen   |
| <b>5. Thorax</b>  |   |   |  |
| AB 5.1  | Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan   | 100 B-Modus-Sonographien der Thoraxorgane (ohne Herz)<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>50 B-Modus-Sonographien der Thoraxorgane (ohne Herz)  | 200 Sonographien der Thoraxorgane (ohne Herz)<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>50 Sonographien der Thoraxorgane (ohne Herz) während einer 2-monatigen ständigen oder 12-monatigen begleitenden Tätigkeit  |
| AB 5.2  | Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär   | Anforderungen nach AB 5.1<br>25 B-Modus-Sonographien der Thoraxorgane (ohne Herz), transkavitär   | Anforderungen nach AB 5.1<br>25 B-Modus-Sonographien der Thoraxorgane (ohne Herz), transkavitär  |
| <b>6. Brustdrüse</b>  |   |   |  |
| AB 6.1  | Brustdrüse, B-Modus   | 200 B-Modus-Sonographien der Brustdrüse<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>150 B-Modus-Sonographien der Brustdrüse   | 200 B-Modus-Sonographien der Brustdrüse  |
| <b>7. Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)</b> |   |   |  |
| AB 7.1  | Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus, transkutan                     | 400 B-Modus-Sonographien von Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>300 B-Modus-Sonographien von Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) | 400 B-Modus Sonographien von Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>300 B-Modus Sonographien von Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) während einer 3-monatigen ständigen oder 18-monatigen begleitenden Tätigkeit |

Anlage I: Anforderungen an die fachliche Befähigung nach § 4, § 5 und § 6

| Anwendungsbereich           |  | Anforderungen nach § 4   | Anforderungen nach § 5 und § 6  |
|-----------------------------|--|--|---|
| AB 7.2                      | Abdomen und Retroperitoneum, B- Modus, transkavitär (Rektum)   | Anforderungen nach AB 7.1<br>25 B-Modus-Endosonographien (Rektum)  | Anforderungen nach AB 7.1<br>25 B-Modus-Endosonographien (Rektum)<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereiches:<br>300 B-Modus-Sonographien von Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) während einer 3-monatigen ständigen oder 18-monatigen begleitenden Tätigkeit<br>25 B-Modus-Endosonographien (Rektum)  |
| AB 7.3                      | Abdomen und Retroperitoneum, B- Modus, transkavitär (Magen-Darm)   | Anforderungen nach AB 7.1<br>25 B-Modus-Endosonographien (Magen-Darm)  | Anforderungen nach AB 7.1<br>25 B-Modus-Endosonographien (Magen-Darm)<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereiches:<br>300 B-Modus-Sonographien von Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) während einer 3-monatigen ständigen oder 18-monatigen begleitenden Tätigkeit<br>25 B-Modus-Endosonographien (Magen-Darm)  |
| AB 7.4                      | Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, B-Modus, transkutan | 200 B-Modus-Sonographien von Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereiches:<br>100 B-Modus-Sonographien von Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen | 400 B-Modus-Sonographien von Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen<br>Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach AB 7.1<br>200 B-Modus-Sonographien von Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen während einer 2-monatigen ständigen oder 12-monatigen begleitenden Tätigkeit<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereiches:<br>200 B-Modus-Sonographien von Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen während einer 3-monatigen ständigen oder 18-monatigen begleitenden Tätigkeit |
| <b>8. Uro-Genitalorgane</b> |  |  |   |
| AB 8.1 <sup>2</sup>         | Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan   | 200 B-Modus-Sonographien der Uro-Genitalorgane<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereiches:<br>100 B-Modus-Sonographien der Uro-Genitalorgane   | 400 B-Modus-Sonographien der Uro-Genitalorgane<br>Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach AB 7.1<br>200 B-Modus-Sonographien der Uro-Genitalorgane während einer 2 monatigen ständigen oder 12-monatigen begleitenden Tätigkeit<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereiches: 300 B-Modus-Sonographien der Uro-Genitalorgane während einer 3-monatigen ständigen oder 18-monatigen begleitenden Tätigkeit  |
| AB 8.2                      | Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär   | Anforderungen nach AB 8.1<br>75 transkavitäre B-Modus-Sonographien der Uro-Genitalorgane   | Anforderungen nach AB 8.1<br>150 transkavitäre B-Modus-Sonographien der Uro-Genitalorgane   |

