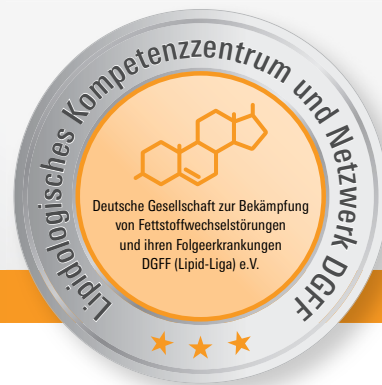


„Lipidologisches Kompetenzzentrum und Netzwerk DGFF“

durch die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechsel-
störungen und ihren Folgeerkrankungen DGFF (Lipid-Liga) e.V.



Antragsteller
(Name der med. Einrichtung)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Name der Leiterin/des Leiters

Fachärztin/Facharzt für

Registrierungs-Nr. bei der
DGFF (Lipid-Liga)
(siehe Gebührenrechnung)

Datum des Antrags

Ansprechpartner/in
(falls abweichend)

Telefon-Nummer

Fax-Nummer

E-Mail-Adresse

Homepage Antragsteller

Die erhobenen Daten beziehen sich auf das Kalenderjahr

Unterschrift der Geschäftsführung der Antrag stellenden medizinischen Einrichtung

Ort, Datum

Unterschrift

ggf. Stempel

1. Fachlich-personelle Voraussetzungen im Kompetenzzentrum des Netzwerkes

1.1. ÄRZTLICHES PERSONAL

	Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
1.1.1.	Anzahl der Ärzte und Fachgebiete im Kompetenzzentrum Mindestanforderung: 2 Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin ohne oder mit Teilgebietsbezeichnung oder Allgemeinmedizin oder Pädiatrie	Anzahl: Namen und Qualifikationen von 2 Ärztinnen/Ärzten:	
1.1.2	Anzahl der Lipidologen im Kompetenzzentrum Mindestanforderung: 2 Lipidologinnen/Lipidologen DGFF (hauptamtlich tätig im Zentrum)	Anzahl: Namen:	
1.1.3.	Fakultativ: Zusatzqualifikation „Ernährungsmedizin“	☐ Ja Anzahl: ☐ Nein	
	Fakultativ: Zusatzqualifikation „Diabetologin/ Diabetologe DDG“	☐ Ja Anzahl: ☐ Nein	

1. 2. NICHT-ÄRZTLICHES PERSONAL

	Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
1.2.1.	Anzahl der nicht-ärztlichen Mitarbeiter/innen Mindestanforderung: 2 Mitarbeiter/innen mit folgender Berufsbezeichnung: • Medizinische/r Fachangestellte/r oder • Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder • Diabetesberater/in oder -assistent/in DDG	Anzahl: Qualifikationen (Angabe der Anzahl mit nebenstehender Qualifikation):	
1.2.2	Diätassistent/in bzw. zur Ernährungstherapie und -beratung qualifizierte Fachkraft Mindestanforderung: 1 nicht-ärztliche/r Mitarbeiter/in im eigenen Zentrum oder einer kooperierenden externen Einrichtung	Anzahl: ☐ in der eigenen Ambulanz ☐ extern	
1.2.3	Fakultativ: Zusatzqualifikation „Ernährungsberater/in DGE, Ernährungsberater/in QUETHEB, VDD-Fortbildungszertifikat, Qualifizierte/r, Ernährungsberater/in VDOE oder Diät-Ernährungsberater/in VFED“	☐ Ja (Bezeichnung) ☐ Nein	

2. Inhaltliche und strukturelle Voraussetzungen im Kompetenzzentrum

2.1. DIAGNOSTIK VON FETTSTOFFWECHSELSTÖRUNGEN

Im Kompetenzzentrum			
2.1.1.	Fachspezifische (Familien-)Anamnese	☐ Ja ☐ Nein	
2.1.2.	Klinische Untersuchung	☐ Ja ☐ Nein	
2.1.3.	Abdomensonografie	☐ Ja ☐ Nein	
2.1.4.	Duplex-Sonographie der zentralen und peripheren Gefäße	☐ Ja ☐ Nein	
2.1.5.	Blutentnahme nüchtern/postprandial	☐ Ja ☐ Nein	
2.1.6.	Ernährungsberatung	☐ Ja ☐ Nein	

	Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
Im Kompetenzzentrum oder bei externem Partner			
2.1.7.	Laboranalysen		
2.1.7.1.	Einfacher Lipidstatus (Gesamt-Cholesterin, LDL- und HDL-Cholesterin, Triglyceride, Lp(a))	☐ intern ☐ extern	
2.1.7.2.	Lipidologisches Speziallabor incl. Genetik	☐ intern ☐ extern	

2.2. LIPIDOLOGISCHE BEURTEILUNGEN/FACHGUTACHTEN/ARZTBRIEFE ZU JEDEM PATIENTEN

2.2.1.	Strukturierte schriftliche Zusammenfassung von Anamnese, klinischer Untersuchung, Laborbefunden und Diagnose	☐ Ja ☐ Nein	
2.2.2.	Empfehlungen zu leitliniengerechter Therapie und weiterer Diagnostik	☐ Ja ☐ Nein	
2.2.3.	Bemühungen um die langfristige Nachsorge (in Kooperation mit Haus- und Fachärzten) Mindestanforderung: Patientenfallzahl durchschnittlich 400 pro Jahr	☐ Ja ☐ Nein Anzahl im vorletzten Jahr: Anzahl im letzten Jahr:	

3. Räumliche und zeitliche Voraussetzungen

3.1. RÄUMLICHKEITEN

3.1.1.	Sprechzimmer	Anzahl:	
3.1.2.	Untersuchungszimmer	Anzahl:	
3.1.3.	Sonographieraum	Anzahl:	
3.1.4.	Labor zur Blutprobengewinnung	Anzahl:	
3.1.5.	Schulungsraum Mindestanforderung: Jeweils mindestens 1 Raum	Anzahl:	

3.2. ZEIT

3.2.1.	Verfügbarkeit Mindestanforderung: Verfügbarkeit von mindestens 1 Lipidologin/Lipidologen DGFF® an 5 Tagen pro Woche	Öffnungszeiten benennen ☐ Ja ☐ Nein	
--------	--	--	--

4. Kooperationspartner im Netzwerk

ALLGEMEINMEDIZIN UND FACHFREMDE SPEZIALISTEN (HAUS- UND FACHÄRZTINNEN / -ÄRZTE IM NIEDERGELASSENEN UND STATIONÄREN BEREICH)

4.1. ALLGEMEINMEDIZIN / INNERE MEDIZIN

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
Es ist anzustreben, möglichst viele solcher Ärztinnen/Ärzte, denen eine entscheidende Aufgabe bei der Basisversorgung von Patienten mit Fettstoffwechselstörungen zukommt, als Kooperationspartner ins lipidologische Netzwerk einzubeziehen. Mindestanforderungen: 5 Kooperationspartner <i>Für die Kooperationspartner gelten folgende Anforderungen:</i> Screening von Fettstoffwechselstörungen durch regelmäßige Laborkontrollen • Kinder: U9 (Pädiater) • Gesunde Erwachsene: alle 5 Jahre (Checkup 35) • Kardiovaskuläre Risikopatienten in der Primärprävention: alle 2 Jahre • Kardiovaskuläre Risikopatienten in der Sekundärprävention: alle 12 Monate • Patienten unter lipidsenkender Therapie: alle 3 bis 6 Monate (bei Neueinstellung oder Intensivierung der Therapie nach 4 – 6 Wochen) Überweisung zum Lipidologen bei Nicht-Erreichen der Zielwerte (DGFF-, EAS-, ESC-, NCEP-Empfehlungen/Guidelines)	Anzahl aller kooperierenden Ärztinnen/Ärzte: Anzahl aller Kooperationspartner, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner des Kompetenzzentrums sein möchten: Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung all dieser Kooperationspartner mit Ansprechpartner und Adresse. Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen der Kooperationspartner zusammen mit diesem Erhebungsbogen ein (als Kopie oder Scan).	

