

Anforderungs- und Erhebungsbogen zur Zertifizierung als

# „Lipidologisches Kompetenzzentrum und Netzwerk DGFF“

durch die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen 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 1. Teilrechnung)

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.	<p><b>Anzahl der Ärzte und Fachgebiete im Kompetenzzentrum</b></p> <p><b>Mindestanforderung:</b> 2 Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin ohne oder mit Teilgebietsbezeichnung oder Allgemeinmedizin oder Pädiatrie</p>	<p>Anzahl:</p> <p>Namen und Qualifikationen von 2 Ärztinnen/Ärzten:</p>	
1.1.2	<p><b>Anzahl der Lipidologen im Kompetenzzentrum</b></p> <p><b>Mindestanforderung:</b> 2 Lipidologinnen/Lipidologen DGFF (hauptamtlich tätig im Zentrum)</p>	<p>Anzahl:</p> <p>Namen:</p>	
1.1.3.	<p><b>Fakultativ:</b> Zusatzqualifikation „Ernährungsmedizin“</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja      Anzahl:</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>	
	<p><b>Fakultativ:</b> Zusatzqualifikation „Diabetologin/ Diabetologe DDG“</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja      Anzahl:</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>	

1. 2. NICHT-ÄRZTLICHES PERSONAL

	Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
1.2.1.	<p><b>Anzahl der nicht-ärztlichen Mitarbeiter/innen</b></p> <p><b>Mindestanforderung:</b> 2 Mitarbeiter/innen mit folgender Berufsbezeichnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinische/r Fachangestellte/r oder</li> <li>• Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder</li> <li>• Diabetesberater/in oder -assistent/in DDG</li> </ul>	<p>Anzahl:</p> <p>Qualifikationen (Angabe der Anzahl mit nebenstehender Qualifikation):</p>	
1.2.2	<p>Diätassistent/in bzw. zur Ernährungstherapie und -beratung qualifizierte Fachkraft</p> <p><b>Mindestanforderung:</b> 1 nicht-ärztliche/r Mitarbeiter/in im eigenen Zentrum oder einer kooperierenden externen Einrichtung</p>	<p>Anzahl:</p> <p><input type="checkbox"/> in der eigenen Ambulanz</p> <p><input type="checkbox"/> extern</p>	
1.2.3	<p><b>Fakultativ:</b> Zusatzqualifikation „Ernährungsberater/in DGE, Ernährungsberater/in QUETHEB, VDD-Fortbildungszertifikat, Qualifizierte/r, Ernährungsberater/in VDOE oder Diät-Ernährungsberater/in VFED“</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja (Bezeichnung)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>	

2. Inhaltliche und strukturelle Voraussetzungen im Kompetenzzentrum

2.1. DIAGNOSTIK VON FETTSTOFFWECHSELSTÖRUNGEN

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

	Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
<b>Im Kompetenzzentrum oder bei externem Partner</b>			
2.1.7.	<b>Laboranalysen</b>		
2.1.7.1.	Einfacher Lipidstatus (Gesamt-Cholesterin, LDL- und HDL-Cholesterin, Triglyceride, Lp(a))	<input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> extern	
2.1.7.2.	Lipidologisches Speziallabor incl. Genetik	<input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> extern	

## 2.2. LIPIDOLOGISCHE BEURTEILUNGEN/FACHGUTACHTEN/ARZTBRIEFE ZU JEDEM PATIENTEN

2.2.1.	Strukturierte schriftliche Zusammenfassung von Anamnese, klinischer Untersuchung, Laborbefunden und Diagnose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.2.2.	Empfehlungen zu leitliniengerechter Therapie und weiterer Diagnostik	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.2.3.	Bemühungen um die langfristige Nachsorge (in Kooperation mit Haus- und Fachärzten)  <b>Mindestanforderung:</b> Patientenfallzahl durchschnittlich 400 pro Jahr	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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  <b>Mindestanforderung:</b> Jeweils mindestens 1 Raum	Anzahl:	

