
Kriterien (Pflichtitems) für die Erweiterte Anerkennung

**„Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG
mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement“**

*Auf der Grundlage der Beschlüsse des Ausschusses Qualitätssicherung,
Schulung und Weiterbildung (QSW)
Fassung vom 23.07.2014*

Die folgenden Richtlinien zur Anerkennung von Behandlungseinrichtungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, Behandlungseinrichtungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Behandlungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus gelten für stationäre und ambulante Einrichtungen zum Nachweis eines erweiterten Qualitätsniveaus mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement.

Die Anerkennung wird für drei Jahre ausgesprochen. Rechtzeitig, wenigstens 6 Monate vor Ablauf dieses Anerkennungszeitraumes, ist ein Rezertifizierungsantrag zu stellen, um einen lückenlosen Übergang zur Zertifikatsverlängerung zu erhalten.

Behandlungseinrichtungen werden **jeweils gesondert zertifiziert für:**

- Typ 2-Diabetes (Erwachsene)
- Typ 1- und Typ 2-Diabetes (Erwachsene und Schwangere)
- Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus

Die Zertifikate werden nach Versorgungsform ausgestellt für:

- Ambulante Einrichtungen
- Stationäre Einrichtungen
- Stationäre Einrichtungen mit Ambulanz

Stationäre Einrichtungen mit Ambulanz / MVZ

Bitte beachten Sie, dass Sie im Antrag deutlich machen müssen, ob Sie ein Krankenhaus mit einer Krankenhaus-Ambulanz ohne kassenärztliche Zulassung sind oder ob Sie die ambulante Versorgung über eine kassenärztlich zugelassene Arztpraxis/MVZ durchführen und abrechnen.

a) Wenn keine kassenärztliche Zulassung vorliegt: Hier ist nur ein gemeinsamer Antrag für Klinik und Ambulanz notwendig. Die ambulant betreuten Patienten können in die Gesamtzahl der im Krankenhaus betreuten Patienten eingerechnet werden.

b) Das Krankenhaus hat eine kassenärztlich zugelassene Praxis/MVZ: Hier müssen zwei getrennte Anträge gestellt werden und die Patienten des Krankenhauses sind getrennt zu sehen von den Patienten der Praxis. Beide Anträge müssen für sich die in dieser Richtlinie genannten Anforderungen erfüllen.

Für eine Anerkennung müssen die nachfolgenden Qualifikations-Items erfüllt sein:

Strukturqualität

1. Diabetologe/-in

stationär	2 Vollzeitstellen bzw. entsprechende Teilzeitstellen
ambulant	1 Vollzeitstelle bzw. entsprechende Teilzeitstellen
Pädiatrie	1 Vollzeitstelle bzw. entsprechende Teilzeitstellen

Sofern nur eine Person vollzeitig nachgewiesen werden kann, ist darüber hinaus die qualitativ entsprechende personelle Sicherstellung der Versorgung auch bei Urlaub / Krankheit / Kündigung nachzuweisen. (auch mit Kooperationsvereinbarung möglich).

Nachzuweisen ist zum Zeitpunkt der Antragstellung die Anerkennung als:

- Diabetologe DDG
- Diabetologe Landesärztekammer mit Mitgliedschaft in der DDG
- Facharzt Innere Medizin/Endokrinologie und Diabetologie mit Mitgliedschaft in der DDG.

2. Diabetesberater/-in DDG

stationär	2 Vollzeitstellen bzw. entsprechende Teilzeitstellen
ambulant	1 Vollzeitstelle bzw. entsprechende Teilzeitstellen
Pädiatrie	1 Vollzeitstelle bzw. entsprechende Teilzeitstellen

Sofern nur eine Person vollzeitig nachgewiesen werden kann, ist darüber hinaus die qualitativ entsprechende personelle Sicherstellung der Versorgung auch bei Urlaub / Krankheit / Kündigung nachzuweisen (auch mit Kooperationsvereinbarung möglich). Die Vertretung sollte im Umkreis von max. 30 km tätig sein.

Eine Vollzeitstelle entspricht 38,5 Std./Woche.

