



Hinweise:

- Ihr Antrag auf Zertifizierung als DeGIR-Zentrum kann nur bearbeitet werden, wenn Sie Mitglied der DRG und der DeGIR sind.
- Ein klinischer Schwerpunkt Ihrer Einrichtung muss die Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie sein
- Bitte senden Sie Ihren Antrag inkl. Nachweise als PDF an: zertifizierung@drq.de

Antrag auf Zertifizierung als DeGIR-Zentrum für Niere und Bluthochdruck

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Mitgliedschaft DRG DeGIR

intern: liegt vor

Dienstanschrift:

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

I. NACHWEISE:

a) Fachliche Ausrichtung

Die Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen - insbesondere der Renovaskulären Hypertonie – ist ein Schwerpunkt unserer Einrichtung.

b) Personelle Ausstattung (Kopien beifügen)

Unsere Einrichtung wird von einem Facharzt oder einer Fachärztin für Radiologie geleitet.

Facharztanerkennung Radiologie am _____

intern: liegt vor

In unserer Klinik ist folgende Fachärztin bzw. folgender Facharzt für Radiologie tätig, die bzw. der über eine DeGIR-Stufe-2-Zertifizierung in den Modulen AB verfügt:

intern: liegt vor

Unsere Einrichtung besitzt die volle oder teilweise Weiterbildungsbefugnis für das Fach Radiologie.

Weiterbildungsbefugnis Radiologie erworben am _____

intern: liegt vor

c) Apparative und klinische Ausstattung

Wir erfüllen die folgenden Anforderungen:

24/7-Verfügbarkeit der Radiologie für Diagnostik und Therapie

Dialyseeinheit im Zentrum (sofern dialysepflichtige Patienten behandelt werden)

Dialyseeinheit in einer kooperierenden Einrichtung (sofern dialysepflichtige Patienten behandelt werden)

Kooperationspartner:

Labormedizin mit 24/7-Verfügbarkeit im Zentrum

Labormedizin mit 24/7-Verfügbarkeit in einer kooperierenden Einrichtung

Kooperationspartner:

Langzeitblutdruckmessung im Zentrum

Langzeitblutdruckmessung in einer kooperierenden Einrichtung

Kooperationspartner:

d) Durchgeführte Interventionen

Nachweis von mindestens 25 gefäßbasierten Eingriffen an den Nieren und Nebennieren pro Jahr und/oder 15 renalen Denervationen

Während einer Übergangsphase bis zum 31.12.2024 können 50% der Eingriffe durch Hospitationen oder Simulatortraining nachgewiesen werden.

Nachweis durch Leistungsstatistik in Anlage 1

intern: liegt vor

e) DeGIR-Qualitätssicherungsregister

Unsere Institution nimmt an der QS-Dokumentation der DeGIR teil.

intern: liegt vor

f) Ausbildung in Interventioneller Radiologie

Unsere Einrichtung erklärt sich bereit, an der Ausbildung von Nachwuchskräften mitzuwirken (ggf. im Rahmen von Hospitationen).

g) Interdisziplinäre Zusammenarbeit

In unserer Einrichtung liegen leitliniengerechte Behandlungspfade für therapieresistente Hypertonie, hypertensive Entgleisung/Notfall, primärer Hyperaldosteronismus, Nierenarterienstenose (NASt), Phäochromozytom, kontrastmittelinduzierte Nephropathie vor.

Wir kooperieren mit folgenden Fachrichtungen:

Intensivmedizinische Notfallversorgung Gefäßchirurgie Nephrologie
Hypertensiologie zertifiziertes Hochdruckzentrum Endokrinologie

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass für die Zertifizierung als DeGIR- bzw. DeGIR-/DGNR-Zentrum eine Zertifizierungsgebühr in Höhe von 500,00 Euro (zzgl. aktuell geltender gesetzlicher MwSt.) erhoben wird. Die Gebühr wird unmittelbar nach Antragseingang in Rechnung gestellt. Für die Erweiterung einer bestehenden Zentrumszertifizierung wird eine Gebühr in Höhe von 250,00 Euro (zzgl. aktuell geltender gesetzlicher MwSt.) erhoben.

Ich nehme auch zur Kenntnis, dass die Zertifizierung als DeGIR- bzw. DeGIR-/DGNR-Zentrum befristet auf 5 Jahre erfolgt. Die Re-Zertifizierung erfolgt ohne erneute Antragstellung. Für die Bearbeitung der Re-Zertifizierung fällt eine Gebühr in Höhe von 250,00 Euro an.

Datenschutzhinweis: Die Angaben in diesem Zertifizierungsantrag werden gemäß DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. b zur Zentrumszertifizierung erhoben, gespeichert und verarbeitet. Für die Bearbeitung Ihres Antrages werden Ihre Daten an Gutachter:innen der DRG weitergegeben. Weitere Informationen können Sie unserer Datenschutzerklärung entnehmen: <https://degir.de/datenschutz/>

Ich bin damit einverstanden, dass das DeGIR- bzw. DeGIR-/DGNR-Zentrum nach erfolgter Zertifizierung auf der Webseite der Deutschen Gesellschaft für interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie genannt wird (Klinik/Abteilung bzw. Praxis, Module, Straße, PLZ, Ort).

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller:in

Klinikstempel

Leistungsstatistik des Instituts/der Abteilung:

des vollen Kalenderjahres _____

Modul A. Gefäßöffnende Verfahren **gesamt** _____

Lyse _____

PTA _____

Stent _____

Endoprothesen _____

Thrombektomie _____

Modul B. Gefäßverschießende Verfahren **gesamt** _____

Coils _____

Flüssigembolisate _____

Partikel _____

Plugs _____

Modul C. Diagnostische Punktionen **gesamt** _____

Renale Denervation _____

Nebennieren Venen-Sampling _____

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller:in

Klinikstempel