### 3.2. ZEIT

3.2.1.	Verfügbarkeit  <b>Mindestanforderung:</b> Verfügbarkeit von mindestens 1 Lipidologin/Lipidologen DGFF® an 5 Tagen pro Woche	Öffnungszeiten benennen  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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
<p>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.</p> <p><b>Mindestanforderungen:</b>                      5 Kooperationspartner  <i>Für die Kooperationspartner gelten folgende Anforderungen:</i>                      Screening von Fettstoffwechselstörungen durch regelmäßige Laborkontrollen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder: U9 (Pädiater)</li> <li>• Gesunde Erwachsene: alle 5 Jahre (Checkup 35)</li> <li>• Kardiovaskuläre Risikopatienten in der Primärprävention: alle 2 Jahre</li> <li>• Kardiovaskuläre Risikopatienten in der Sekundärprävention: alle 12 Monate</li> <li>• Patienten unter lipidsenkender Therapie: alle 3 bis 6 Monate (bei Neueinstellung oder Intensivierung der Therapie nach 4 – 6 Wochen)</li> </ul> <p>Überweisung zum Lipidologen bei Nicht-Erreichen der Zielwerte (DGFF-, EAS-, ESC-, NCEP-Empfehlungen/Guidelines)</p>	<p>Anzahl aller kooperierenden Ärztinnen/Ärzte:</p> <p>Anzahl aller Kooperationspartner, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner des Kompetenzzentrums sein möchten:</p> <p>Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung all dieser Kooperationspartner mit Ansprechpartner und Adresse.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen der Kooperationspartner zusammen mit diesem Erhebungsbogen ein (als Kopie oder Scan).</p>	

### 4.2. LABORMEDIZIN

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

4.3. ENDOKRINOLOGIE

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
<p>Kooperation mit einer/einem Endokrinologin/ Endokrinologen zur Abklärung sekundärer Fettstoffwechselstörungen</p> <p><b>Mindestanforderung:</b> Anzahl 1</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner:</p> <p>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.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.</p>	
<p><b>Fakultativ:</b> Adipositas-Sprechstunde</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	

4.4. DIABETOLOGIE

<p>Diabetologin/Diabetologe DDG® oder vergleichbare Qualifikation</p> <p><b>Mindestanforderung:</b> Kooperation mit 1 diabetologischen Schwerpunktpraxis</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner:</p> <p>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.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.</p>	
<p><b>Fakultativ:</b> Idealerweise diabetologische Schwerpunktpraxis mit DDG®-Zertifizierung</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	

4.5. KARDIOLOGIE / ANGIOLOGIE

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
<p>Sämtliche konventionellen Methoden der Herz- und Gefäßdiagnostik (EKG, Farddopplerechokardiografie, Langzeit-EKG, ambulantes Blutdruckmonitoring, Ergo(spiro)metrie, Stressechokardiografie, Doppler-/Duplexsonografie der Hals-, Bauch-, Becken- und Beinarterien)</p> <p><b>Mindestanforderung:</b> Enge Zusammenarbeit mit 1 kardiologischen/angiologischen Praxis oder Klinikambulanz</p> <p>Chest-Pain-Unit (CPU) sowie invasive Herz- und Gefäßdiagnostik (Herzkatheter/Angiographie) und Koronar-Interventionsmöglichkeit (PCTA, Stenting), (siehe unter 4.15. Kliniken).</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner:</p> <p>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.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.</p>	
<p><b>Fakultativ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGK®-zertifizierte Brustschmerz-Ambulanz (BSA)</li> <li>• Diagnostische und organisatorische Pfade an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Medizin sollten schriftlich fixiert sind</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein</p>	

4.6. GEFÄSSCHIRURGIE

<p>Enge Kooperation mit einer Einrichtung mit allen Möglichkeiten für gefäßchirurgische Eingriffe</p> <p><b>Mindestanforderung:</b> Enge Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner</p> <p>Verfügbarkeit von mindestens 1 Gefäß-OP und 1 Hybrid-OP, (siehe unter 4.15. Kliniken).</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner:</p> <p>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.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.</p>	
---	--	--

4.7. HERZCHIRURGIE

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
<p>Enge Kooperation mit einer Einrichtung mit allen Möglichkeiten für Herz-/Thorax-chirurgische Eingriffe.</p> <p><b>Mindestanforderung:</b> Enge Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner</p> <p>Verfügbarkeit von mindestens 1 Herz-OP und 1 Hybrid-OP, (siehe unter 4.15. Kliniken).</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner:</p> <p>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.</p>	

4.8. RADIOLOGIE/ANGIOLOGIE

<p>Komplette radiologische Gefäßdiagnostik (konventionelle Angiographie, Angio- und Cardio-MRT sowie Angio- und Cardio-CT)</p> <p><b>Mindestanforderung:</b> Enge Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner</p> <p>Gefäß-Interventionsmöglichkeit (PTA, Stenting), (siehe unter 4.15. Kliniken).</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner:</p> <p>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.</p>	
---	---	--