3. Gesundheitsfachpersonal mit Weiterbildung zum Wundassistent DDG bzw. Wundmanager DGCW, ICW

Stationär	im Stellenplan mit mindestens einer halben Stelle (0,5) ausgewiesen
ambulant	mindestens eine halbe Stelle, auch Kooperationsnachweis (schriftlich) möglich
Pädiatrie	entfällt

4. Stationspflegepersonal / Mitarbeiterinnen in Schwerpunktpraxis

Stationär	In stationären Einrichtungen muss in der Diabetestherapie erfahrenes Personal 24 Std. verfügbar sein (§ 107 SGB V). Ein Nachweis über regelmäßige (mind. jährliche) Fortbildung des (Stations-) Pflegepersonals ist erforderlich.
Ambulant	In Praxen und Ambulanzen muss in der Diabetestherapie erfahrenes Personal 24 Std. verfügbar und per Mobil-Telefon erreichbar sein (§ 107 SGB V) . Ein Nachweis über regelmäßige (mind. jährliche) Fortbildung der Mitarbeiterinnen (Arzthelferinnen) in der Schwerpunktpraxis ist erforderlich.

5. Psychologe/-in oder Psychotherapeut (ärztl. oder psycholog. Ausrichtung)

- stationär** im Stellenplan mit mindestens einer halben Stelle (0,5) ausgewiesen oder in Kooperation möglich.
- ambulant** Eine Kooperation mit einem Psychologen/Psychotherapeuten muss vorhanden sein, um eine fachgerechte psychosoziale Betreuung zu gewährleisten.
- Pädiatrie** Im Stellenplan mit einer halben Stelle (0,5) ausgewiesen oder Kooperationsnachweis, um die Betreuung der Patienten und ihrer Familien zu gewährleisten

6. Mitarbeiterfortbildung

Die Teilnahme gemäß der Verpflichtung ist nachzuweisen. Das Assistenzpersonal wird jährlich diabetologisch fortgebildet.

7. Kooperationspartner (schriftliche Kooperationsvereinbarung), ambulant/stationär Kooperation mit

- Augenarzt
- Nephrologe
- Neurologe
- Psychologe
- Angiologe, interventioneller Radiologe
- Chirurg/ Gefäßchirurg
- Kardiologe
- Gynäkologe/ Geburtshilfe
- Pädiater zur Sicherstellung der Versorgung von Neugeborenen
- Orthopädienschuhmacher/-techniker

Pädiatrie - Augenarzt

8. Raum für Gruppenschulungen

Ein Raum, der separat für die Schulung genutzt wird, sich in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Diabetesstation bzw. diabetologischen Praxis befindet, für Unterrichtszwecke eingerichtet ist, über Tageslicht, Unterrichtsmedien und Projektionsmöglichkeiten verfügt.
Für die Schulung von **Kindern und Jugendlichen** müssen die Räume den speziellen didaktischen Anforderungen dieser Zielgruppe genügen.

9. Raum für Einzelberatungen

Ein geeigneter Raum für Einzelberatungen muss vorhanden sein.

10. Fußbehandlung

Mindestens ein Raum ausschließlich zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms - Cave MRSA-Keime. Mindestausstattung siehe Empfehlungen der AG Fuß (www.ag-fuss-ddg.de)

11. Labor

Mit dem Antrag sind entsprechende Nachweise, wie eine **Kopie der Protokolle der Kontrollproben-Einzelmessungen** (Zeitraum von mindestens vier Wochen) bzw. des aktuell gültigen **Zertifikates des Ringversuches**, einzureichen.

Falls außer der verbindlich notwendigen Glukose- Messmethode auch eine qualitätsgesicherte Methode zur HbA1c-Messung auf der Diabetesstation bzw. in der Diabetessprechstunde verfügbar ist, unterliegen grundsätzlich beide quantitativen Messmethoden für Glukose und HbA1c der gesetzlich geregelten Qualitätssicherung im Rahmen der RiliBÄK.

