

„Lipid-Ambulanz DGFL“

Deutsche Gesellschaft für Lipidologie e. V. (DGFL) – Lipid-Liga



Antragsteller
(Name der med. Einrichtung)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Name der Leiterin/des Leiters

Fachärztin/Facharzt für

Registrierungs-Nr. bei der
DGFL – Lipid-Liga e. V.
(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 in der Lipid-Ambulanz

1.1. ÄRZTLICHES PERSONAL

	Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Vom Auditor auszufüllen
1.1.1.	Anzahl der Ärztinnen/Ärzte und Fachgebiete in der Lipid-Ambulanz Mindestanforderung: 1 Fachärztin/-arzt für Innere Medizin ohne oder mit Teilgebietsbezeichnung oder Allgemeinmedizin oder Pädiatrie	Anzahl: Name und Qualifikation von mindestens 1 Ärztin/Arzt:	
1.1.2.	Anzahl der Lipidologinnen/Lipidologen in der Lipid-Ambulanz Mindestanforderung: 1 Lipidologin/Lipidologe DGFL® (hauptamtlich tätig in der Lipid-Ambulanz)	Anzahl: Name(n):	
1.1.3.	Fakultativ: Zusatzqualifikation „Ernährungsmedizin“	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
1.1.4.	Fakultativ: Zusatzqualifikation „Diabetologin/ Diabetologe DDG“	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

1. 2. NICHT-ÄRZTLICHES PERSONAL

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

2. Inhaltliche und strukturelle Voraussetzungen in der Lipid-Ambulanz

2.1. DIAGNOSTIK VON FETTSTOFFWECHSELSTÖRUNGEN

	Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen		Vom Auditor auszufüllen
In der eigenen Lipid-Ambulanz				
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.	Blutentnahme nüchtern/postprandial	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
In der eigenen Lipid-Ambulanz oder bei externem Partner				
2.1.4.	Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
2.1.5.	Abdomensonographie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
2.1.6.	Duplex-Sonografie der zentralen und peripheren Gefäße	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
2.1.7.	Laboranalysen			
2.1.7.1.	Einfacher Lipidstatus (Gesamt-Cholesterin, LDL- und HDL-Cholesterin, Triglyzeride, 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 JEDER PATIENTIN/ 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 Fachärztinnen und -ärzten)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	Mindestanforderung: Patientenfallzahl durchschnittlich 200 pro Jahr	Anzahl im vorletzten Jahr: Anzahl im letzten Jahr:		

3. Räumliche und zeitliche Voraussetzungen

3.1. RÄUMLICHKEITEN

	Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Vom Auditor auszufüllen
3.1.1.	Sprechzimmer	Anzahl:	
3.1.2.	Untersuchungszimmer	Anzahl:	
3.1.3.	Labor zur Blutprobengewinnung	Anzahl:	
3.1.4.	Schulungsraum in der eigenen Ambulanz oder in Kooperation mit einer externen Einrichtung Mindestanforderung: Je ein Raum	Anzahl:	
3.1.5.	Fakultativ: Sonographieraum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

3.2. ZEIT

3.2.1.	Verfügbarkeit Mindestanforderung: Verfügbarkeit von mindestens 1 Lipidologin/Lipidologen DGFL® an 2 Tagen pro Woche	Öffnungszeiten benennen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
--------	--	--	--

Muster

4. Kooperationspartner/innen der Lipid-Ambulanz

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

4.1. ALLGEMEINMEDIZIN / INNERE MEDIZIN

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Vom Auditor auszufüllen
<p>Fakultativ: <i>Es ist wünschenswert, Ärztinnen/Ärzte, denen eine entscheidende Aufgabe bei der Basisversorgung von Patientinnen und Patienten mit Fettstoffwechselstörungen zukommt, als Kooperationspartner/innen zu gewinnen.</i></p> <p>Empfehlung: <i>Kooperationspartner/innen sollten möglichst folgende Anforderungen erfüllen.</i> Screening von Fettstoffwechselstörungen durch regelmäßige Laborkontrollen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder: U9 (Pädiater) • Gesunde Erwachsene: alle 5 Jahre (Checkup 35) • Kardiovaskuläre Risikopatientinnen und -patienten in der Primärprävention: alle 2 Jahre • Kardiovaskuläre Risikopatientinnen und -patienten in der Sekundärprävention: alle 12 Monate • Patientinnen und Patienten unter lipidsenkender Therapie: alle 3 bis 6 Monate (bei Neueinstellung oder Intensivierung der Therapie nach 4-6 Wochen) <p>Überweisung zur Lipidologin/zum Lipidologen bei Nicht-Erreichen der Zielwerte (DGFL-, EAS-, ESC-, NCEP-Empfehlungen/Guidelines)</p>	<p>Anzahl kooperierender Ärztinnen/Ärzte:</p> <p>Namen und Qualifikationen von max. 3 Ärztinnen/Ärzten:</p>	

