



Antrag auf Erlangung der Qualifizierungsstufe Q2 Spezialzertifizierung mpMRT Prostata

im Rahmen des Zusatzqualifizierungsprogramms der AG Uroradiologie und
Urogenitaldiagnostik der DRG

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag mit allen Nachweisen als eine PDF-Datei
in der richtigen Reihenfolge an: zertifizierung@drg.de

ANGABEN ANTRAGSTELLER/-IN:

Titel: _____ Vorname: _____

Nachname: _____

Facharzt/-ärztin/Oberarzt/-ärztin Chefarzt/-ärztin/Institutsleiter/-in

DRG-Mitglied DRG-Mitglieds-Nr.: _____

Mitgliedschaft in der AG Uroradiologie und Urogenitaldiagnostik **UND/ODER** Testat
mpMR-Prostatografie des BDR

Geschäftsstelle: geprüft

Dienstanschrift

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Privatanschrift

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____



NACHWEISE:

I. Facharzt/-ärztin für Radiologie (Bitte Zeugniskopie beifügen)

Geschäftsstelle: Kopie liegt vor

II. Zusatzqualifizierung der Qualifizierungsstufe Q1

(Bitte Q1-Zertifikatskopie beifügen)

Geschäftsstelle: Kopie liegt vor

III. Nachweis von mindestens 25 CME-Punkten (bzw. 25 Unterrichtseinheiten von je 45 Minuten) aus der Teilnahme an Q-Kursen und Fortbildungsveranstaltungen über mpMRT der Prostata (u.a. Detektion, aktive Überwachung, Staging, MR-basierte gezielte Biopsie, Rezidivdiagnostik); Punkterwerb nach Erwerb des Q1-Zertifikates; **mindestens 16 CME-Punkte** bzw. 16 Unterrichtseinheiten von je 45 Minuten müssen **aus zertifizierten Q1-/Q2-Kursen** stammen (*ab 01.01.2022 mindestens 1 zertifizierter Q2-Kurs*); Doppelverwendung von CME-Punkten des Q1-Zertifikates ist nicht zulässig (siehe Erläuterungen im Dokument Personen- und Kurszertifizierung unter <https://www.ag-uro.drg.de/de-DE/4287/dokumente-und-formulare/>).

Aufstellung der Fortbildungsveranstaltungen:

Zertifizierte Q-Kurse (*mind. 16 CME-Punkte*):

Veranstalter	Titel	Datum	CME-Punkte

Weitere themenspezifische CME-Punkte:

Veranstalter	Titel	Datum	CME-Punkte

Bitte Teilnahmebescheinigungen in Kopie oder Auszug aus dem Punktekonto der Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Radiologie oder der zuständigen Landesärztekammer einreichen.

Geschäftsstelle: Nachweise liegen vor



IV. Untersuchungszahlen

a) **Nachweis von 500 selbstständig durchgeführten mpMRT-Untersuchungen der Prostata (mit mind. 150 histologisch gesicherten PCAs)**

(Zeitraum von mindestens 6 Monaten; bei Antragstellung nicht älter als 5 Jahre; keine Doppelverwendung aus Q1-Antrag)

Bitte kreuzen Sie an, welcher Nachweis dem Antrag beiliegt:

Bescheinigung durch radiologischen Chefarzt / Einrichtungsleiter oder durch eine/n an der Einrichtung tätige/n Q2-zertifizierte/n Uroradiologen/-in

Anonymisierte RIS-Auswertung

aus zertifizierten Q-Kursen oder Fallsammlungen (z.B. DRG-Lernplattform Conrad)
(max. 50 Untersuchungen!)

Geschäftsstelle: Nachweis liegt vor

b) **Einhaltung von Qualitätsstandards**

Bei den o.g. Untersuchungen wurden die aktuellen Qualitätsstandards (u.a. Franiel et al., Fortschr Röntgenstr 2021) für die Durchführung der mpMRT der Prostata eingehalten.

Ich bescheinige die geltenden Qualitätsstandards für die Durchführung der mpMRT der Prostata zu kennen und einzuhalten.

Angaben zum aktuell verwendeten Untersuchungsprotokoll habe ich in Anlage 1 beigefügt (bitte vollständig ausfüllen!).

