AG Herz- und Gefäßdiagnostik
in der Deutschen Röntgengesellschaft

Antrag auf Zertifizierung als DRG-Zentrum / DRG-Schwerpunktzentrum für kardiovaskuläre Bildgebung

im Rahmen des Zertifizierungssystems der AG Herz- und Gefäßdiagnostik der Deutschen Röntgengesellschaft e.V.

(Stand: 14.02.2019)

Bitte schicken Sie den Antrag mit den erforderlichen Nachweisen an:

Vorstand der AG Herz- und Gefäßdiagnostik, c/o Deutsche Röntgengesellschaft, Ernst-Reuter-Platz 10, 10587 Berlin

A. ANGABEN ZUM HAUPTANTRAGSTELLER (Radiologischer Leiter des Zentrums/Schwerpunktzentrums):

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Mitgliedschaft: DRG ☐ AG Herz-und Gefäßdiagnostik ☐ Geschäftsstelle: □ geprüft

Dienstanschrift:

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

B. ART DES ANTRAGS

☐ **DRG-Zentrum für kardiovaskuläre Bildgebung**

☐ **DRG-Schwerpunktzentrum für kardiovaskuläre Bildgebung**

C. NACHWEISE:

I. Zielsetzung

Bitte beschreiben Sie auf dem **Beiblatt "Zielsetzung"**, welche Ziele das (Schwerpunkt-) Zentrum verfolgt und wie diese erreicht werden sollen. Geschäftsstelle: □ Beiblatt liegt vor

II. Untersuchungszahlen:

Dokumentation von kardiovaskulären Mindest-Untersuchungszahlen pro Jahr der zu zertifizieren- den Institution. Relevant sind die dokumentierten Zahlen aus einem 12-monatigen Zeitraum, der bei Antragstellung nicht länger als zwei Jahre zurückliegt.

Gesamtzahl aller Kardio-CT/MRT-Untersuchungen_____in _____
(mindestens 300 für ein Zentrum und 500 für ein Schwerpunktzentrum)

davon Zahl der CT-Untersuchungen:_____in _____
(mindestens 50 für ein Zentrum und 150 für ein Schwerpunktzentrum)

davon Zahl der MRT-Untersuchungen:_____in _____
(mindestens 50 für ein Zentrum und 150 für ein Schwerpunktzentrum)

Nachweis durch Ausdruck aus dem MR/CT-Registry der ESCR (www.mrct-registry.org) aus dem relevanten Jahr. Geschäftsstelle: □ Nachweis liegt vor

III. Personelle Ausstattung

Hinweis: Die Zertifizierung als (Schwerpunkt-) Zentrum ist an den Hauptantragsteller und die Institution gebunden. Verlässt der Hauptantragsteller die Einrichtung, muss die Zertifizierung erneut beantragt werden.

(a) Zentrum für kardiovaskuläre Bildgebung

Mindestens zwei Q2-zertifizierte Radiologen (bitte in die Liste unten eintragen). Der Hauptantragsteller muss über eine Q2-Zertifizierung für Herz-CT und Herz-MRT verfügen. Mindestens ein weiterer Q2-zertifizierter Radiologe sollte möglichst ebenfalls in beiden Modalitäten zertifiziert sein.

Im Rahmen einer Übergangsregelung bis zum 31.12.2019 ist es möglich, ein Zentrum für kardiovaskuläre Bildgebung mit einem für Herz-CT und Herz-MRT Q2-zertifizierten Radiologen zu betreiben, falls das Zentrum (1) einen Q1-zertifizierten Radiologen aufweist und sich (2) mit einem Schwerpunktzentrum assoziiert , wobei die Möglichkeit des regelmäßigen und strukturierten Austausches bezüglich einer Zweitmeinung („Second-Opinion“) gewährleistet sein muss (bitte ggf. über die Liste unten nachweisen).

(b) Schwerpunktzentrum für kardiovaskuläre Bildgebung

Mindestens ein Q3-zertifizierter Radiologe, ein Q2-zertifizierter Radiologe und ein weiterer auf dem Gebiet der kardiovaskulären Bildgebung zertifizierter Arzt. Der Hauptantragsteller muss über eine Q3-Zertifizierung für Herz-CT und Herz-MRT verfügen. Mindestens ein weiterer Q2-zertifizierter Radiologe sollte möglichst ebenfalls in beiden Modalitäten zertifiziert sein.

1. Titel, Vorname, Name: _____

Q-Status: _____ **Unterschrift:** _____

Geschäftsstelle: □ geprüft

2. Titel, Vorname, Name: _____

Q-Status: _____ **Unterschrift:** _____

Geschäftsstelle: □ geprüft

3. Titel, Vorname, Name: _____

Q-Status: _____ **Unterschrift:** _____

Geschäftsstelle: □ geprüft

Bei Beantragung eines Zentrums nach Übergangsregelung (s.o.)

Assoziiertes Schwerpunktzentrum: _____

Leiter des Schwerpunktzentrums: _____

Unterschrift des Leiters des Schwerpunktzentrums: _____

Geschäftsstelle: □ geprüft

V. Beteiligte Fachdisziplinen

Nachzuweisen ist eine Zusammenarbeit mit mindestens zwei klinischen Partnern aus mindestens einer der folgenden Fachdisziplinen, darunter mindestens ein Partner aus einer kardiovaskulären Fachdisziplin:

Kardiovaskuläre Fachdisziplinen:

- ☐ Kardiologie
- ☐ Herzchirurgie
- ☐ Kinderradiologie
- ☐ Gefäßchirurgie
- ☐ Angiologie

Weitere Fachdisziplinen:

- ☐ Nuklearmedizin
- ☐ Innere Medizin
- ☐ Allgemeinmedizin

Bitte nutzen Sie das Beiblatt "Kooperationspartner", um die Zusammenarbeit zu belegen. Reichen Sie bitte pro Kooperationspartner ein Beiblatt ein.