Anlage I: Anforderungen an die fachliche Befähigung nach § 4, § 5 und § 6

| Anwendungsbereich                    |  | Anforderungen nach § 4  | Anforderungen nach § 5 und § 6   |
|--------------------------------------|--|---|--|
| AB 8.3                               | Weibliche Genitalorgane, B-Modus                         | 200 B-Modus-Sonographien der weiblichen Genitalorgane (einschl. Endosonographie)<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>150 B-Modus-Sonographien der weiblichen Genitalorgane (einschl. Endosonographie)   | 300 B-Modus-Sonographien der weiblichen Genitalorgane (einschl. Endosonographie)<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>200 B-Modus-Sonographien der weiblichen Genitalorgane (einschl. Endosonographie) während einer 3-monatigen ständigen oder 18-monatigen begleitenden Tätigkeit   |
| <b>9. Schwangerschaftsdiagnostik</b> |  |   |  |
| AB 9.1                               | Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus                | 300 B-Modus-Sonographien der utero-plazento-fetalen Einheit<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>200 B-Modus-Sonographien der utero-plazento-fetalen Einheit   | 300 B-Modus-Sonographien der utero-plazento-fetalen Einheit  |
| AB 9.1a                              | Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie       | Anforderungen nach AB 9.1 und Nachweis einer erfolgreichen Prüfung gemäß Anlage VI  | Anforderungen nach AB 9.1 und Nachweis einer erfolgreichen Prüfung gemäß Anlage VI   |
| AB 9.2                               | Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus | Anforderungen nach AB 9.1<br>200 weiterführende differentialdiagnostische B-Modus-Sonographien bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder fetale Erkrankungen oder erhöhtes Risiko, davon 30 Fehlbildungen oder Entwicklungsstörungen  | Anforderungen nach AB 9.1<br>200 weiterführende differentialdiagnostische B-Modus-Sonographien bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder fetale Erkrankungen oder erhöhtes Risiko, davon 30 Fehlbildungen oder Entwicklungsstörungen   |
| <b>10. Bewegungsapparat</b>          |  |   |  |
| AB 10.1 <sup>2</sup>                 | Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüfte), B-Modus          | 200 B-Modus-Sonographien des Bewegungsapparats  | 400 B-Modus-Sonographien des Bewegungsapparats<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>200 B-Modus-Sonographien des Bewegungsapparats während einer 3-monatigen ständigen oder 18-monatigen begleitenden Tätigkeit   |
| AB 10.2                              | Säuglingshüfte, B-Modus                                  | 200 B-Modus-Sonographien der Säuglingshüfte   | 200 B-Modus-Sonographien der Säuglingshüfte  |
| <b>11. Venen</b>                     |  |   |  |
| AB 11.1                              | Venen der Extremitäten (B-Modus)                         | 200 B-Modus-Sonographien der Venen der Extremitäten<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>100 B-Modus-Sonographien der Venen der Extremitäten<br>Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach AB 20.8 oder AB 20.9 gilt die fachliche Befähigung für die Venen der Extremitäten mit dem B-Modus-Verfahren als nachgewiesen. | 200 B-Modus-Sonographien der Venen der Extremitäten<br>Bei Nachweis der Qualifikation im B-Modus-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>100 B-Modus-Sonographien der Venen der Extremitäten während einer 3-monatigen ständigen oder 18-monatigen begleitenden Tätigkeit<br>Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach AB 20.8 oder AB 20.9 gilt die fachliche Befähigung für die Venen der Extremitäten mit dem B-Modus-Verfahren als nachgewiesen. |

Anlage I: Anforderungen an die fachliche Befähigung nach § 4, § 5 und § 6

| <b>12. Haut und Subcutis</b> |   |   |   |
|------------------------------|---|---|---|
| AB 12.1                      | Haut, B-Modus                               | 100 B-Modus-Sonographien der Haut                   | 200 B-Modus-Sonographien der Haut                   |
| AB 12.2                      | Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus | 150 B-Modus-Sonographien der Haut und/oder Subcutis | 150 B-Modus-Sonographien der Haut und/oder Subcutis |

