

Anforderungs- und Erhebungsbogen zur Zertifizierung als

„Lipidologisches Kompetenzzentrum und Netzwerk 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 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>Anzahl der Ärztinnen/Ärzte und Fachgebiete im Kompetenzzentrum</p> <p>Mindestanforderung: 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>Anzahl der Lipidologinnen/Lipidologen im Kompetenzzentrum</p> <p>Mindestanforderung: 2 Lipidologinnen/Lipidologen DGFL® (hauptamtlich tätig im Zentrum)</p>	<p>Anzahl:</p> <p>Namen:</p>	
1.1.3.	<p>Fakultativ: Zusatzqualifikation „Ernährungsmedizin“</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja Anzahl:</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>	
	<p>Fakultativ: 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>Anzahl der nicht-ärztlichen Mitarbeiter/innen</p> <p>Mindestanforderung: 2 Mitarbeiter/innen mit folgender Berufsbezeichnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medizinische/r Fachangestellte/r oder • Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder • Diabetesberater/in oder -assistent/in DDG 	<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>Mindestanforderung: 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>Fakultativ: 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><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
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))	<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/JEDEM PATIENTIN/EN

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/-ärzte) Mindestanforderung: 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 Mindestanforderung: Jeweils mindestens 1 Raum	Anzahl:	

3.2. ZEIT

3.2.1.	Verfügbarkeit Mindestanforderung: Verfügbarkeit von mindestens 1 Lipidologin/Lipidologen DGFL an 5 Tagen pro Woche	Öffnungszeiten benennen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
--------	---	--	--

4. Kooperationspartner/innen im Netzwerk

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	Von den Auditoren auszufüllen
<p>Es ist anzustreben, möglichst viele solcher Ärztinnen/Ärzte, denen eine entscheidende Aufgabe bei der Basisversorgung von Patient/innen mit Fettstoffwechselstörungen zukommt, als Kooperationspartner ins lipidologische Netzwerk einzubeziehen.</p> <p>Mindestanforderungen: 5 Kooperationspartner/innen <i>Für die Kooperationspartner/innen gelten folgende Anforderungen:</i> Screening von Fettstoffwechselstörungen durch regelmäßige Laborkontrollen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder: U9 (durch Pädiater/innen) • Gesunde Erwachsene: alle 5 Jahre (Checkup 35) • Kardiovaskuläre Risikopatient/innen in der Primärprävention: alle 2 Jahre • Kardiovaskuläre Risikopatient/innen in der Sekundärprävention: alle 12 Monate • Patient/innen unter lipidsenkender Therapie: alle 3 bis 6 Monate (bei Neueinstellung oder Intensivierung der Therapie nach 4 – 6 Wochen) <p>Überweisung zur/zum Lipidolog/in bei Nicht-Erreichen der Zielwerte (DGFL-, EAS-, ESC-, NCEP-Empfehlungen/Guidelines)</p>	<p>Anzahl aller kooperierenden Ärztinnen/Ärzte:</p> <p>Anzahl aller Kooperationspartner/innen, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner/in des Kompetenzzentrums sein möchten:</p> <p>Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung all dieser Kooperationspartner/innen mit Ansprechpartner und Adresse.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen der Kooperationspartner/innen 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>Mindestanforderung: 1 vertraglich mit dem Kompetenzzentrum verbundener Kooperationspartner</p>	<p>Anzahl aller vertraglich mit dem Kompetenzzentrum verbundenen Kooperationspartner:</p> <p>Anzahl aller Kooperationspartner/innen, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner/in des Kompetenzzentrums sein möchten:</p> <p>Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung all dieser Kooperationspartner/innen mit Ansprechpartner und Adresse.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein, und halten Sie den Vertrag mit mindestens 1 Kooperationspartner/in 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>Mindestanforderung: Anzahl 1</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner/innen:</p> <p>Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner/innen, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner/innen des Kompetenzzentrums sein möchten.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.</p>	
<p>Fakultativ: 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>Mindestanforderung: Kooperation mit 1 diabetologischen Schwerpunktpraxis</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner/innen:</p> <p>Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner/innen, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner/innen des Kompetenzzentrums sein möchten.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.</p>	
<p>Fakultativ: Idealerweise diabetologische Schwerpunktpraxis mit DDG®-Zertifizierung</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	