Geschäftsstelle: ☐ Beiblatt liegt vor

V. Apparative Ausstattung

Bitte beschreiben Sie hier die Geräte- und Softwareausstattung Ihrer Institution, mit der Sie kardiale Bildgebung durchführen. Bitte geben Sie Scanner-Typ, Spezifikationen und Softwareversion an.

Computertomografie

CT ≥ 64 Schichten, Rotationszeit ≤ 0,5 s mit komplettem Kardioscanprotoll für EKG-Triggerung und Auswertesoftware für die Koronar-CT (sowohl Scanner- als auch Auswertesoftwarereleaseangabe bei Antragsstellung) (geeignete Scanner mit < 64 Schichten können nach individueller Prüfung akzeptiert werden)

CT-Scanner 1 _____

CT-Scanner 2 _____

Auswertesoftware _____

☐ externe Workstation vorhanden, welche _____

Magnetresonanztomografie

≥ 1,5 Tesla mit kompletten kardialen Sequenzen und Auswertetools für Funktion, Vitalität, Perfusion und Flussmessung (geeignete Scanner mit ≥ 1,0 T können nach individueller Prüfung akzeptiert werden)

MRT- Scanner 1 _____

MRT- Scanner 2 _____

Auswertesoftware: _____

☐ externe Workstation vorhanden, welche _____

☐ Notfallausrüstung inklusive Defibrillator vorhanden

VI. Weiterbildungsermächtigung, Fortbildungen, Qualitätssicherung

(a) Weiter- und Fortbildung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Teil- oder vollständige Weiterbildungsermächtigung für Radiologie **(bitte Kopie beifügen)**

☐ strukturierte interne und/oder externe Fortbildungsmaßnahmen auf dem Gebiet der kardiovaskulären Bildgebung

Bitte beschreiben Sie hier kurz das Fortbildungskonzept Ihres Zentrums auf diesem Gebiet:

_____

_____

_____

Geschäftsstelle: □ Nachweise liegen vor

(b) Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Zutreffendes bitte ankreuzen, Nachweis auf Beiblatt "Kooperationspartner")

☐ Regelmäßige interdisziplinäre Konferenzen (u.a. Mortalitäts- und

☐ Morbiditätskonferenzen) Häufigkeit der Konferenzen: _____

☐ Termin der letzten Konferenz: _____

und/oder

☐ Interdisziplinäre Routinebefundung

und/oder

☐ Kardiologe mit Katheterlabor als Kooperationspartner zur Abklärung auffälliger Befunde und zur Therapie **(Nachweis auf Beiblatt "Kooperationspartner")**

und/oder

☐ Anbindung an eine Chest Pain Unit der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie e.V. (DGK) **(Nachweis auf Beiblatt "Kooperationspartner")**

Geschäftsstelle: □ Nachweise liegen vor

(c) Reanimation (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Regelmäßige dokumentierte Schulung des Personals in kardiopulmonaler Reanimation

☐ Häufigkeit der Schulungen: _____

☐ Termin der letzten Schulung: _____

und/oder

☐ Anbindung an Anästhesie/Reanimationsteam im Haus **(Nachweis auf Beiblatt "Kooperationspartner")** Geschäftsstelle: □ Nachweise liegen vor

(d) SOPs / Leitlinien

☐ Angabe über Verwendung eigener SOPs und/oder Rückgriff auf Leitlinien der Fachgesellschaften bei der Indikationsstellung

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass sich Ihr Zentrum an die aktuellen Leitlinien der DRG bei der Indikationsstellung hält:

_____

Datum und Unterschrift des Hauptantragstellers

Optional können Sie weitere SOPs beifügen.

(e) Dokumentation der Untersuchungen

Die durchgeführten kardialen CT- und MRT-Untersuchungen werden im MR/CT-Registry der ESCR unter https://www.mrct-registry.org dokumentiert.

Geschäftsstelle: □ geprüft

AG Herz- und Gefäßdiagnostik
in der Deutschen Röntgengesellschaft

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Alle erforderlichen Nachweise habe ich beigelegt.

Mir ist bewusst:

1) dass die nachzuweisenden Mindestanforderungen bezüglich der Untersuchungszahlen im MR/CT-Registry der European Society of Cardiac Radiology (ESCR) dokumentiert werden müssen und zur allgemeinen Qualitätskontrolle können hieraus zufällig ausgewählte Untersuchungen vom Zertifizierungsausschuss der AG Herz- und Gefäßdiagnostik der DRG angefordert werden
2) dass die von mir eingereichten Antragsunterlagen zur Bearbeitung an Gutachter der DRG weitergeleitet werden
   Ich stimme der Weiterleitung in Form eines unverschlüsselten Email-Anhangs zu, diese Zustimmung kann ich jederzeit per Email an office@drg.de widerrufen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Zertifizierung durch die AG Herz- und Gefäßdiagnostik der DRG befristet auf 5 Jahre erfolgt. Frühestens 6 Monate vor Ablauf dieser Frist kann bei der Geschäftsstelle der DRG eine Re-zertifizierung für weitere 5 Jahre beantragt werden.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass für die Zertifizierung von Zentren eine Zertifizierungsgebühr in Höhe von 500 Euro zzgl. 19% MwSt. bzw. von Schwerpunktzentren eine Zertifizierungsgebühr in Höhe von 1.000 Euro zzgl. 19% MwSt. erhoben wird. Die Bearbeitungsgebühr wird unmittelbar nach Antragseingang in Rechnung gestellt.

_____

Ort und Datum

_____

Stempel und Unterschrift des Hauptantragstellers