Anlage I: Anforderungen an die fachliche Befähigung nach § 4, § 5 und § 6

| <b>Doppler-Verfahren (CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Modus)</b> |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>Anwendungsbereich</b>                                       |  | <b>Anforderungen nach § 4</b>  | <b>Anforderungen nach § 5 und § 6</b>   |
| <b>20. Doppler - Gefäße</b>                                    |  |  |   |
| AB 20.1 <sup>2</sup>   | CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße         | 100 CW-Doppler-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße<br>Bei Nachweis der Qualifikation im CW-Doppler-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>50 CW-Doppler-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße                                      | 200 CW-Doppler-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße Bei Nachweis der Qualifikation im CW-Doppler-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>50 CW-Doppler-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße während einer 2-monatigen ständigen oder 12-monatigen begleitenden Tätigkeit   |
| AB 20.2 <sup>2</sup>   | CW-Doppler – extremitätenver- / entsorgende Gefäße         | 200 CW-Doppler-Sonographien der extremitätenver- und entsorgenden Gefäße, davon 100 Arterien und 100 Venen<br>Bei Nachweis der Qualifikation im CW-Doppler-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>100 CW-Doppler-Sonographien der extremitätenver- und entsorgenden Gefäße | 200 CW-Doppler-Sonographien der extremitätenver- und entsorgenden Gefäße, davon 100 Arterien und 100 Venen<br>Bei Nachweis der Qualifikation im CW-Doppler-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>100 CW-Doppler-Sonographien der extremitätenver- und entsorgenden Gefäße während einer 2-monatigen ständigen oder 12-monatigen begleitenden Tätigkeit |
| AB 20.3 <sup>2</sup>   | CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße                | 100 CW-Doppler-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäße<br>Bei Nachweis der Qualifikation im CW-Doppler-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>50 CW-Doppler-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäße  | 100 CW-Doppler-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäße<br>Bei Nachweis der Qualifikation im CW-Doppler-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>50 CW-Doppler-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäße während einer 2-monatigen ständigen oder 12-monatigen begleitenden Tätigkeit  |
| AB 20.4 <sup>2</sup>   | CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems | 200 CW- und/oder PW-Doppler-Sonographien der Gefäße des männlichen Genitalsystems<br>Bei Nachweis der Qualifikation in einem Doppler-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>100 CW- und/oder PW-Doppler-Sonographien der Gefäße des männlichen Genitalsystems              | 200 CW- und/oder PW-Doppler-Sonographien der Gefäße des männlichen Genitalsystems<br>Bei Nachweis der Qualifikation in einem Doppler-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>100 CW- und/oder PW-Doppler-Sonographien der Gefäße des männlichen Genitalsystems während einer 2-monatigen ständigen oder 12-monatigen begleitenden Tätigkeit              |
| AB 20.5 <sup>2</sup>   | PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße         | 100 PW-Doppler-Sonographien der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße<br>Bei Nachweis der Qualifikation im PW-Doppler-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>50 PW-Doppler-Sonographien der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße                                      | 200 PW-Doppler-Sonographien der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße<br>Bei Nachweis der Qualifikation im PW-Doppler-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>100 PW-Doppler-Sonographien der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße  |
| AB 20.6 <sup>2</sup>   | Duplex-Verfahren - extrakranielle hirnversorgende Gefäße   | 100 Duplex-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße<br>Bei Nachweis der Qualifikation im Duplex-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>50 Duplex-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden   | 200 Duplex-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße Bei Nachweis der Qualifikation im Duplex-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>50 Duplex-Untersuchungen der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße während einer 2-monatigen ständigen oder 12-monatigen begleitenden Tätigkeit   |