Danach muss jede in der Praxis und Klinik genutzte Messmethode (von der Prä- bis zur Postanalytik) als Verfahrensweisung verschriftet und im QM-Handbuch des Labors dargestellt werden (RiliBÄK Teil A, Punkt 6 und 7).

Die Teilnahme am Ringversuch (=externe Qualitätssicherung) ist für alle Methoden ohne Unit-Use-Reagenzien sowohl im stationären wie niedergelassenen Bereich 4x/Jahr vorgeschrieben.

Die interne Qualitätssicherung ist vom Betreiber mittels Messmethodenspezifischer Kontrollprobeneinzelmessungen (KPEM) durchzuführen.

Ausnahmen der RiliBÄK:

Die externe Qualitätssicherung entfällt für POCT-Glukose- wie -HbA1c-Messungen mit Unit-Use-Reagenzien

1. im stationären Bereich, wenn die interne Qualitätskontrolle (Messmethoden-spezifischer Kontrollprobeneinzelmessungen mindestens 1x benutzungswöchentlich) unter der Verantwortung des zugehörigen Zentrallabors steht, das dann allein der externen QS unterliegt.

2. komplett im Praxisbereich des niedergelassenen Arztes.

Falls eine POCT-Glukose-Messmethode mit Unit-Use-Reagenzien für die Diagnostik eines Gestationsdiabetes mellitus gemäß der entsprechenden DDG-Leitlinie eingesetzt wird, empfiehlt diese Leitlinie abweichend von der RiliBÄK im Bereich des niedergelassenen Arztes zusätzlich die externe Qualitätssicherung nach RiliBÄK-Regeln durchzuführen.

12. Einrichtung und Materialien für Blutzuckermessung, für Selbstkontrollen und Ketonbestimmung etc.

Auf der Diabetesstation und im Schulungsraum muss eine gemäß RiLiBÄK qualitätsgesicherte Labormethode zur Glukosebestimmung vorhanden sein.

13. Instrumente zur Prüfung der Neuropathie

Vibrationsgabel, Monofilament, Nadel (Spitz-Stumpf), Tiefensensibilität (kalt/warm), Reflexhammer sind vorhanden.

14. Blutdruckmessgeräte

Manschetten sind in unterschiedlichen Größen vorhanden. Die Blutdruckmessgeräte entsprechen den Standards (Gütesiegel) der Dt. Hochdruckliga. Regelmäßige Eichung aller Blutdruckmessgeräte wird durchgeführt.

15. Injektionshilfen

Verschiedene Formen der Injektionshilfen (incl. Insulinpumpen) sind vorhanden.

16. Schulungsunterlagen

Strukturierte Schulungsunterlagen und Curricula für ambulante und stationäre sowie prä- und poststationäre Schulung sind vorhanden. Die Schulungsinhalte für Einzel- und Modulschulungen liegen in schriftlicher Form vor.

Pädiatrie: altersentsprechende Unterlagen für Patienten und Eltern sind vorhanden

17. Medien

Tafel, Overheadprojektor, geeignete Projektionsmedien sind vorhanden

18. Anschauungs- und Schulungsmaterialien

BZ-, RR-Messgeräte, BZ-RR-Tagebücher, BMI-Tabellen, Gesundheits-Pass Diabetes, sowie div. Anschauungsmaterialien z.B. für Fußpflege und Ernährung sind vorhanden

19. Glukagon zur Injektion, Glukoselösung zur Injektion, Notfall – Kohlehydrate

Glukagon zur Injektion, Glukoselösung zur Injektion, Messstreifen für Blutglukose, Ketontest sind vorzuhalten.

20. Überprüfung der Medikation

Ein monatliches Überprüfen der Gültigkeitsdauer der Medikamente erfolgt mit Dokumentation und Angabe der Verantwortlichkeit.