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die erforderlichen Nachweise habe ich beigefügt.

Für die Bearbeitung des Zertifizierungsantrags wird eine Gebühr in Höhe von 200,00 Euro zzgl. aktuell geltender gesetzlicher MwSt. erhoben. Die Gebühr wird unmittelbar nach Antragseingang in Rechnung gestellt.

Datenschutzhinweis: Die Angaben in diesem Zertifizierungsantrag werden gemäß DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. b zur Personenzertifizierung 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://www.drg.de/de-DE/4289/datenschutzerklaerung>

Ich bin damit einverstanden, nach erfolgter Zertifizierung auf der Homepage der AG Uroradiologie und Urogenitaldiagnostik als Q2-Zertifikatsinhaber/-in genannt zu werden (Klinik/Abteilung bzw. Praxis, Titel, Vorname, Name, Klinik- bzw. Praxisort). Ihre Zustimmung können Sie jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen (per E-Mail: zertifizierung@drq.de).

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/-in



Multiparametrische MRT der Prostata – Fragebogen zu Ihrem Untersuchungsprotokoll
(bitte ankreuzen, z. T. Mehrfachnennung möglich; pro verwendetem MRT-Gerät ein Fragebogen)

Gerätedaten: Feldstärke: 1,5T 3,0T Endorektalspule: ja nein

Hersteller: _____ Gradient, Kanäle: _____ mT/m, _____

Spasmolytikum: ja, Substanz: _____ nein

Empfehlungen der AG Uroradiologie:
Gabe (i.v.) von 20-40mg Butylscopolamin

Angulation der axialen T2w-, DWI- und DCE-Schichtebene:

axial zur Rektumvorderwand (PI-RADS-Sektorenschema)

axial zur Körperlängsachse (streng axial) axial zur proximalen Urethra (Blasenboden)

T2w: Orientierung [TSE/FSE]: axial coronal sagittal

Schichtdicke [mm]: ax: _____ / cor: _____ / sag: _____

Inplane Auflösung [mm]: ax: _____ x _____ FOV: _____

cor: _____ x _____ FOV: _____

sag: _____ x _____ FOV: _____

Empfehlungen der AG Uroradiologie:

bevorzugt SD/in-plane: ax 3,0/≤0,6×0,6mm und FOV ≤160; sag/cor ≤3,5/≤0,7×0,7mm; FOV ≤200

DWI: Sequenzname: _____ Orientierung: axial

Schichtdicke [mm]: _____ Auflösung [mm]: _____ x _____ FOV: _____

b-Werte [mm/s²]: _____ / _____ / _____ / _____

höchster b-Wert [mm/s²]: _____ gemessen berechnet

Empfehlungen der AG Uroradiologie:

bevorzugt SD/in-plane: axial 3,0/≤2,0×2,0mm; b-Werte: mindestens zwei Werte; unterster 0-50 mm/s² und höchster 1000 mm/s² zur ADC-Berechnung; zusätzlich hoher Wert von ≥1400 mm/s², gemessen oder kalkuliert; FOV ≤200

DCE: Sequenzname: _____ fettgesättigt: ja nein Orientierung: axial

Schichtdicke [mm]: _____ Auflösung [mm]: _____ x _____ FOV: _____

Zeitliche Auflösung [s]: _____ Akquisitionszeit [min]: _____

KM: Menge [mmol/Kg/KG]: _____ Injektionsrate [ml/s]: _____

NaCl: Menge [ml]: _____ Injektionsrate [ml/s]: _____

Auswertung: visuell SI-Kurve Parameterkarte Pharmakokin. Analyse

Empfehlungen der AG Uroradiologie:

bevorzugt SD/in-plane: axial 3,0/≤2,0×2,0mm; FOV ≤200; Zeitauflösung: mind. <9s, Fluss: ≥2,5ml/s; NaCl-Bolus ≥30; Gesamtakquisitionszeit 3min

T1w: Orientierung: axial coronal Schichtdicke [mm]: _____

Inplane Auflösung [mm]: _____ x _____ FOV: _____

Empfehlungen der AG Uroradiologie:

SD/in-plane: axial oder coronal ≤5,0/≤0,8×0,8mm; FOV ≥350

Weitere Sequenzen: _____