Anlage I: Anforderungen an die fachliche Befähigung nach § 4, § 5 und § 6

| Anwendungsbereich                             |  | Anforderungen nach § 4  | Anforderungen nach § 5 und § 6   |
|---|--|---|--|
|   |  | Gefäße  |  |
| AB 20.7 <sup>2</sup>                          | Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße   | 100 Duplex-Sonographien der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße<br>Bei Nachweis der Qualifikation im Duplex-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs<br>50 Duplex-Sonographien der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße  | Erfüllung der Voraussetzungen nach AB 20.5<br>100 Duplex-Sonographien der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße<br>Bei Nachweis der Qualifikation im Duplex-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs<br>50 Duplex-Sonographien der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße   |
| AB 20.8 <sup>2</sup>                          | Duplex-Verfahren – extremitätenversorgende / entsorgende Gefäße  | 100 Duplex-Sonographien der extremitätenversorgenden Gefäße<br>100 Duplex-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäße<br>Bei Nachweis der Qualifikation im Duplex-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs<br>50 Duplex-Sonographien der extremitätenversorgenden Gefäße<br>50 Duplex-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäße | 200 Duplex-Sonographien der extremitätenversorgenden Gefäße<br>200 Duplex-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäße<br>Bei Nachweis der Qualifikation im Duplex-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs oder bei Erfüllung der Voraussetzungen nach AB 20.2:<br>50 Duplex-Sonographien der extremitätenversorgenden Gefäße<br>50 Duplex-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäße |
| AB 20.9 <sup>2</sup>                          | Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße  | 100 Duplex-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäße<br>Bei Nachweis der Qualifikation im Duplex-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>50 Duplex-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäße   | 100 Duplex-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäßen<br>Bei Nachweis der Qualifikation im Duplex-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs oder bei Erfüllung der Voraussetzungen nach AB 20.3:<br>50 Duplex-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäße   |
| AB 20.10 <sup>2</sup>                         | Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum                           | 100 Duplex-Sonographien der abdominellen und retroperitonealen Gefäße sowie des Mediastinums  | Erfüllung der Voraussetzungen nach AB 7.1 oder AB 7.4<br>200 Duplex-Sonographien der abdominellen und retroperitonealen Gefäße sowie des Mediastinums  |
| AB 20.11 <sup>2</sup>                         | Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems  | 200 Duplex-Sonographien der Gefäße des weiblichen Genitalsystems<br>Bei Nachweis der Qualifikation im Duplex-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>100 Duplex-Sonographien der Gefäße des weiblichen Genitalsystems  | Erfüllung der Voraussetzungen nach AB 8.3<br>200 Duplex-Sonographien der Gefäße des weiblichen Genitalsystems<br>Bei Nachweis der Qualifikation im Duplex-Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:<br>100 Duplex-Sonographien der Gefäße des weiblichen Genitalsystems während einer 2-monatigen ständigen oder 12-monatigen begleitenden Tätigkeit   |
| <b>21. Doppler – Herz und herznahe Gefäße</b> |  |   |  |
| AB 21.1                                       | Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal                    | Anforderungen nach AB 4.1<br>100 Doppler-Echokardiographien (einschl. Duplex)   | Anforderungen nach AB 4.1<br>200 Doppler-Echokardiographien (einschl. Duplex)  |
| AB 21.2                                       | Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal                 | Anforderungen nach AB 4.2<br>50 transkavitäre Doppler-Echokardiographien (einschl. Duplex)  | Anforderungen nach AB 4.2<br>50 transkavitäre Doppler-Echokardiographien (einschl. Duplex)   |
| AB 21.3                                       | Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, | Anforderungen nach AB 4.3<br>500 Doppler-Echokardiographien (einschl. Duplex) bei Neugebo-  | Anforderungen nach AB 4.3<br>500 Doppler-Echokardiographien (einschl. Duplex) bei Neugeborenen, Säuglin-   |