4.9. NEPHROLOGIE

<p>Abklärung sekundärer Fettstoffwechselstörungen; Lipoprotein-Apherese gemäß Lipoprotein-Apherese-Standard für Apherese-Kompetenzzentren (Mindestanzahl an Apherese-Behandlungen pro Jahr: 400; Mindestzahl an Apherese-Verfahren: 3)</p> <p><b>Mindestanforderung:</b> Enge Zusammenarbeit mit 1 Apherese-Kompetenzzentrum</p> <p>Dokumentation der Einhaltung gültiger Apherese-standards durch das Apherese-Kompetenzzentrum und Garantie in schriftlich fixierter Form</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner:</p> <p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein</p>	
<p><b>Fakultativ:</b> Meldung der Apherese-Behandlungsdaten an Deutsches Lipidapherese-Register (DLAR)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein</p>	

4.10. GASTROENTEROLOGIE

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
<p>Kooperation mit einer/einem Gastroenterologin/ Gastroenterologen zur leitliniengerechten Diagnostik der akuten und chronischen Pankreatitis sowie der NAFLD</p> <p><b>Mindestanforderung:</b> Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner:</p> <p>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.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.</p>	

4.11. DERMATOLOGIE

<p>Kooperation mit einer/einem Dermatologin/Dermatologen zur differentialdiagnostischen Einordnung von Hauterscheinungen im Rahmen von Fettstoffwechselstörungen, Lipidosen und lipidsenkender Pharmakotherapie</p> <p><b>Mindestanforderung:</b> Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner:</p> <p>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.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.</p>	
--	--	--

4.12. GYNÄKOLOGIE / GEBURTSHILFE

<p>Kooperation mit einer/einem Gynäkologin/ Gynäkologen oder Geburtshelfer/in zur gemeinsamen Betreuung von Schwangeren und stillenden Patientinnen mit Fettstoffwechselstörungen</p> <p><b>Mindestanforderung:</b> Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner:</p> <p>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.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.</p>	
--	--	--

4.13. PÄDIATRIE

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
<p>Kooperation mit einer/einem Kinderärztin/-arzt für die spezielle Lipiddiagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen im Kindes- und Jugendalter</p> <p><b>Mindestanforderung:</b> Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner, alternativ Kinder- und Jugendsprechstunde im Kompetenzzentrum</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner:</p> <p>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.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.</p>	
<p><b>Fakultativ:</b> Lipidologin/Lipidologe DGFF®</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	

4.14. NEUROLOGIE

<p>Kooperation mit einer/einem Neurologin/Neurologen zur gemeinsamen Betreuung von Patienten mit Fettstoffwechselstörungen und neurologischen Folgeerkrankungen</p> <p><b>Mindestanforderung:</b> Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner:</p> <p>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.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.</p>	
--	--	--

4.15. KLINIKEN

<p>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.)</p> <p><b>Mindestanforderung:</b> Enge Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner:</p> <p>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.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.</p>	
--	--	--

FORTSETZUNG 4.15. KLINIKEN

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
<p>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.)</p> <p><b>Mindestanforderung:</b> Enge Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner:</p> <p>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.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.</p>	
<p><b>Fakultativ:</b> Diagnostische und organisatorische Pfade an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Medizin sollten schriftlich fixiert sein.</p> <p>Dauerhafte Partnerschaften mit Stroke-Unit und ggf. einer auf bariatrische Chirurgie spezialisierten Einrichtung</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	

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

<p><b>Fakultativ:</b> 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</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
---	--	--

## 5. Mitarbeiterfortbildung, Patientenschulung und Öffentlichkeitsarbeit im Kompetenzzentrum

### 5.1. LIPIDOLOGISCHE FALLBESPRECHUNGEN

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

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

<p><b>Mindestanforderung:</b> 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®</p>	<p>Namen der Ärztinnen/Ärzte:</p> <p>Bitte reichen Sie die entsprechenden Fortbildungsnachweise zusammen mit diesem Erhebungsbogen ein (als Kopie oder Scan)</p>	
--	--	--

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

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









## ERSTELLUNG / AKTUALISIERUNG

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

## BITTE FÜR DAS AUDIT FOLGENDES BEREITHALTEN

- Kopie der Facharztzeugnisse
- Kopie der Urkunden zum Lipidologen DGFF®
- 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](mailto:info@lipid-liga.de)

### Von den Auditoren auszufüllen

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Audit bestanden (Auditor/in 1)                         | <input type="checkbox"/> Audit bestanden (Auditor/in 2)                         |
| <input type="checkbox"/> Nachbesserungen erforderlich (s. o.)<br>(Auditor/in 1) | <input type="checkbox"/> Nachbesserungen erforderlich (s. o.)<br>(Auditor/in 2) |

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschriften Auditor/in 1 und Auditor/in 2