Prozessqualität

21. Behandlungszahlen

Behandlungseinrichtung für Typ-1 Diabetes

Stationär Mindestens **50 Patienten/Jahr** mit Typ-1 Diabetes mellitus (Hauptdiagnose)
Ambulant Mindestens **50 Patienten/Quartal** mit Typ-1 Diabetes mellitus

Behandlungseinrichtung für Typ-2 Diabetes

Stationär Mindestens **200 Patienten/Jahr** mit Typ-2 Diabetes mellitus (Hauptdiagnose)
Ambulant Mindestens **200 Patienten/Quartal** mit Typ-2 Diabetes mellitus

Behandlungseinrichtung für Pädiatrie

Mindestens **30 Kinder und Jugendliche/Jahr** mit Diabetes in Dauerbetreuung (Hauptdiagnose)

22. Anamnese, Therapieziel festlegung und Festlegung der Behandlungsmaßnahmen

Dokumentierte Anamnese, Therapieziel-Festlegung und Festlegung der Behandlungsmaßnahmen

23. Schulungs- / Beratungsbedarf ermitteln

Individueller Schulungs-/ Beratungsbedarf ist zu ermitteln

24. Zielklärung mit Patienten und Angehörigen

- Wünsche/Erwartungen sind zu klären
- Vereinbarungen mit dem Patienten bezüglich Zeitplan des Aufenthaltes treffen (Pädiatrie: mit den Eltern klären)
- Diabetesteam erarbeitet gemeinsam mit dem Patienten und dessen Angehörigen durchzuführende Maßnahmen und erläutert deren Sinn und Zweck

25. Kooperationspartner

Kontakt mit ein-/überweisendem Arzt und Kooperationspartner aufnehmen

26. Betreuungsstruktur

Stationär 24h Betreuung der Patienten durch in der Diabetestherapie erfahrenes Personal ist sichergestellt.

Ambulant Bei Insulinpumpentherapie: Mobiltelefon 24h oder Absprache mit der Diabetesambulanz

27. Patientengerechte Dokumentation

Gesundheits-Pass Diabetes (DDG) und Selbstkontrolldokumentation des Patienten sind einzubeziehen.

28. Stoffwechselkontrollen

Therapienachweise mit nachvollziehbarer Begründung sind zu dokumentieren.

29. Anwendungen von Leitlinien und Pflegestandards, ggf. Evidenz basierter Empfehlungen

Die Einrichtung muss die Therapie des Diabetes mellitus Typ 1, Typ 2 und bei Kindern und Jugendlichen durch Anwenden von Leitlinien und Evidenz basierter Empfehlungen gewährleisten (unter Beachtung der jeweils gültigen RSAV)

30. Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle von Begleiterkrankungen/Komplikationen, Durchführen einer evidenzbasierten Medizin

Arterielle Hypertonie, kardiovaskuläre Erkrankungen, Nierenkomplikationen, Augenkomplikationen, sensomotorische u. autonome Neuropathie, diabetisches Fußsyndrom, psychische Auffälligkeiten. Die Qualitätsindikatoren werden im Rahmen der standardisierten und strukturierten Dokumentation zur Qualitätssicherung erfasst.

31. Individuelle Ziele und Behandlungsplan mit dem Patienten (ggf. Angehörigen) festlegen

Das Team legt gemeinsam mit dem Patienten und den Angehörigen die Therapieziele und den Behandlungsplan fest

32. Zusätzliche Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen

Allgemeine Entwicklungsdiagnostik: Länge und Gewicht (ggf. Knochenalter), Pubertätsentwicklung, Menarche, psychosoziale Entwicklung.

Die Einrichtung führt Untersuchungen zur Erkennung einer Hypothyreose und Zöliakie (gem. Anforderungen der AGPD) durch.

33. Strukturiertes Schulungs- und Behandlungsprogramm für Diabetes Typ- 1 und Typ- 2

Schriftlich ausgearbeitete Schulungsunterlagen und Curricula für alle angewandten Therapieformen entsprechend den aktuellen Leitlinien der DDG sind vorzuhalten. Von der DDG zertifizierte Programme sollten verwendet werden. Über selbst erstellte Schulungs- und Behandlungsprogramme muss eine Evaluation vorliegen. Hier müssen die Curricula zusammen mit dem Antrag auf Anerkennung eingereicht werden. Mit dem Antrag sind für alle durchgeführten Schulungen die entsprechenden **Stundenpläne** einzureichen.