Anlage I: Anforderungen an die fachliche Befähigung nach § 4, § 5 und § 6

| Anwendungsbereich                               |   | Anforderungen nach § 4  | Anforderungen nach § 5 und § 6  |
|---|---|---|---|
|   | transthorakal   | renen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen  | gen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen  |
| AB 21.4   | Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal | Anforderungen nach AB 4.4<br>25 transkavitäre Doppler-Echokardiographien (einschl. Duplex) bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen  | Anforderungen nach AB 4.4<br>25 transkavitäre Doppler-Echokardiographien (einschl. Duplex) bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen  |
| <b>22. Doppler - Schwangerschaftsdiagnostik</b> |   |   |   |
| AB 22.1   | Duplex-Verfahren – Fetales kardiovaskuläres System  | Anforderungen nach AB 9.2<br>100 Duplex-Sonographien des fetalen kardiovaskulären Systems, davon mindestens 5 pathologische Fälle   | Anforderungen nach AB 9.2<br>100 Duplex-Sonographien des fetalen kardiovaskulären Systems, davon mindestens 5 pathologische Fälle   |
| AB 22.2   | Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem  | 100 Duplex-Sonographien des feto-maternalen Gefäßsystems, davon mindestens 5 pathologische Fälle  | 100 Duplex-Sonographien des feto-maternalen Gefäßsystems, davon mindestens 5 pathologische Fälle  |
| <b>23. Doppler – Nerven und Muskeln</b>         |   |   |   |
| AB 23.1   | Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße   | 200 Sonographien des zentralen und peripheren Nervensystems und der Muskulatur;<br>Nachgewiesene Handlungskompetenz in Duplex-Verfahren der Nerven und Muskeln<br>Nachgewiesene Handlungskompetenz in elektroneurographischen und elektromyographischen Untersuchungen<br><u>Bei Nachweis der Qualifikation im Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:</u> 150 Sonographien des zentralen und peripheren Nervensystems und der Muskulatur;<br>Nachgewiesene Handlungskompetenz in Duplex-Verfahren der Nerven und Muskeln<br>Nachgewiesene Handlungskompetenz in elektroneurographischen und elektromyographischen Untersuchungen | 200 Sonographien des zentralen und peripheren Nervensystems und der Muskulatur;<br>Nachgewiesene Handlungskompetenz in Duplex-Verfahren der Nerven und Muskeln<br>Nachgewiesene Handlungskompetenz in elektroneurographischen und elektromyographischen Untersuchungen<br><u>Bei Nachweis der Qualifikation im Verfahren eines anderen Anwendungsbereichs:</u> 150 Sonographien des zentralen und peripheren Nervensystems und der Muskulatur;<br>Nachgewiesene Handlungskompetenz in Duplex-Verfahren der Nerven und Muskeln<br>Nachgewiesene Handlungskompetenz in elektroneurographischen und elektromyographischen Untersuchungen |

Hinweise:

1. Sofern in Spalte 4 bei Nachweis einer Qualifikation in einem anderen Anwendungsbereich reduzierte Zahlen vorgesehen sind, gelten diese unter der Bedingung, dass sie während einer ständigen oder begleitenden Tätigkeit erbracht werden. Die Tätigkeit muss sich mindestens über den jeweils angegebenen Zeitraum erstrecken und in einem Fachgebiet erfolgen, dessen Kerngebiet den jeweiligen Anwendungsbereich bzw. das jeweilige Organ / die jeweilige Körperregion umfasst. Wird die Qualifikation über Ultraschall-Kurse nach § 6 erworben, ist der alleinige Nachweis der Fallzahlen ausreichend.
2. Die EBM-Ziffer 33081 bildet keinen eigenen Anwendungsbereich. Zur Erlangung der Genehmigung ist die Erfüllung der Genehmigungsvoraussetzungen für einen anderen Anwendungsbereich im B-Modus nachzuweisen.