4.2. LABORMEDIZIN

Erhebung des einfachen Lipidstatus (Gesamt-Cholesterin, LDL- und HDL-Cholesterin, Triglyceride, Lp(a)) sowie lipidologischer Spezialparameter (z. B. Apolipoproteine) Durchführung von molekulargenetischen Untersuchungen Mindestanforderung: 1 vertraglich mit dem Kompetenzzentrum verbundener Kooperationspartner	Anzahl aller vertraglich mit dem Kompetenzzentrum verbundenen Kooperationspartner: Anzahl aller Kooperationspartner, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner des Kompetenzzentrums sein möchten: Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung all dieser Kooperationspartner mit Ansprechpartner und Adresse. Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein, und halten Sie den Vertrag mit mindestens 1 Kooperationspartner für das Audit bereit.	
--	---	--

4.3. ENDOKRINOLOGIE

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
Kooperation mit einer/einem Endokrinologin/Endokrinologen zur Abklärung sekundärer Fettstoffwechselstörungen Mindestanforderung: Anzahl 1	Anzahl aller Kooperationspartner: Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner des Kompetenzzentrums sein möchten. Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.	
Fakultativ: Adipositas-Sprechstunde	☐ Ja ☐ Nein	

4.4. DIABETOLOGIE

Diabetologin/Diabetologe DDG® oder vergleichbare Qualifikation Mindestanforderung: Kooperation mit 1 diabetologischen Schwerpunktpraxis	Anzahl aller Kooperationspartner: Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner des Kompetenzzentrums sein möchten. Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.	
Fakultativ: Idealerweise diabetologische Schwerpunktpraxis mit DDG®-Zertifizierung	☐ Ja ☐ Nein	

4.5. KARDIOLOGIE / ANGIOLOGIE

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
Sämtliche konventionellen Methoden der Herz- und Gefäßdiagnostik (EKG, Farbdopplerechokardiografie, Langzeit-EKG, ambulant Blutdruckmonitoring, Ergo(spiro)metrie, Stressechokardiografie, Doppler-/Duplexsonografie der Hals-, Bauch-, Becken- und Beinarterien) Mindestanforderung: Enge Zusammenarbeit mit 1 kardiologischen/angiologischen Praxis oder Klinikambulanz Chest-Pain-Unit (CPU) sowie invasive Herz- und Gefäßdiagnostik (Herzkatheter/Angiographie) und Koronar-Interventionsmöglichkeit (PCTA, Stenting), (siehe unter 4.15. Kliniken).	Anzahl aller Kooperationspartner: Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner des Kompetenzzentrums sein möchten. Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.	
Fakultativ: • DGK®-zertifizierte Brustschmerz-Ambulanz (BSA) • Diagnostische und organisatorische Pfade an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Medizin sollten schriftlich fixiert sind	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	

4.6. GEFÄSSCHIRURGIE

Enge Kooperation mit einer Einrichtung mit allen Möglichkeiten für gefäßchirurgische Eingriffe Mindestanforderung: Enge Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner Verfügbarkeit von mindestens 1 Gefäß-OP und 1 Hybrid-OP, (siehe unter 4.15. Kliniken).	Anzahl aller Kooperationspartner: Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner des Kompetenzzentrums sein möchten. Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.	
---	--	--

4.7. HERZCHIRURGIE

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
Enge Kooperation mit einer Einrichtung mit allen Möglichkeiten für Herz-/Thorax-chirurgische Eingriffe. Mindestanforderung: Enge Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner Verfügbarkeit von mindestens 1 Herz-OP und 1 Hybrid-OP, (siehe unter 4.15. Kliniken).	Anzahl aller Kooperationspartner: Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner des Kompetenzzentrums sein möchten. Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.	