Nur ambulante Einrichtungen: **Anzahl geforderter strukturierter Gruppenschulungen**

Ambulante Einrichtungen müssen zum Nachweis einer ausreichenden Expertise mindestens einmal pro Quartal strukturierte Behandlungs- und Schulungsprogramme für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 bzw. Typ 1 als Gruppenschulung durchführen. In der Pädiatrie sind altersentsprechende Unterlagen für Patienten und Eltern vorzulegen. Weiterhin gilt für die Pädiatrie: Da Kinder bis etwa 12 Jahre nicht in der Lage sind, die Behandlung eigenverantwortlich durchzuführen, liegt das Schwergewicht auf der Schulung der Eltern. Die strukturierte Behandlung und Schulung der Eltern umfasst ca. 20 – 25 Stunden und wird durch praktische Übungen ergänzt. Die Kinder werden ihrem Entwicklungsstand entsprechend ca. 12 Stunden geschult. Jugendliche, die ihren Diabetes selbst behandeln können, benötigen ca. 20 Stunden Training.

Nur stationäre Einrichtungen: **Modulare Schulungen**

Da in **stationären Behandlungseinrichtungen** auf Grund der stark verkürzten Liegedauer Diabetespatienten oftmals nicht mehr einer umfassenden Schulung unterzogen werden können, besteht bei diesen Einrichtungen die Möglichkeit, modulare Schulungen durchzuführen. Als Grundlage für diese Schulungen dienen dabei die derzeit zur Verfügung stehenden und von der DDG empfohlenen strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogramme. Diese sind komplett evaluiert und inhaltlich in verschiedene Kapitel aufgeteilt. Wird ein bestimmter logischer, didaktischer Zusammenhang eingehalten, so scheint es vertretbar, dass einzelne Module bei Patienten, die bereits vorher oder nachfolgend an einem kompletten strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogramm teilnehmen, gesondert und bezogen auf einzelne Problembereiche angewendet werden können.

a) Modulare Schulungseinheiten für Patienten mit **Typ 1 – Diabetes:**

Für Patienten mit Typ 1 – Diabetes sind insgesamt 13 Module vorzuhalten. Zum Nachweis einer ausreichenden Expertise müssen von der beantragenden Einrichtung mindestens 25 Patienten pro Jahr in 3 oder mehr Modulen geschult werden, davon mindestens 5 Patienten pro Jahr in 7 oder mehr Modulen.

b) Modulare Schulungseinheiten für Patienten mit **Typ 2 – Diabetes**

Hier werden von der Einrichtung insgesamt 13 Module (Diabetes mit Insulintherapie) bzw. 11 Module (Diabetes ohne Insulintherapie) vorgehalten. Zum Nachweis einer entsprechenden Expertise müssen beantragende Einrichtungen nachweisen, dass mindestens 100 Patienten mit 3 oder mehr Modulen pro Jahr und davon mindestens 20 Patienten mit 7 oder mehr Modulen pro Jahr geschult wurden.

Modulare Schulungseinheiten haben jeweils eine Dauer von 45 Minuten. Patienten mit Typ 1 - oder Typ 2 - Diabetes mellitus, die stationär an modularen Schulungseinheiten teilgenommen haben, soll bei der Entlassung die ambulante Teilnahme an einem entsprechenden strukturierten Gruppenschulungsprogramm empfohlen werden

Der entsprechende Nachweis ist in einer Tabelle (siehe: „Datensatz zur Patientencharakterisierung der Erweiterten Anerkennung“) zu erbringen.

Die **Teilnahme** an der modularen Schulung ist durch den **Patienten mit Unterschrift zu bestätigen**. Die Schulungslisten werden von den Auditoren vor Ort eingesehen und geprüft.

Hinweis: Gruppenschulungen sind damit keinesfalls ausgeschlossen und sollen im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten weiterhin durchgeführt werden.