**Anlage II: Anforderungen an die fachliche Befähigung nach § 6 (Ultraschallkurse)**

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

| Anwendungsbereiche  | Grundkurs               |   | Aufbaukurs  |   | Abschlusskurs  |
|---|-------------------------|---|---|---|--|
|   | Unterrichts-<br>stunden | an mindes-<br>tens aufei-<br>nander fol-<br>genden Ta-<br>gen | Unterrichts-<br>stunden   | an mindes-<br>tens aufei-<br>nander fol-<br>genden Ta-<br>gen | Unterrichtsstunden   |
| <i>Für die AB 3.3 (Schilddrüse), 5 (Thorax, ohne Herz) und 7 (Abdomen und Retroperitoneum, einschl. Nieren) kann der Grundkurs interdisziplinär durchgeführt werden.</i>  | 30                      | 4   | <i>Aufbau- und Abschlusskurse sind auf den jeweili-<br/>gen Anwendungsbereich zu beziehen</i> |   |  |
| <b>1 Gehirn</b><br>AB 1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle  | 16                      | 2   | 16  | 2   | 12   |
| <b>2 Auge</b><br>AB 2.1 Gesamte Diagnostik des Auges<br>AB 2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke  | 18<br>10                | 3<br>2  | 18<br>10  | 3<br>2  | 12<br>6  |
| <b>3 Kopf und Hals</b><br>AB 3.1 / 3.2 Nasennebenhöhlen sowie Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüsen)<br>AB 3.3 Schilddrüse  | 16<br>16                | 2<br>2  | 16<br>8   | 2<br>1  | 12<br>8  |
| <b>4 Herz und herznahe Gefäße</b><br>AB 4.1 / 4.2 / 21.1 / 21.2 Echokardiographie / Dopplerechokardiographie (Jugendliche, Erwachsene)<br>AB 4.3 / 4.4 / 21.3 / 21.4 Echokardiographie / Dopplerechokardiographie (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche)<br>AB 4.5 Belastungsechokardiographie (Jugendliche, Erwachsene)<br>AB 4.6 Belastungsechokardiographie (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche) | 30<br>30<br>--<br>--    | 4<br>4<br>--<br>--  | 30<br>30  | 4<br>4  | 30<br>30<br>16 Unterrichtsstunden<br>16 Unterrichtsstunden |
| <b>5 / 7 Thorax (ohne Herz) / Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)</b><br>AB 5.1 / 5.2 / 7.1 / 7.2 / 7.3 (Jugendliche, Erwachsene)<br>AB 5.1 / 5.2 / 7.2 / 7.3 / 7.4 (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche)  | 24<br>24                | 3<br>3  | 24<br>24  | 3<br>3  | 16<br>16   |

Anlage II: Anforderungen an die fachliche Befähigung nach § 6 (Ultraschallkurse)

| Anwendungsbereiche                  |   |                    | Grundkurs               |   | Aufbaukurs              |   | Abschlusskurs      |
|-------------------------------------|---|--------------------|-------------------------|---|-------------------------|---|--------------------|
|                                     |   |                    | Unterrichts-<br>stunden | an mindes-<br>tens aufei-<br>nander fol-<br>genden Ta-<br>gen | Unterrichts-<br>stunden | an mindes-<br>tens aufei-<br>nander fol-<br>genden Ta-<br>gen | Unterrichtsstunden |
| <b>6 Brustdrüse</b>                 |   |                    |                         |   |                         |   |                    |
| AB 6.1                              | Brustdrüse  | 16                 | 2                       | 16  | 2                       |   | 12                 |
| <b>8 Uro-Genitalorgane</b>          |   |                    |                         |   |                         |   |                    |
| AB 8.1 / 8.2                        | Uro-Genitalorgane                                   | 24                 | 3                       | 24  | 3                       |   | 16                 |
| AB 8.3                              | Weibliche Genitalorgane                             | 24                 | 3                       | 24  | 3                       |   | 16                 |
| <b>9 Schwangerschaftsdiagnostik</b> |   |                    |                         |   |                         |   |                    |
| AB 9.1                              | Geburtshilfliche Basisdiagnostik                    | 24                 | 3                       | 24  | 3                       |   | 16                 |
| AB 9.2                              | Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten     | 24                 | 3                       | 24  | 3                       |   | 16                 |
| <b>10 Bewegungsapparat</b>          |   |                    |                         |   |                         |   |                    |
| AB 10.1                             | Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüfte)              | 24                 | 3                       | 24  | 3                       |   | 16                 |
| AB 10.2                             | Säuglingshüfte                                      | 16                 | 2                       | 16  | 2                       |   | 12                 |
| <b>11 Venen</b>                     |   |                    |                         |   |                         |   |                    |
| AB 11.1                             | Venen der Extremitäten, einschl. CW-Doppler, Duplex | s. Gefäßdiagnostik |                         | 18  | 3                       |   | 12                 |
| <b>12 Haut und Subcutis</b>         |   |                    |                         |   |                         |   |                    |
| AB 12.1 / 12.2                      | Haut und Subcutis (einschl. subkutaner Lymphknoten) | 16                 | 2                       | 16  | 2                       |   | 8                  |

