

# Vakuumbiopsie

## Checkliste I\*:

Name, Vorname (ausführender Arzt): \_\_\_\_\_

### Alt. 1: gemäß § 4a Absatz 1 Satz 4 ASV-RL

entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust

Erfüllung der Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der **kurativen Mammographie** entsprechend der Mammographie-Vereinbarung entsprechend § 135 Abs. 2 SGB V (Checkliste Mammographie)

oder

Genehmigung für den Versorgungsauftrag entsprechend § 4 Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV oder Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Biopsie unter Röntgenkontrolle entsprechend § 27 Abs. 3 Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV

und

Nachweis über die **selbstständige Indikationsstellung und Durchführung von 25 Stanzbiopsien** unter Ultraschallkontrolle und von **25 Vakuumbiopsien** unter Anleitung\*\* eines nach der Weiterbildungsordnung für die Weiterbildung für den Bereich Mammadiagnostik im Gebiet der Radiologie oder im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe befugten Arztes, welcher über eine Genehmigung nach dieser Vereinbarung verfügt, innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragstellung

### Anforderungen an die apparative Ausstattung

Es gelten die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach Abschnitt B, § 4 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechend § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie:

Mammographieeinrichtung, deren stereotaktische Bildgebung ein unmittelbar verfügbares digitales Bild liefert

technikgestützte Nadelführung

Vakuumbiopsiesystem

Vakuumbiopsienadeln mit Nadeldicken von 11 G oder dicker sowie passende Mikroclips

Notfallmedikamente, Möglichkeiten zu Infusions- und Schockbehandlungen, Reanimation und manueller Beatmung

Möglichkeiten der Patientennachbetreuung über mindestens 30 Minuten

\*Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

\*\* Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt „unter Anleitung“.

## Laufende Anforderungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

- Anforderungen an die Indikationsstellung (§ 5 Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust)
- Anforderungen zur Durchführung der Vakuumbiopsie (§ 6 Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust)
- Anforderungen an die ärztliche Dokumentation (§ 7 Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust)
- Anforderungen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung (§ 8 Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust)

## Alt. 2: gemäß § 4a Absatz 3 c) ASV-RL

Weiterbildungsermächtigung

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Name, Vorname (ausführender Arzt): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Anzeigsteller): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# Vakuumbiopsie

## Checkliste II\*:

Name der Institution: \_\_\_\_\_

### gemäß § 4a Absatz 4 ASV-RL

zugelassene Weiterbildungsstätte

oder

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_  
(Verantwortlicher Leiter)

\* nur bei institutioneller Benennung

## Gerätemeldung Vakuumbiopsie

<b>Name, Vorname</b>	<b>LANR*:</b>
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

<b>Standort des Vakuumbiopsie-Gerätes:</b>	_____
	_____
_____	_____
<b>BSNR/NBSNR/IK:</b>	_____

### Gewährleistungserklärung

(vom Hersteller-/Vertriebsfirma bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses auszufüllen)

**Die folgenden Mindestanforderungen entsprechend § 4 Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust werden erfüllt:**

- Röntgeneinrichtung, deren stereotaktische Bildgebung ein unmittelbar verfügbares digitales Bild liefert
- technikgestützte Nadelführung
- Vakuumbiopsiesystem
- Vakuumnadeln mit Nadeldicken von 11G oder dicker, sowie passende Mikroclips

Das verwendete Gerät erfüllt die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der zugehörigen einschlägigen Bestimmungen.

Typ:..... Identifikation/Anl. Nr.: .....

Hersteller: .....

Baujahr: .....

Die vorgenannte Anlage ist übergeben / betriebsfertig ab: .....

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertriebsfirma bzw. Unterschrift des Leitenden Medizintechnikers des Krankenhauses
Telefonnummer	Ansprechpartner

\* gilt für niedergelassene, angestellte, ermächtigte Ärzte