Vorzuhaltende Module für Patienten

Modul	Typ 1 Dm	Typ 2 Dm mit Insulin	Typ 2 Dm ohne Insulin
Grundlagen des Diabetes	X	X	X
Ernährung	X	X	X
Selbstkontrolle und Dokumentation	X	X	X
Insulintherapie	X	X	
Injektionstechnik	X	X	
OAD Therapie	--	X	X
Hypoglykämie	X	X	X
Hyperglykämie	--	X	X
Ketoazidose und Hyperglykämie	X	--	--
Kontrolluntersuchungen – Gesundheitspass Diabetes	X	X	X
Folgeerkrankungen	X	X	X
Psychosoziale Aspekte	X	X	X
Insulinpumpentherapie	X		
Besonderheiten im Alltag	X	X	X
Hypertonie	X	X	X

34. **Arzt-Patienten Gespräch**

Die Behandlung muss mit einem persönlichen Gespräch zwischen Arzt und Patient abschließen.

35. **Integration von Patienten und Angehörigen in die Behandlung**

Angehörigen ist die Möglichkeit zu geben, an der Schulung teilzunehmen. Das Diabetesteam muss ausreichend Zeit für Einzelgespräche mit Patienten und Angehörigen zur Verfügung haben.

36. **Integration von Patienten und Angehörigen in die Entlassungsplanung**

Entlassungsgespräche sind vom Diabetesteam zu führen. Notwendige Unterlagen wie Brief und Medikamentenpläne sind auszuhändigen.

37. **Sicherstellen der Weiterbehandlung**

Telefon-Hotline, ggf. Termin für Wiedervorstellung, Folgeberatung

38. **Durchführen eines regelmäßigen Wissens- / Erfahrungsaustausches intern und extern**

erfolgt innerhalb des Diabetesteams und berufsgruppenübergreifend in Form von Übergabe, Visite, Teambesprechung, interdisziplinären Fallbesprechungen, Protokolle, regelmäßiger Austausch mit Interessensgruppen. Beteiligung am Qualitätszirkel.

39. **Behandlungskorridore einrichten**

Ergebnisqualität

40. **Patientenzufriedenheit**

Fragebogen oder andere Erhebungsinstrumente

41. Hospitation - aktiv und passiv - in einer DDG-anerkannten Behandlungseinrichtung

Die Hospitation muss in einer von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) anerkannten Einrichtung (Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG, Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG) erfolgen. Gegenseitige Hospitationen sind nicht erlaubt, d.h. aktive und passive Hospitationen müssen in unterschiedlichen Einrichtungen stattfinden.

Die Hospitationsorte sollten in einer Entfernung über 50 km liegen, darunterliegende Entfernungen sind zu begründen.

Alle drei Jahre muss eine aktive und passive 3-tägige oder jährlich eine 1-tägige Hospitation durch einen/e Diabetesberater/-in und Arzt/Ärztin in einer anderen Einrichtung erfolgen. Über die Hospitation (Schulungs- und Behandlungsprogramm / Visiten / Austausch und Diskussion) ist ein ausführlicher **Hospitationsbericht** anzufertigen und dem Antrag beizulegen.

Erläuterung:

1. Bei Erst- und Rezertifizierung werden die Hospitationstage der letzten 3 Jahre nachweislich geprüft (Vorlage der Hospitationsberichte)
2. Es können jährlich 1 Tag hospitiert werden oder im Zeitraum von 3 Jahren 3 Tage geleistet werden
3. Die Hospitationstage müssen nicht am Stück erfolgen, sondern können aus den letzten 3 Jahren addiert werden (in Summe also 3 Tage)
4. Hospitieren muss Arzt/Ärztin und Diabetesberater/-in in vollem Umfang, d.h. Arzt/Ärztin 3 Tage (oder 1 Tag/Jahr) **und** Diabetesberater/-in 3 Tage (oder 1 Tag/Jahr). Insgesamt sind daher 6 Tage aktive Hospitation über 3 Jahre nachzuweisen.
5. Die Hospitationen können von verschiedenen Personen durchgeführt werden.
6. Dieses Vorgehen gilt ebenfalls für die passive Hospitation.
7. Insgesamt sind an aktiver und passiver Hospitation mindestens 12 Tage für den Zeitraum der letzten 3 Jahre nachzuweisen.

