

Anforderungs- und Erhebungsbogen zur Re-Zertifizierung als

# „Lipid-Ambulanz DGFL“

durch die 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 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 in der Lipid-Ambulanz

### 1.1. ÄRZTLICHES PERSONAL

	Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Vom Auditor auszufüllen
1.1.1.	<b>Anzahl der Ärztinnen/Ärzte und Fachgebiete in der Lipid-Ambulanz</b>  <b>Mindestanforderung:</b> 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.	<b>Anzahl der Lipidologinnen/Lipidologen in der Lipid-Ambulanz</b>  <b>Mindestanforderung:</b> 1 Lipidologin/Lipidologe DGFL® (hauptamtlich tätig in der Lipid-Ambulanz)	Anzahl:  Name(n):	
1.1.3.	<b>Fakultativ:</b> Zusatzqualifikation „Ernährungsmedizin“	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
1.1.4.	<b>Fakultativ:</b> Zusatzqualifikation „Diabetologin/Diabetologe DDG“	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

### 1.2. NICHT-ÄRZTLICHES PERSONAL

1.2.1.	<b>Anzahl der nicht-ärztlichen Mitarbeiter/innen</b>  <b>Mindestanforderung:</b> 1 Mitarbeiter/in mit folgender Berufsbezeichnung: <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>	Anzahl:  Qualifikation(en):	
1.2.2.	Diätassistent/in bzw. zur Ernährungstherapie und -beratung qualifizierte Fachkraft  <b>Mindestanforderung:</b> 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.	<b>Fakultativ:</b> 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
<b>In der eigenen Lipid-Ambulanz</b>				
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	
<b>In der eigenen Lipid-Ambulanz oder bei externem Partner</b>				
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.	<b>Laboranalysen</b>			
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	
	<b>Mindestanforderung:</b> 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 <b>Mindestanforderung:</b> Je ein Raum	Anzahl:	
3.1.5.	<b>Fakultativ:</b> Sonographieraum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

### 3.2. ZEIT

3.2.1.	Verfügbarkeit <b>Mindestanforderung:</b> 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><b>Fakultativ:</b> <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><b>Empfehlung:</b> <i>Kooperationspartner/innen sollten möglichst folgende Anforderungen erfüllen.</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 Risikopatientinnen und -patienten in der Primärprävention: alle 2 Jahre</li> <li>• Kardiovaskuläre Risikopatientinnen und -patienten in der Sekundärprävention: alle 12 Monate</li> <li>• Patientinnen und Patienten unter lipidsenkender Therapie: alle 3 bis 6 Monate (bei Neueinstellung oder Intensivierung der Therapie nach 4-6 Wochen)</li> </ul> <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><b>Mindestanforderung:</b> 1 mit der Lipid-Ambulanz verbundener Kooperationspartner/innen</p>	<p>Name:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Ansprechpartner/in:</p> <p>Tel.-Nr.:</p> <p>Anzahl weiterer Kooperationspartner/innen:</p>	
--	--	--

## Anforderungs- und Erhebungsbogen zur Re-Zertifizierung als Lipid-Ambulanz DGFL

### 4.3. ENDOKRINOLOGIE

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Vom Auditor auszufüllen
<b>Fakultativ:</b> 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  <b>Mindestanforderung:</b> Kooperation mit 1 diabetologischen Schwerpunk- praxis	Name:  Anschrift:  Ansprechpartner/in:  Tel.-Nr.:  Anzahl weiterer Kooperationspartner/innen:	
<b>Fakultativ:</b> DDG®-zertifizierte diabetologische Schwerpunktpraxis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Muster

# Anforderungs- und Erhebungsbogen zur Re-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><b>Mindestanforderung:</b> 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><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 sein.</li> <li>• Chest-Pain-Unit (CPU) sowie invasive Herz- und Gefäßdiagnostik (Herzkatheter/Angiographie) und Koronar-Interventionsmöglichkeit (PCTA, Stenting) (siehe unter 4.13. Kliniken)</li> </ul>	<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><b>Mindestanforderung:</b> 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><b>Fakultativ:</b> Gefäß-Interventionsmöglichkeit (PTA, Stenting) (siehe unter 4.13. Kliniken)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein</p>	

# Anforderungs- und Erhebungsbogen zur Re-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><b>Mindestanforderung:</b> 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><b>Fakultativ:</b> Meldung der Apherese-Behandlungsdaten an Deutsches Lipoproteinapherese-Register (DLAR)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	

## 4.8. GASTROENTEROLOGIE

<p><b>Fakultativ:</b> 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><b>Fakultativ:</b> 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><b>Fakultativ:</b> 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 Re-Zertifizierung als Lipid-Ambulanz DGFL

## 4.11. PÄDIATRIE

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

## 4.12. NEUROLOGIE

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

<b>Mindestanforderung:</b> 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

<b>Fakultativ:</b> Kontinuierliches Angebot von Patientenschulungen	<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><b>Mindestanforderung:</b> 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><b>Fakultativ:</b> 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 Re-Zertifizierung als Lipid-Ambulanz DGFL

## 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 ERNEUTES AUDIT FOLGENDES BEREITHALTEN

Zugriff auf Dokumentationen aller Patientinnen und Patienten mit Fettstoffwechselstörungen bzw. abschließende wvBefundberichte 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](mailto:info@lipid-liga.de)

## Von der Auditorin/vom Auditor auszufüllen

- Anforderungen für die Re-Zertifizierung erfüllt
- Nachbesserungen erforderlich (s. o.)

Datum

Unterschrift Auditorin/Auditor

Muster