



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: 27.05.2015)

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 zertifizierenden 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 auf 5 Jahre befristeten Übergangsregelung 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 (für Schwerpunktzentren mit Interventioneller Abteilung)
- Herzchirurgie
- Kinderkardiologie
- 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 \geq 64 Schichten, Rotationszeit \leq 0,5 s mit komplettem Kardioscanprotoll für EKG-Triggerung und Auswertesoftware für die Koronar-CT (sowohl Scanner- als auch Auswertesoftware releaseangabe 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. Weiterbildungermächtigung, Fortbildungen, Qualitätssicherung

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

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

strukturierte interne und/oder externe Fortbildungsmaßnahmen auf dem Gebiet der kardi-
ovaskulären 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



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

und/oder

Anbindung an ein 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:

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



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

Mir ist bewusst, dass die nachzuweisenden Mindestanforderungen bezüglich der Untersuchungszahlen im MRCT-Registry der European Society of Cardiac Radiology (ESCR) dokumentiert werden müssen. Zur allgemeinen Qualitätskontrolle können hieraus zufällig ausgewählte Untersuchungen vom Zertifizierungsausschuss der AG Herz- und Gefäßdiagnostik der DRG angefordert werden.

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 Rezertifizierung für weitere 5 Jahre beantragt werden.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass für die Zertifizierung von Zentren eine Zertifizierungsgebühr in Höhe von 300 Euro zzgl. 19% MwSt. bzw. von Schwerpunktzentren eine Zertifizierungsgebühr in Höhe von 500 Euro zzgl. 19% MwSt. erhoben wird.

Für Anträge, die bis zum 30.04.2015 bei der Geschäftsstelle der DRG eingehen, werden keine Gebühren erhoben.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Hauptantragstellers