4.2. LABORMEDIZIN

<p>Erhebung des einfachen Lipidstatus (Gesamt-Cholesterin, LDL- und HDL-Cholesterin, Triglyzeride, Lp(a)) sowie lipidologischer Spezialparameter (z. B. Apolipoproteine) Durchführung von molekulargenetischen Untersuchungen</p> <p>Mindestanforderung: 1 mit der Lipid-Ambulanz verbundener Kooperationspartner:</p>	<p>Name:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Ansprechpartner/in:</p> <p>Tel.-Nr.:</p> <p>Anzahl weiterer Kooperationspartner:</p>	
---	--	--

Anforderungs- und Erhebungsbogen zur Zertifizierung als Lipid-Ambulanz DGFL

4.3. ENDOKRINOLOGIE

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Vom Auditor auszufüllen
Fakultativ: Kooperation mit einer/einem Endokrinologin/ Endokrinologen zur Abklärung sekundärer Fett- stoffwechselstörungen; idealerweise Angebot einer Adipositas-Sprechstunde	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

4.4. DIABETOLOGIE

Diabetologin/Diabetologe DDG® oder vergleichbare Qualifikation Mindestanforderung: Kooperation mit 1 diabetologischen Schwerpunk- tpraxis	Name: Anschrift: Ansprechpartner/in: Tel.-Nr.: Anzahl weiterer Kooperationspartner/innen:	
Fakultativ: DDG®-zertifizierte diabetologische Schwerpunktpraxis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Anforderungs- und Erhebungsbogen zur Zertifizierung als Lipid-Ambulanz DGFL

4.5. KARDIOLOGIE / ANGIOLOGIE

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Vom Auditor auszufüllen
<p>Sämtliche konventionellen Methoden der Herz- und Gefäßdiagnostik (EKG, Farbdopplerechokardiografie, Langzeit-EKG, ambulantes Blutdruckmonitoring, Ego(spiro)metrie, Stressechokardiografie, Doppler-/Duplexsonografie der Hals-, Bauch-, Becken- und Beinarterien)</p> <p>Mindestanforderung: Enge Zusammenarbeit mit 1 kardiologischen/angiologischen Praxis oder Klinikambulanz</p>	<p>Name:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Ansprechpartner/in:</p> <p>Tel.-Nr.:</p> <p>Anzahl weiterer Kooperationspartner/innen:</p>	
<p>Fakultativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DGK®-zertifizierte Brustschmerz-Ambulanz (BSA) • Diagnostische und organisatorische Pfade an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Medizin sollten schriftlich fixiert sein. • Chest-Pain-Unit (CPU) sowie invasive Herz- und Gefäßdiagnostik (Herzkatheter/Angiographie) und Koronar-Interventionsmöglichkeit (PCTA, Stenting) (siehe unter 4.13. Kliniken) 	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	

4.6. RADIOLOGIE / ANGIOLOGIE

<p>Komplette radiologische Gefäßdiagnostik (konventionelle Angiographie, Angio- und Cardio-MRT sowie Angio- und Cardio-CT)</p> <p>Mindestanforderung: Enge Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner/in:</p>	<p>Name:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Ansprechpartner/in:</p> <p>Tel.-Nr.:</p> <p>Anzahl weiterer Kooperationspartner/innen:</p>	
<p>Fakultativ: Gefäß-Interventionsmöglichkeit (PTA, Stenting) (siehe unter 4.13. Kliniken)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	

Anforderungs- und Erhebungsbogen zur Zertifizierung als Lipid-Ambulanz DGFL

4.7. NEPHROLOGIE

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Vom Auditor auszufüllen
<p>Abklärung sekundärer Fettstoffwechselstörungen; Lipoprotein-Apherese gemäß Lipoprotein-Apherese-Standard für Apherese-Zentren (Mindestanzahl an Apherese-Behandlungen pro Jahr: 250; Mindestzahl an Apherese-Verfahren: 2)</p> <p>Mindestanforderung: Enge Zusammenarbeit mit 1 Apherese-Zentrum</p>	<p>Name:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Ansprechpartner/in:</p> <p>Tel.-Nr.:</p> <p>Anzahl weiterer Kooperationspartner/innen:</p>	
<p>Fakultativ: Meldung der Apherese-Behandlungsdaten an Deutsches Lipoproteinapherese-Register (DLAR)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	

4.8. GASTROENTEROLOGIE

<p>Fakultativ: Kooperation mit einer/einem Gastroenterologin/Gastroenterologen zur leitliniengerechten Diagnostik der akuten und chronischen Pankreatitis sowie der NAFLD</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
--	--	--

4.9. DERMATOLOGIE

<p>Fakultativ: Kooperation mit einer/einem Dermatologin/Dermatologen zur differentialdiagnostischen Einordnung von Hauterscheinungen im Rahmen von Fettstoffwechselstörungen, Lipidosen und lipidsenkender Pharmakotherapie</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
--	--	--

4.10. GYNÄKOLOGIE / GEBURTSHILFE

<p>Fakultativ: Kooperation mit einer/einem Gynäkologin/Gynäkologen oder Geburtshelfer/in zur gemeinsamen Betreuung von Schwangeren und stillenden Patientinnen mit Fettstoffwechselstörungen</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
---	--	--