4.8. RADIOLOGIE/ANGIOLOGIE

Komplette radiologische Gefäßdiagnostik (konventionelle Angiographie, Angio- und Cardio-MRT sowie Angio- und Cardio-CT) Mindestanforderung: Enge Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner Gefäß-Interventionsmöglichkeit (PTA, Stenting), (siehe unter 4.15. Kliniken).	Anzahl aller Kooperationspartner: Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner des Kompetenzzentrums sein möchten. Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.	
---	---	--

4.9. NEPHROLOGIE

Abklärung sekundärer Fettstoffwechselstörungen; Lipoprotein-Apherese gemäß Lipoprotein-Apherese-Standard für Apherese-Kompetenzzentren (Mindestanzahl an Apherese-Behandlungen pro Jahr: 400; Mindestzahl an Apherese-Verfahren: 3) Mindestanforderung: Enge Zusammenarbeit mit 1 Apherese-Kompetenzzentrum Dokumentation der Einhaltung gültiger Apherese-standards durch das Apherese-Kompetenzzentrum und Garantie in schriftlich fixierter Form	Anzahl aller Kooperationspartner: Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner des Kompetenzzentrums sein möchten. Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein. ☐ Ja ☐ Nein	
Fakultativ: Meldung der Apherese-Behandlungsdaten an Deutsches Lipidapherese-Register (DLAR)	☐ Ja ☐ Nein	

4.10. GASTROENTEROLOGIE

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
Kooperation mit einer/einem Gastroenterologin/ Gastroenterologen zur leitliniengerechten Diagnostik der akuten und chronischen Pankreatitis sowie der NAFLD Mindestanforderung: Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner	Anzahl aller Kooperationspartner: Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner des Kompetenzzentrums sein möchten. Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.	

4.11. DERMATOLOGIE

Kooperation mit einer/einem Dermatologin/Dermatologen zur differentialdiagnostischen Einordnung von Hauterscheinungen im Rahmen von Fettstoffwechselstörungen, Lipidosen und lipidsenkender Pharmakotherapie Mindestanforderung: Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner	Anzahl aller Kooperationspartner: Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner des Kompetenzzentrums sein möchten. Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.	
--	--	--

4.12. GYNÄKOLOGIE / GEBURTSHILFE

Kooperation mit einer/einem Gynäkologin/ Gynäkologen oder Geburtshelfer/in zur gemeinsamen Betreuung von Schwangeren und stillenden Patientinnen mit Fettstoffwechselstörungen Mindestanforderung: Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner	Anzahl aller Kooperationspartner: Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner des Kompetenzzentrums sein möchten. Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.	
--	--	--

4.13. PÄDIATRIE

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
Kooperation mit einer/einem Kinderärztin/-arzt für die spezielle Lipiddiagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen im Kindes- und Jugendalter Mindestanforderung: Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner, alternativ Kinder- und Jugendsprechstunde im Kompetenzzentrum	Anzahl aller Kooperationspartner: Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner des Kompetenzzentrums sein möchten. Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.	
Fakultativ: Lipidologin/Lipidologe DGFF®	☐ Ja ☐ Nein	

4.14. NEUROLOGIE

Kooperation mit einer/einem Neurologin/Neurologen zur gemeinsamen Betreuung von Patienten mit Fettstoffwechselstörungen und neurologischen Folgeerkrankungen Mindestanforderung: Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner	Anzahl aller Kooperationspartner: Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner des Kompetenzzentrums sein möchten. Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.	
--	--	--

4.15. KLINIKEN

Enge Kooperation mit der Notfalleinrichtung oder Chest-Pain-Unit einer invasiv tätigen kardiologischen Klinik mit Möglichkeit zur invasiven Herz- und Gefäßdiagnostik (Herzkatheter/Angiographie) sowie Koronar-Interventionsmöglichkeit (PCTA, Stenting) (siehe auch Punkt 4.5.) Mindestanforderung: Enge Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner	Anzahl aller Kooperationspartner: Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner des Kompetenzzentrums sein möchten. Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.	
--	--	--

