

„Lipid-Ambulanz 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 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. | Anzahl der 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 Lipidologen in der Lipid-Ambulanz Mindestanforderung: 1 Lipidologin/Lipidologe DGFF® (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 W

| | | | |
|--------|---|--|--|
| 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, 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) | <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 DGFF® an 2 Tagen pro Woche | Öffnungszeiten benennen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
|--------|--|--|--|

Muster

4. Kooperationspartner der Lipid-Ambulanz

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 | Vom Auditor auszufüllen |
|---|---|-------------------------|
| <p>Fakultativ: <i>Es ist wünschenswert, Ärztinnen/Ärzte, denen eine entscheidende Aufgabe bei der Basisversorgung von Patienten mit Fettstoffwechselstörungen zukommt, als Kooperationspartner zu gewinnen.</i></p> <p>Empfehlung: Kooperationspartner sollten möglichst folgende Anforderungen erfüllen. Screening von Fettstoffwechselstörungen durch regelmäßige Laborkontrollen</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) <p>Überweisung zum Lipidologen bei Nicht-Erreichen der Zielwerte (DGFF-, 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, Triglyceride, 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:</p> <p>Tel.-Nr.:</p> <p>Anzahl weiterer Kooperationspartner:</p> | |
|--|---|--|

Anforderungs- und Erhebungsbogen zur Re-Zertifizierung als Lipid-Ambulanz DGFF

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 Schwerpunkt- praxis | Name: Anschrift: Ansprechpartner: Tel.-Nr.: Anzahl weiterer Kooperationspartner: | |
| Fakultativ: DDG®-zertifizierte diabetologische Schwerpunktpraxis | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |

Anforderungs- und Erhebungsbogen zur Re-Zertifizierung als Lipid-Ambulanz DGFF

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:</p> <p>Tel.-Nr.:</p> <p>Anzahl weiterer Kooperationspartner:</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</p> | <p>Name:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Ansprechpartner:</p> <p>Tel.-Nr.:</p> <p>Anzahl weiterer Kooperationspartner:</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 Re-Zertifizierung als Lipid-Ambulanz DGFF

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:</p> <p>Tel.-Nr.:</p> <p>Anzahl weiterer Kooperationspartner:</p> | |
| <p>Fakultativ: Meldung der Apherese-Behandlungsdaten an Deutsches Lipidapherese-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 Re-Zertifizierung als Lipid-Ambulanz DGFF

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 DGFF®</p> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |

4.12. NEUROLOGIE

| | | |
|--|---|--|
| <p>Fakultativ: Kooperation mit einer/einem Neurologin/Neurologen zur gemeinsamen Betreuung von 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 Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und strukturierte Bewegungsprogramme bei Fettstoffwechselstörungen, Begleit- und Folgeerkrankungen anbieten (z. B. Herzsportgruppe); ggf. auch Angebot von sozial-medizinischer Begutachtung und Hilfestellung</p> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
|--|---|--|

5. Mitarbeiterfortbildung und Patientenschulung

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 Lipidologe DGFF®) | 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. PATIENTENSCHULUNGEN

| | | |
|--|---|--|
| Fakultativ: 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 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 Re-Zertifizierung als Lipid-Ambulanz DGFF

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 Patienten mit Fettstoffwechselstörungen bzw. abschließende Befundberichte bzw. lipidologische Arztbriefe (zur stichprobenhaften Prüfung)

BITTE SENDEN SIE DIESEN ERHEBUNGSBOGEN

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 der Auditorin/vom Auditor auszufüllen

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

Datum

Unterschrift Auditorin/Auditor

Muster