Abschließender Bericht des Leiters*
Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie
A. Invasive Elektophysiologie und B. Aktive Herzrhytmusimplantate

Die Beurteilung ist wahrheitsgemäß und vollständig auszufertigen und kann sowohl vom Leiter als auch vom stellv. Leiter der Zusatzqualifikation unterzeichnet werden.

Bestätigung der Kenntnisnahme: bei nicht wahrheitsgemäßen Angaben kann dem Antragsteller die Zusatzqualifikation rückwirkend aberkannt werden! ☐

Angaben zum Kandidaten* und zur Stätte:

Frau ☐ Herr ☐

Titel _____ Vorname _____ Nachname _____

Geb.-Datum _____ Geb.-Ort _____ Geb.-Land _____
(wenn nicht Deutschland)

Position _____

Name der Qualifizierungsstätte _____

Abteilung _____

Straße _____

PLZ und Ort _____

Anerkennung der Stätte seit _____

Leiter der Zusatzqualifikation _____ Stellv. Leiter der Zusatzqualifikation _____

Angaben zur Qualifizierung

Die Qualifizierung wurde für folgende Teilbereiche der Zusatzqualifikation absolviert:

A. Invasive Elektrophysiologie ☐ und/oder B. Aktive Herzrhythmusimplantate ☐

Qualifizierungszeitraum von _____ bis _____

Qualifizierungsumfang Vollzeit[1)] ☐ Teilzeit[2)] ☐ Angabe in Std/Woche _____

Unterbrechung der Qualifizierung Ja ☐ Nein ☐

Falls ja; Angabe der Qualifizierungsblöcke (Zeitraum und Umfang) von _____ bis _____ Angabe in Std/Woche _____

von _____ bis _____ Angabe in Std/Woche _____

[1)] = mind. 38,5 Std. / Woche
[2)] = mind. 50 % einer Vollzeitstelle

* Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral für alle Geschlechter verwendet.

Entwicklungsstufen und Mindestzahlen gemäß Curriculum

A. Invasive Elektrophysiologie

Stufe 1	Anforderungen erfüllt	Kommentar des (stellv.) Leiters der Zusatzqualifikation (optional)
• Selbständige Durchführung und Interpretation elektrophysiologischer Untersuchungen	Ja ☐ Nein ☐	
Stufe 2		
• Lokalisationsdiagnostik (Mapping) und Katheterablation [3] klassischer elektrophysiologischer Substrate (z. B. rechtsatriale Isthmusablation) unter Anleitung. • Management von Komplikationen	Ja ☐ Nein ☐	
Stufe 3		
• Selbständige Durchführung „klassischer“ Ablationsprozeduren (Sinusvenenthrombose [SVT], ventrikuläre Extrasystolen/ventrikuläre Tachykardie [VES/VT] ohne strukturelle Herzerkrankung) und Mitwirkung bei komplexen Prozeduren wie Katheterablationen von Kammertachykardien und Vorhofflimmern. • Technik der transseptalen Punktion unter Aufsicht • Kenntnisse, Mitwirkung und ggf. selbständige Durchführung von Katheterablationen komplexer Arrhythmien	Ja ☐ Nein ☐	

Mindestzahlen	Anforderungen erfüllt	Ergänzung des (stellv.) Leiters der Zusatzqualifikation (optional)
200 Prozeduren (davon 50 als Erstuntersucher)	Ja ☐ Nein ☐	
in mindestens 150 Fällen auch eine Katheterablation (davon 35 als Erstuntersucher)	Ja ☐ Nein ☐	
35 Eingriffe zur primären Ablation (nicht Atrioventrikular(AV)-Knoten) von Vorhofflimmern sein.	Ja ☐ Nein ☐	

B. Aktive Herzrhythmusimplantate

Stufe 1	Anforderungen erfüllt	Kommentar des (stellv.) Leiters der Zusatzqualifikation (optional)
• Fähigkeit zur Implantation von Ein- und Zweikammerherzschrittmachern unter Supervision • eigenständiger Herzschrittmacheraggregatwechsel und Nachsorgekontrollen.	Ja ☐ Nein ☐	
Stufe 2		
• Selbständige Implantation von Herzschrittmachern und ICD's • Mitwirkung bei CRT-Implantationen sowie eigenständige Nachsorge aller aktiven elektrischen Implantate.	Ja ☐ Nein ☐	
Stufe 3		
• Selbständige Implantation aller aktiven elektrischen Implantate und deren Nachsorge • eigenverantwortliches Komplikationsmanagement inkl. Revisionseingriffe.	Ja ☐ Nein ☐	

Mindestzahlen	Anforderungen erfüllt	Ergänzung des (stellv.) Leiters der Zusatzqualifikation (optional)
75 Schrittmacheriplantationen als primärer Operateur (initial unter Supervision)	Ja ☐ Nein ☐	
25 Aggregatwechsel bzw. Revisionseingriffe	Ja ☐ Nein ☐	
25 ICD und 10 CRT-Implantationen als primärer Operateur (initial unter Supervision)	Ja ☐ Nein ☐	
10 Aggregatwechsel bzw. Revisionen von ICD-/CRT-Systemen	Ja ☐ Nein ☐	
mindestens 250 Schrittmacher-, 50 ICD- und 30 CRT-Kontrollen selbständig durchgeführt	Ja ☐ Nein ☐	

Ergänzende Beurteilung (optional):

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass der Kandidat alle Voraussetzungen gemäß *Curriculum Spezielle Rhythmologie*, veröffentlicht in *Kardiologe* 2012 · 6:219–225 DOI 10.1007/s12181-012-0424-9, erfüllt.

Ort / Datum

Klinikstempel und Unterschrift des (stellv.) Leiters der Zusatzqualifikation