FORTSETZUNG 4.15. KLINIKEN

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
Dauerhafte Partnerschaften mit gefäß- und herzchirurgischer Klinik (siehe Punkt 4.6. und 4.7). Enge Kooperation mit einer radiologischen/angiologischen Klinik mit Gefäß-Interventionsmöglichkeit (PTA, Stenting) (siehe auch Punkt 4.8.) Mindestanforderung: Enge Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner	Anzahl aller Kooperationspartner: Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner des Kompetenzzentrums sein möchten. Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.	
Fakultativ: Diagnostische und organisatorische Pfade an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Medizin sollten schriftlich fixiert sein. Dauerhafte Partnerschaften mit Stroke-Unit und ggf. einer auf bariatrische Chirurgie spezialisierten Einrichtung	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	

4.16. KARDIOVASKULÄRE PRÄVENTIV-(DGPR), REHABILITATIONS-, SPORT- UND SOZIALMEDIZIN

Fakultativ: z. B. Kooperation mit Einrichtungen, die die Schulung von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und strukturierte Bewegungsprogramme bei Fettstoffwechselstörungen, Begleit- und Folgeerkrankungen anbieten (z. B. Herzsportgruppe); ggf. auch Angebot von sozialmedizinischer Begutachtung und Hilfestellung	☐ Ja ☐ Nein	
---	--	--

5. Mitarbeiterfortbildung, Patientenschulung und Öffentlichkeitsarbeit im Kompetenzzentrum

5.1. LIPIDOLOGISCHE FALLBESPRECHUNGEN

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
Lipidologische Fallbesprechungen im Team Mindestanforderung: 1x pro Quartal mit Kurzdokumentation	Anzahl pro Quartal: Beschreibung: Teilnehmer:	

5.2. TEILNAHME AN EXTERNEN FORTBILDUNGEN (CME) FÜR ÄRZTINNEN/ÄRZTE (LIPIDOLOGINNEN/LIPIDOLOGEN DES KOMPETENZZENTRUMS)

Mindestanforderung: 2 Fortbildungen pro Jahr pro Ärztin/Arzt, z. B. lipidologische Updates D.A.CH., DDG, DGFF (Lipid-Liga), DGK. Erforderlich z. B. zur Führung der Bezeichnung Lipidologe DGFF®	Namen der Ärztinnen/Ärzte: Bitte reichen Sie die entsprechenden Fortbildungsnachweise zusammen mit diesem Erhebungsbogen ein (als Kopie oder Scan)	
--	--	--

5.3. TEILNAHME AN EXTERNEN FORTBILDUNGEN FÜR NICHT-ÄRZTLICHE MITARBEITER/INNEN

Fortbildungen (z. B. Ernährungsberater/innen zur Aufrechterhaltung ihrer lipidologischen sowie der ggf. unter Punkt 1.2.3 genannten Qualifikation)	Namen der Mitarbeiter/innen: Bitte reichen Sie die entsprechenden Fortbildungsnachweise zusammen mit diesem Erhebungsbogen ein (als Kopie oder Scan)	
---	--	--

5.4. FORTBILDUNGEN UND QUALITÄTSZIRKEL IM EIGENEN KOMPETENZZENTRUM

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
Fakultativ: Durchführung von CME-zertifizierten Fortbildungen oder Qualitätszirkeln für Ärztinnen/Ärzte und nicht-ärztliche Mitarbeiter/innen des Kompetenzzentrums, von Kooperationspartnern sowie externen Ärztinnen/Ärzten aus Klinik und Niederlassung Empfehlung: 1x pro Jahr	☐ Ja (Frequenz und Beschreibung): ☐ Nein	

5.5. TREFFEN ALLER KOOPERATIONSPARTNER IM KOMPETENZZENTRUM

Fakultativ: Versammlung aller Kooperationspartner im lipidologischen Netzwerk zum Austausch von medizinisch-fachlichen und organisatorischen Inhalten Empfehlung: 1x pro Jahr	☐ Ja (Frequenz und Beschreibung): ☐ Nein	
---	--	--

