DGK.
Deutsche Gesellschaft
für Kardiologie e.V.

Abschließender Bericht des Leiters*
Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie
A. Invasive Elektrophysiologie und B. Aktive Herzrhythmusimplantate

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

Angaben zum Kandidaten* und zur Stätte:	
Anrede	☐ Frau ☐ Herr ☐ ohne Anrede
Titel, Vorname, Name	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geburtsland (falls nicht Deutschland)	
Position	
Name der Qualifizierungsstätte	
Abteilung	
Straße, PLZ und Ort	
Anerkennung der Stätte seit	
Leiter der Zusatzqualifikation	
optional: stellv. Leiter der Zusatzqualifikation	
Angaben zur Qualifizierung:	
Beantragter Teilbereich	☐ A. Invasive Elektrophysiologie und/oder ☐ B. Aktive Herzrhythmusimplantate

Hinweis

Vollzeit = mind. 38,5 Std. / Woche
Teilzeit = mind. 50 % einer Vollzeitstelle

Kandidaten wird die Möglichkeit der Absolvierung des Programms in Teilzeit eingeräumt. Ein Wechsel von Teilzeit zu Vollzeit oder umgekehrt ist möglich. Wird das Programm in Teilzeit absolviert, verlängert sich die minimale Dauer der Blöcke für die jeweiligen Stufen des Curriculums entsprechend. Eine Verlängerung der max. Dauer der Programmteilnahme ist damit nicht verbunden.

Wechsel der Stätte

Sollten Sie während der Qualifizierungszeit die Stätte wechseln, beginnen Sie bitte ein neues Dokument *Abschließender Bericht des Leiters*. Die Zeiten werden entsprechend addiert und angerechnet.

Qualifizierungszeitraum	von bis Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Angabe in Std./Woche
Unterbrechung der Qualifizierung	ja ☐ nein ☐
Falls ja, Angabe der Qualifizierungsblöcke	von bis Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Angabe in Std./Woche von bis Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Angabe in Std./Woche von bis Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Angabe in Std./Woche

*Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral für alle Geschlechter verwendet.

Entwicklungsstufen gemäß Curriculum

A. Invasive Elektrophysiologie

Stufe 1

- Selbständige Durchführung und Interpretation elektrophysiologischer Untersuchungen

Anforderungen erfüllt: ja ☐ nein ☐

Stufe 2

- Lokalisationsdiagnostik (Mapping) und Katheterablation klassischer elektrophysiologischer Substrate (z. B. rechtsatriale Isthmusablation, AV-nodale Reentry-Tachykardie, akzessorische Leitungsbahnen) unter Anleitung.
- Management von Komplikationen.

Anforderungen erfüllt: ja ☐ nein ☐

Stufe 3

- Selbständige Durchführung „klassischer“ Ablationsprozeduren (Supraventrikuläre Tachykardie [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 Arrythmien unter Zuhilfenahme von elektroanatomischen Mappingsystemen.

Anforderungen erfüllt: ja ☐ nein ☐

Kommentar des Leiters der Zusatzqualifikation (optional):

B. Aktive Herzrhythmusimplantate

Stufe 1

- Fähigkeit zur Implantation von Ein- und Zweikammerherzschrittmachern unter Supervision und Implantation von Event-Rekordern
- Eigenständige Herzschrittmacheraggregatwechsel und Nachsorgekontrollen.

Anforderungen erfüllt: ja ☐ nein ☐

Stufe 2

- Selbständige Implantation von Herzschrittmachern und ICD’s
- Mitwirkung bei CRT-Implantationen sowie eigenständige Nachsorge aller gängigen aktiven Herzrhythmusimplantate und Event-Rekorder.

Anforderungen erfüllt: ja ☐ nein ☐

Stufe 3

- Selbständige Implantation von aktiven elektrischen Implantaten und (sowohl Ein- und Zwei- als auch Drei-Kammer-Stimulationssysteme)
- deren Nachsorge
- eigenverantwortliches Komplikationsmanagement inkl. Revisionseingriffe

Anforderungen erfüllt: ja ☐ nein ☐

Kommentar des Leiters der Zusatzqualifikation (optional):

Mindestzeiten

min. Qualifizierungszeitraum für einen Teilbereich: 15 Monate
min. Qualifizierungszeitraum für beide Teilbereiche: 24 Monate
(bei Teilzeit entsprechend mehr)

Anforderung der Qualifizierungszeit erfüllt: Ja ☐ Nein ☐

Kommentar des Leiters der Zusatzqualifikation (optional):

Ergänzende Beurteilung (optional)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass der Kandidat alle Lerninhalte und Lernziele für die beantragten Teilbereiche, veröffentlicht in *Kardiologie* 2026 DOI 10.1007/s12181-026-00835-2 einschließlich aller zum Zeitpunkt der Antragstellung publizierten Addenda und Errata, erfüllt.

_____ _____

Ort/ Datum Unterschrift des Leiters der Zusatzqualifikation