

# Formular "K-IN - Übergangsregelung" – Antragsformular

## ▼ A Antragstellung

Hiermit beantrage ich die Anerkennung der *Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Intensiv- und Notfallmedizin* im Rahmen der Übergangsregelung gemäß dem *Curriculum Kardiovaskuläre Intensiv- und Notfallmedizin* der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK), publiziert in *Kardiologe* 2021 (<https://doi.org/10.1007/s12181-021-00505-5>).

Mit diesem Antrag bestätige ich, dass ich das *Curriculum Kardiovaskuläre Intensiv- und Notfallmedizin* sowie alle weiteren unter <https://curricula.dgk.org/k-in/> veröffentlichten Informationen zur Kenntnis genommen habe.\*

Mir ist bekannt, dass meine Zeiten auf dem Gebiet der kardiovaskulären Intensiv- und Notfallmedizin nur dann anerkannt werden können, wenn ich in diesem Zeitraum an keiner weiteren Zusatzqualifikation der DGK teilgenommen habe.\*

Mir ist bekannt, dass die kardiologischen Gutachter über die grundsätzlich einzureichenden Antragsunterlagen hinaus weitere Nachweise anfordern können, wenn aus den bereits vorliegenden Dokumenten nicht eindeutig hervorgeht, dass die Voraussetzungen für die Anerkennung der Zusatzqualifikation gemäß Curriculum vollumfänglich erfüllt werden.\*

Die etwaige Anerkennung der *Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Intensiv- und Notfallmedizin* erfolgt für sieben Jahre. Um diese aufrechtzuerhalten ist eine Rezertifizierung erforderlich. Das Angebot auf Abschluss eines Rezertifizierungsvertrages muss durch den Antragsteller spätestens vier Monate vor Ablauf der bestehenden Zertifizierung der DGK unterbreitet werden, um eine lückenlose Zertifizierung zu gewährleisten.

Die Bearbeitung des Antrags auf Anerkennung der Zusatzqualifikation erfolgt nach Eingang der Bearbeitungsgebühr in Höhe von EUR 350,00 zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer. Die Gebühr ist nach Erhalt der von der DGK übersandten Rechnung unter Angabe der Rechnungsnummer binnen 14 Tagen zu überweisen. Im Fall einer Ablehnung wegen fehlender Nachweise besteht kein Anspruch auf Rückerstattung der gezahlten Gebühren.

### *Recht und Gerichtsstand:*

Gerichtsstand für alle Streitigkeiten im Zusammenhang mit der *Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Intensiv- und Notfallmedizin* ist Düsseldorf (Deutschland). Es findet ausschließlich deutsches Recht Anwendung.

Pflichtfelder sind mit einem \* markiert.

## ▼ B Mindestzahlen und -zeiten

100 spezielle EKG-Befundung bei Intensiv-/Notfallpatienten

100 Management akutes Koronarsyndrom, Biomarker und Imaging

200 Echo für kardiovaskuläre Notfälle

50 Behandlung kardiogener Schock

100 akute Herzinsuffizienz inkl. akutes Rechtsherzversagen

200 Rhythmusstörungen aus dem kardiovaskulären intensiv- und notfallmedizinischen Bereich inkl. Bradykardien, Schmalkomplextachykardien, Breitkomplextachykardien, Synkopen

30 Herzstillstand/kardiopulmonale Reanimation inkl. Behandlung Post-Cardiac-Arrest-Syndrom

10 Perikarditis, Myokarditis, Endokarditis

30 hypertensive Notfälle

20 Herzerkrankung bei speziellen Patientengruppen (HIV, Schwangerschaft, Tumorpatienten, Patienten mit PAH)

10 Behandlung von Transplantationspatienten, inkl. Auswahl Organspende

20 Behandlung von Device-Patienten

20 Fehlermanagement/M-und-M-Konferenzen

5 mechanische Organersatz-Patienten (z. B. Kunstherz, ECMO, ECLS oder Impella)

150 hämodynamisches Monitoring (mind. 2 Verfahren - z. B. PiCCO, Thermodilatation)

Für eine erfolgreiche Beantragung der *Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Intensiv- und Notfallmedizin* ist neben den geforderten Mindestzahlen die überwiegende Tätigkeit auf dem Gebiet der kardiovaskulären Intensiv- und Notfallmedizin von mindestens 2 Jahren in den vergangenen 5 Jahren vor Antragstellung nachzuweisen.

---

▼ C Dokumente

Lebenslauf (nicht älter als 12 Monate)\*

---

Facharzturkunde Innere Medizin und Kardiologie oder Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie\*

---

Nachweis über die Zusatzweiterbildung (Internistische) Intensivmedizin.

Alternativ können Sie einen Nachweis für die Anmeldung zur Prüfung der Zusatzweiterbildung einreichen. Bitte beachten Sie in diesem Fall, dass das Zertifikat der DGK bei positivem Entscheid erst nach erfolgreich abgelegter Prüfung ausgestellt wird. \*

---

gültige Fachkunde Strahlenschutz und Aktualisierungskurs falls Fachkunde älter als 5 Jahre \*

---

detaillierter Tätigkeitsnachweis inkl. Bestätigung der geforderten Mindestzahlen und -zeiten durch den Chefarzt. Chefarzte haben die Möglichkeit, ihrem Antrag eine Selbstauskunft beizufügen.\*

---

Nachweis einer wissenschaftlichen Expertise (optional)

---

Pflichtdokumente sind mit einem \* markiert.

---

Muster

## Einverständniserklärung zur Datenerhebung

---

Der Antragsteller erklärt sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner im Antrag angegebenen personenbezogenen Daten zur Erfüllung der vertragsmäßig geschuldeten Leistungen durch die DGK, für die Bearbeitung von Zertifizierungsverfahren von Stätten, an denen der Antragsteller arbeitet oder arbeiten möchte sowie zur Optimierung der Zertifizierungsprozesse einverstanden.

Die Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist zur vertragsgemäßen Bearbeitung Ihrer Anfrage und damit Ihrer Zertifizierung/Rezertifizierung erforderlich. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, ist es uns leider nicht möglich, Ihren Antrag auf Zertifizierung/Rezertifizierung zu bearbeiten. Die Daten werden unter Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwendet.

Die für das Zertifizierungsverfahren erforderlichen Unterlagen werden nach erfolgreicher Erstzertifizierung ein Quartal nach Ablauf der für eine mögliche Rezertifizierung erforderlichen Frist sowie unter der Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Eine Weitergabe an Dritte findet nur im gesetzlich zulässigen Rahmen zur Vertragserfüllung statt. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre bei und gespeicherten Daten über sich zu erfragen. Das Einverständnis kann jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die Widerrufserklärung ist an [datenschutz@dgk.org](mailto:datenschutz@dgk.org) zu richten.

---

Ich habe die o. g. Einverständniserklärung gelesen und stimme dieser zu.\*

---

Ich bestätige, die **Datenschutzinformationen** gemäß Art. 13 DSGVO für Antragsteller un Zertifizierungsverfahren und Anerkennungsverfahren im Rahmen von Zusatzqualifikationen der DGK zur Kenntnis genommen zu haben.\*

---