5.6. PATIENTENSCHULUNGEN

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
Fakultativ: Regelmäßige Gruppenschulungen von Patienten Empfehlung: 1x pro Monat	☐ Ja (Frequenz und Beschreibung): ☐ Nein	

5.7. INFORMATIONSVERANSTALTUNGEN

Fakultativ: Patienteninformationsveranstaltungen / populärwissenschaftliche Vorträge	☐ Ja (Frequenz und Beschreibung): ☐ Nein	
---	---	--

5.8. PATIENTENSELBSTHILFE

Fakultativ: Aktive Einbindung einer Selbsthilfegruppe (Bereitstellung von Räumlichkeit und ggf. nicht-ärztlichen und ärztlichen Mitarbeiter/innen)	☐ Ja (Beschreibung): ☐ Nein	
--	--	--

5.10. EINBINDUNG KOSTENTRÄGER UND GESUNDHEITSPOLITIK

6. Dokumentation, Qualitätssicherung und -verbesserung

6.1. DOKUMENTATION

Seite 15 von 17

6.2. QUALITÄTSSICHERUNG UND -VERBESSERUNG

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
Qualitätsmanagement-System mit Prozessbeschreibungen, Verfahrensanweisungen und Arbeitsanweisungen (Versorgungspfade – Standard Operation Procedures) Muss im Vorfeld der Zertifizierung etabliert sein	☐ Ja (Beschreibung) ☐ Ja, seit	

6.3. STATISTIK

Fakultativ: Retrospektive und prospektive statistische Erfassung von lipidologischen Laborparametern und kardiovaskulären Ereignissen im eigenen Kompetenzzentrum	☐ Ja ☐ Nein	
---	--	--

6.4. REGISTER

Fakultativ: Einspeisung der erfassten Daten in nationales Register	☐ Ja ☐ Nein	
--	--	--

6.5. ZERTIFIZIERUNG

Fakultativ: Zertifizierung des Zentrums (z. B. EPA, ISO 9001, KTQ, QEP)	☐ Ja ☐ Nein	
---	--	--

7. Zusätzliche Anmerkungen

ERSTELLUNG / AKTUALISIERUNG

Der elektronisch erstellte Erhebungsbogen dient als Grundlage für die Re-Zertifizierung. Die hier getätigten Angaben wurden hinsichtlich Korrektheit und Vollständigkeit überprüft.

BITTE FÜR EIN MÖGLICHES NEUES AUDIT FOLGENDES BEREITHALTEN

- Zugriff auf Dokumentationen aller Patienten mit Fettstoffwechselstörungen bzw. abschließende Befundberichte bzw. lipidologische Arztbriefe (zur stichprobenhaften Prüfung)
- Schriftliche Erklärungen aller Partner, die nach erfolgreicher Zertifizierung das Logo „Kooperationspartner im Kompetenznetz Lipidologie DGFF“ nutzen dürfen, dass sie alle im Erhebungsbogen aufgeführten Anforderungen erfüllen und der Partnerschaft zustimmen
- Vertrag mit mindestens 1 Kooperationspartner im Bereich Labormedizin (Kap. 4.2.)

BITTE SENDEN SIE DIESEN ERHEBUNGSBOGEN MIT ANLAGE (EXCEL-LISTE DER KOOPERATIONSPARTNER)

per Post an: Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen
und ihren Folgeerkrankungen DGFF (Lipid-Liga) e. V.
Kuhgasse 9 · 63571 Gelnhausen

oder per E-Mail an: info@lipid-liga.de

Von den Auditoren auszufüllen

- | | |
|---|---|
| ☐ Anforderungen für die Re-Zertifizierung erfüllt (Auditor/in 1) | ☐ Anforderungen für die Re-Zertifizierung erfüllt (Auditor/in 2) |
| ☐ Nachbesserungen erforderlich (s. o.) (Auditor/in 1) | ☐ Nachbesserungen erforderlich (s. o.) (Auditor/in 2) |

Datum

Unterschriften Auditor/in 1 und Auditor/in 2