Anforderungs- und Erhebungsbogen zur Zertifizierung als Lipid-Ambulanz DGFL

4.11. PÄDIATRIE

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Vom Auditor auszufüllen
<p>Fakultativ: Kooperation mit einer/einem Kinderärztin/-arzt für die spezielle Lipiddiagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen im Kindes- und Jugendalter</p> <p>Wünschenswert: Lipidologin/Lipidologe DGFL®</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

4.12. NEUROLOGIE

<p>Fakultativ: Kooperation mit einer/einem Neurologin/Neurologen zur gemeinsamen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Fettstoffwechselstörungen und neurologischen Folgeerkrankungen</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
---	---	--

4.13. KLINIKEN

<p>Fakultativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kooperation mit der Notfalleinrichtung oder Chest-Pain-Unit einer invasiv tätigen kardiologischen Klinik (Herzkatheter/Angiographie/PCTA/Stenting) (siehe auch Punkt 4.5.) • Diagnostische und organisatorische Pfade an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Medizin sollten schriftlich fixiert sein • Kooperation mit einer radiologischen/angiologischen Klinik mit Gefäß-Interventionsmöglichkeit (PTA, Stenting) (siehe auch unter Punkt 4.6.) • Kooperation mit einer gefäß- und herzchirurgischen Klinik, einer Stroke-Unit sowie ggf. einer auf bariatrische Chirurgie spezialisierten Einrichtung 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
---	--	--

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

<p>Fakultativ: z. B. Kooperationen mit Einrichtungen, die die Schulung von Patientinnen und 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>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
--	---	--

5. Fortbildung und Schulung von Patientinnen und Patienten

5.1. LIPIDOLOGISCHE FALLBESPRECHUNGEN

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Vom Auditor auszufüllen
Fakultativ: Lipidologische Fallbesprechungen im Team; wünschenswert: mind. 1x pro Quartal mit Kurzdokumentation	<input type="checkbox"/> Ja (Frequenz) <input type="checkbox"/> Nein	

5.2. TEILNAHME AN EXTERNEN FORTBILDUNGEN (CME) FÜR ÄRZTINNEN/ÄRZTE (LIPIDOLOGIN/LIPIDOLOGE DER LIPID-AMBULANZ)

Mindestanforderung: 2 Fortbildungen pro Jahr (erforderlich zur Führung der Bezeichnung Lipidologin/Lipidologe DGFL®)	Anzahl: Beschreibung:	
--	------------------------------	--

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)	Anzahl: Beschreibung:	
--	------------------------------	--

5.4. SCHULUNGEN VON PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Fakultativ: Kontinuierliches Angebot von Schulungen für Patientinnen und Patienten	<input type="checkbox"/> Ja (Frequenz): <input type="checkbox"/> Nein:	
--	---	--

6. Dokumentation, Qualitätssicherung und -verbesserung

6.1. DOKUMENTATION

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Vom Auditor auszufüllen
<p>Dokumentation aller Patientinnen und Patienten mit Fettstoffwechselstörungen durch abschließende Befundberichte bzw. lipidologische Arztbriefe oder Fachgutachten (spezielle Lipiddiagnostik und Therapie)</p> <p>Mindestanforderung: durchschnittlich 200 Fälle pro Jahr</p>	<p>Anzahl im vorletzten Jahr:</p> <p>Anzahl im letzten Jahr:</p>	

6.2. QUALITÄTSSICHERUNG UND -VERBESSERUNG

<p>Qualitätsmanagement System mit Prozessbeschreibungen, Verfahrensanweisungen und Arbeitsanweisungen (Versorgungspfade – Standard Operation Procedures)</p> <p>Muss im Vorfeld der Zertifizierung etabliert sein</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja (Beschreibung)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, seit</p>	
---	---	--

6.3. REGISTER

<p>Fakultativ: Erfassung von lipidologischen Laborparametern und kardiovaskulären Ereignissen und Einspeisen in nationales Register</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
--	---	--

7. Zusätzliche Anmerkungen

Anforderungs- und Erhebungsbogen zur Zertifizierung als Lipid-Ambulanz DGFL

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 Urkunde zur Lipidologin/zum Lipidologen DGFL®
- Zugriff auf Dokumentationen aller Patientinnen und Patienten mit Fettstoffwechselstörungen bzw. abschließende Befundberichte bzw. lipidologische Arztbriefe (zur stichprobenhaften Prüfung)

BITTE SENDEN SIE DIESEN ERHEBUNGSBOGEN

per Post an: Deutsche Gesellschaft für Lipidologie e.V. (DGFL) – Lipid-Liga
Kuhgasse 9 · 63571 Gelnhausen
oder per E-Mail an: info@lipid-liga.de

Von der Auditorin/vom Auditor auszufüllen

- Audit bestanden
- Nachbesserungen erforderlich (s. o.)

Datum

Unterschrift Auditorin/Auditor