42. Dokumentation der Patientencharakterisierung

Zur Patientencharakterisierung müssen von *allen Patienten regelmäßig* die Qualitätsindikatoren gemäß der standardisierten Dokumentation erfasst werden (Mindestanzahl siehe unter Punkt 21). Die Daten dürfen nicht älter als 2 Jahre sein.

Geeignete Hard- und Software für eine Patientendatenbank sind vorzuhalten und zu benennen. Eine patientengerechte Dokumentation, z. B. Gesundheits-Pass Diabetes, ist vorhanden.

Die Daten zur Patientencharakterisierung und der Nachuntersuchungen werden während des Audits im Rahmen einer Stichprobe in der Patientenakte (Verlaufsdokumentation) der Praxisverwaltungssoftware eingesehen. Den Auditoren muss zusätzlich ein objektiver Nachweis über die geforderten Behandlungszahlen (z.B. DMP-Evaluation, Auszug der KV) vorgelegt werden.

43. Nachuntersuchung nach 12 bis 15 Monaten

(nur für **ambulante** Einrichtungen und stationäre Einrichtungen **mit Ambulanz**)

Die Nachuntersuchung muss mindestens 12 und höchstens 15 Monate nach der dokumentierten Eingangsuntersuchung erfolgen. Eine telefonische Datenerhebung ist in Ausnahmefällen zulässig, wenn ein aktueller HbA1c Wert mit lokalem Normbereich vom Hausarzt übernommen werden kann:

- Typ 1-Diabetes: eine repräsentative Stichprobe von mind. **30 Patienten**
- Typ 2 Diabetes: eine repräsentative Stichprobe von mind. **60 Patienten**
- Kinder und Jugendliche: eine repräsentativen Stichprobe von mind. **25 Kindern und Jugendlichen**

Der Evaluationszeitraum umfasst max. 3 Jahre.

	Feldbezeichnung	Erläuterung
1	Name der Praxis/Einrichtung	
2	Interne Patienten-Nummer	laufende Nr. oder Datensatz-Nr. aus EMIL bzw. DPV
3	Datum der Vorstellung bzw. Schulung des Patienten	Datum der letzten Behandlung / Schulung des jeweiligen Patienten im erfassten Zeitraum
4	Diabetestyp	1= Typ1, 2=Typ2; 3= andere; Pankreas wie Typ1
5	Geschlecht	w=0 ; m=1
6	Alter des Pat. (Jahre)	
7	Zeit seit Diabetesdiagnose (Jahre)	
8	Größe (cm)	Bitte den Patienten messen, Wert nicht erfragen!
9	Körpergewicht (kg)	Bitte den Patienten wiegen, Wert nicht erfragen!
	Feldbezeichnung	Erläuterung
10	Gesamt-Insulin-Dosis (IE/Tag)	(Mittelwert der letzten 3 Tage)
11	Zahl der Insulininjektionen /Tag	
12	langwirksames Insulinanalogon	ja = 1 nein = 0
13	kurzwirksames Insulinanalogon	ja = 1 nein = 0
14	Behandlung mit Insulinpumpe, aktuell	ja = 1 nein = 0
15	Orales Antidiabetikum	ja = 1 nein = 0
16	Metformin	ja = 1 nein = 0
17	Sulfonylharnstoff (Glibenclamid, Glimepirid, etc.)	ja = 1 nein = 0
18	Glinid (Repaglinid, Nateglinid)	ja = 1 nein = 0
19	Glitazon (Pio-, Rosiglitazon)	ja = 1 nein = 0
20	Acarbose	ja = 1 nein = 0
21	GLP-1-Analogon	ja = 1 nein = 0
22	DPP-4-Inhibitor (z.B. Sitagliptin)	ja = 1 nein = 0
23	SGLT2-Inhibitor	ja = 1 nein = 0
24	HbA1c-Wert (%)	nicht älter als 12 Wochen
25	oberer Normgrenze HbA1c	bitte vom Laborzettel entnehmen oder im Labor nachfragen
26	untere Normgrenze HbA1c	bitte vom Laborzettel entnehmen oder im Labor nachfragen
27	systol. Blutdruck (von med. Personal gemessen)	Wert in mm Hg
28	diastol. Blutdruck (von med. Personal gemessen)	Wert in mm Hg
29	systol. Blutdruck Selbstkontrolle	Wert in mm Hg, Mittel der letzten 10 Werte
30	diastol. Blutdruck Selbstkontrolle	Wert in mm Hg, Mittel der letzten 10 Werte
31	Glomeruläre Filtrationsrate (GFR)	Wert in ml/min
32	Schwere Hypoglykämien (Glukose i.v., Glukagon-Injektion) in den letzten 12 Mon.	Anzahl in den letzten 12 Monaten
33	Ketoazidose/Koma mit Krankenhausaufenthalt; in den letzten 12 Mon. neu aufgetreten	Anzahl in den letzten 12 Monaten