Muster

4.5. KARDIOLOGIE / ANGIOLOGIE

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
<p>Sämtliche konventionellen Methoden der Herz- und Gefäßdiagnostik (EKG, Farbdopplerechokardiografie, Langzeit-EKG, ambulantes Blutdruckmonitoring, Ergo(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>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/innen:</p> <p>Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner/innen, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner/innen des Kompetenzzentrums sein möchten.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.</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 sind 	<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>Mindestanforderung: 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/innen:</p> <p>Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner/innen, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner/innen 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>Mindestanforderung: 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/innen:</p> <p>Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner/innen, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner/innen des Kompetenzzentrums sein möchten.</p> <p>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>Mindestanforderung: Enge Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner</p> <p>Gefäß-Interventionsmöglichkeit (PTA, Stenting), (siehe unter 4.15. Kliniken).</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner/innen:</p> <p>Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner/innen, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner/innen des Kompetenzzentrums sein möchten.</p> <p>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>Mindestanforderung: 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/innen:</p> <p>Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner/innen, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner/innen des Kompetenzzentrums sein möchten.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
<p>Fakultativ: Meldung der Apherese-Behandlungsdaten an Deutsches Lipoproteinregister (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>Mindestanforderung: Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner/in</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner/innen:</p> <p>Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner/innen, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner/innen 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>Mindestanforderung: Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner/in</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner/innen:</p> <p>Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner/innen, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner/innen 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>Mindestanforderung: Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner/in</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner/innen:</p> <p>Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner/innen, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner/innen 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>Mindestanforderung: Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner/in, alternativ Kinder- und Jugendsprechstunde im Kompetenzzentrum</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner/innen:</p> <p>Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner/innen, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner/innen des Kompetenzzentrums sein möchten.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.</p>	
<p>Fakultativ: Lipidologin/Lipidologe DGFL®</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>Mindestanforderung: Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner/in</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner/innen:</p> <p>Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner/innen, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner/innen 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>Mindestanforderung: Enge Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner/innen:</p> <p>Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner/innen, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner/innen 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>Mindestanforderung: Enge Zusammenarbeit mit 1 Kooperationspartner</p>	<p>Anzahl aller Kooperationspartner/innen:</p> <p>Bitte nutzen Sie die (Excel-)Tabelle in der Anlage zur Auflistung aller Kooperationspartner/innen, von denen eine schriftliche Erklärung vorliegt, dass sie alle genannten Anforderungen erfüllen und Partner/innen des Kompetenzzentrums sein möchten.</p> <p>Bitte reichen Sie alle schriftlichen Erklärungen mit ein.</p>	
<p>Fakultativ: 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>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</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
---	---	--

5. Fortbildung von Mitarbeiter/innen, Schulung von Patient/innen 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>Mindestanforderung: 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>Mindestanforderung: 2 Fortbildungen pro Jahr pro Ärztin/Arzt, z. B. lipidologische Updates D.A.CH., DDG, DGFL – Lipid-Liga e.V., DGK. Erforderlich z. B. zur Führung der Bezeichnung Lipidologe DGFL®</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>	
---	--	--

6.2. QUALITÄTSSICHERUNG UND -VERBESSERUNG

Anforderungen und Erhebungen	Von der Einrichtung auszufüllen	Von den Auditoren auszufüllen
<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. STATISTIK

<p>Fakultativ: Retrospektive und prospektive statistische Erfassung von lipidologischen Laborparametern und kardiovaskulären Ereignissen im eigenen Kompetenzzentrum</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
---	--	--

6.4. REGISTER

<p>Fakultativ: Einspeisung der erfassten Daten in nationales Register</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
--	--	--

6.5. ZERTIFIZIERUNG

<p>Fakultativ: Zertifizierung des Zentrums (z. B. EPA, ISO 9001, KTQ, QEP)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
---	--	--

7. Zusätzliche Anmerkungen

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 zur Lipidologin/zum Lipidologen DGFL
- Zugriff auf Dokumentationen aller Patienten mit Fettstoffwechselstörungen bzw. abschließende Befundberichte bzw. lipidologische Arztbriefe (zur stichprobenhaften Prüfung)
- Schriftliche Erklärungen aller Partner/innen, die nach erfolgreicher Zertifizierung das Logo „Kooperationspartner im Kompetenznetz Lipidologie DGFL“ 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 KOOPERATIONSPARTNERINNEN UND -PARTNER)

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

Datum

Unterschriften Auditor/in 1 und Auditor/in 2