Hinweis: Bei Grund- und Aufbaukursen können 3- und 4-Tageskurse in 2 Blöcke aufgeteilt werden. Abschlusskurse können als zusammenhängender Kurs oder in einzelnen Modulen durchgeführt werden

| <b>Doppler-Verfahren (CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Modus)</b>   |  |   |  |   |                      |
|--|--|---|--|---|----------------------|
| <b>Anwendungsbereiche</b>  | <b>Grundkurs</b>   |   | <b>Aufbaukurs</b>  |   | <b>Abschlusskurs</b> |
|  | Unterrichts-<br>stunden  | an mindes-<br>tens aufei-<br>nander fol-<br>genden Ta-<br>gen | Unterrichts-<br>stunden  | an mindes-<br>tens aufei-<br>nander fol-<br>genden Ta-<br>gen | Unterrichtsstunden   |
| <i>In der gesamten <b>Gefäßdiagnostik</b> (AB 11, 20, 22) muss der Grundkurs interdisziplinär durchge-<br/>führt werden.</i>   | 24                      3                                      |   | <i>Aufbau- und Abschlusskurs sind auf den jeweili-<br/>gen Anwendungsbereich zu beziehen</i> |   |                      |
| <b>20 Doppler – Gefäße</b>   |  |   |  |   |                      |
| AB 20.1 / 20.6                      CW-Doppler / Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgen-<br>de Gefäße   | s. Gefäßdiagnostik   |   | 16   | 2   | 12                   |
| AB 20.2 / 20.3 / 20.8 / 20.9 CW-Doppler / Duplex-Verfahren – extremitätenver- und entsor-<br>- gende Gefäße  | s. Gefäßdiagnostik   |   | 16   | 2   | 12                   |
| AB 20.4                      CW- / PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems   | s. Gefäßdiagnostik   |   | 8  | 1   | 8                    |
| AB 20.5 / 20.7                      PW-Doppler / Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende<br>Gefäße<br><i>Zusätzlich Erfüllung der Voraussetzungen nach Anwendungsbe-<br/>reich 20.1 / 20.6</i> | s. Gefäßdiagnostik   |   | 12   | 2   | 12                   |
| AB 20.10                      Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße<br>sowie Mediastinum  | s. Gefäßdiagnostik   |   | 16   | 2   | 12                   |
| AB 20.11                      Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems  | s. Gefäßdiagnostik   |   | 16   | 2   | 12                   |
| Alternativ zu AB 20.1, 20.5, 20.6 und 20.7:<br>Intrakranielle und extrakranielle hirnversorgende Gefäße – Kombinerter Ultraschallkurs  | s. Gefäßdiagnostik   |   | 24   | 3   | 24                   |
| <b>22 Doppler – Schwangerschaftsdiagnostik</b>   |  |   |  |   |                      |
| AB 22.1                      Doppler-/ Duplex-Verfahren – Fetales kardiovaskuläres System  | s. Gefäßdiagnostik   |   | 20   | 3   | 16                   |
| AB 22.2                      Doppler-/ Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem  | s. Gefäßdiagnostik   |   | 20   | 3   | 16                   |
| <b>23 Nerven und Muskeln</b>   |  |   |  |   |                      |
| AB 23.1                      Nerven und Muskeln  | 8                      1<br>Interdisziplinärer Kurs<br>möglich |   | 16   |   | 8                    |

Hinweis: Bei Grund- und Aufbaukursen können 3- und 4-Tageskurse in 2 Blöcke aufgeteilt werden. Abschlusskurse können als zusammenhängender Kurs oder in einzelnen Modulen durchgeführt werden

Zusammenhängender Kurs oder in einzelnen Modulen durchgeführt werden