Zusätzliche Dokumentation bei Kindern und Jugendlichen: Eine einmalige Dokumentation (Querschnittsuntersuchung) wird bei Kindern/ Jugendlichen dem chronischen, die altersgerechte Entwicklung gefährdenden Verlauf des Diabetes nicht gerecht. Patientendaten sind deshalb longitudinal – möglichst ab Manifestation – zu erfassen. Zur Patientencharakterisierung müssen

von allen Patienten Alter, Diabetesdauer, BMI, schwere Hypoglykämien, Ketoazidose, Therapie, wie Insulindosis, Zahl der Injektionen/d, Insulinpräparate, Zahl der Blutglukose-Selbstkontrollen, Schulungsdaten und das Therapieziel angegeben werden. Eine für die spezifisch pädiatrischen Belange geeignete Software ist zu verwenden.

Die **Prüfung der zu dokumentierenden Patientendaten** kann wie folgt durchgeführt werden:

1. Der Antragsteller sendet die Excel-Tabelle zur Patientencharakterisierung und die Dokumentation der geforderten Nachuntersuchungen an den Auditor zum Zeitpunkt der Auditvorbereitung.- s. Anlage DDG-Homepage: Excel-Tabelle. Der Auditor prüft die Daten vorab und nimmt die inhaltliche Prüfung (s.u.) während des Audits vor.
2. Wird die Excel-Tabelle nicht mit den Antragsunterlagen eingesendet, führt der Auditor eine Prüfung der dokumentierten Parameter (analog der Excel-Tabelle zur Patientencharakterisierung) während des Audits durch.
3. Dazu müssen folgende Unterlagen zum Audit in der Einrichtung vorliegen:
 - a. Excel-Tabelle wie in Punkt 1 beschrieben
oder
 - b. Ambulant: Es muss eine Liste der im Rahmen der DMP's aufgeführten Patienten vorgelegt werden: mind. 200 Typ 2 Pat /Quartal und 50 Typ 1 Pat/Quartal
oder
 - c. Stationär: Das Krankenhaus-Controlling erstellt eine Liste der Patienten mit Hauptdiagnose Typ 1 und Typ 2 Diabetes mellitus: mind. 200 Typ 2 Pat /Jahr und 50 Typ 1 Pat/Jahr

Inhaltliche Prüfung der Patientencharakterisierung: Der Auditor wählt vor Ort aus den vorgelegten Listen eine Stichprobe von 5 Patienten mit Typ 1 und 10 Patienten mit Typ 2 D.m. aus. Bei diesen Patienten prüft der Auditor in der Patientenakte die Dokumentation, die Nachuntersuchungen und die Nachvollziehbarkeit der geforderten Patientencharakterisierung.

Gültigkeit:

Diese Richtlinie gilt ab 01.01.2015 und ersetzt die Richtlinie vom 01.01.2011. Anmeldungen senden Sie bitte an die Geschäftsstelle der DDG in Berlin. Die entsprechenden Formulare und Unterlagen finden Sie auf der Webseite der DDG www.ddg.info/zertifizierung/diabeteszentrum-diabetologikum-ddg.html.