Richtlinie Diabetes Exzellenzzentrum DDG

Stand vom 01.09.2026

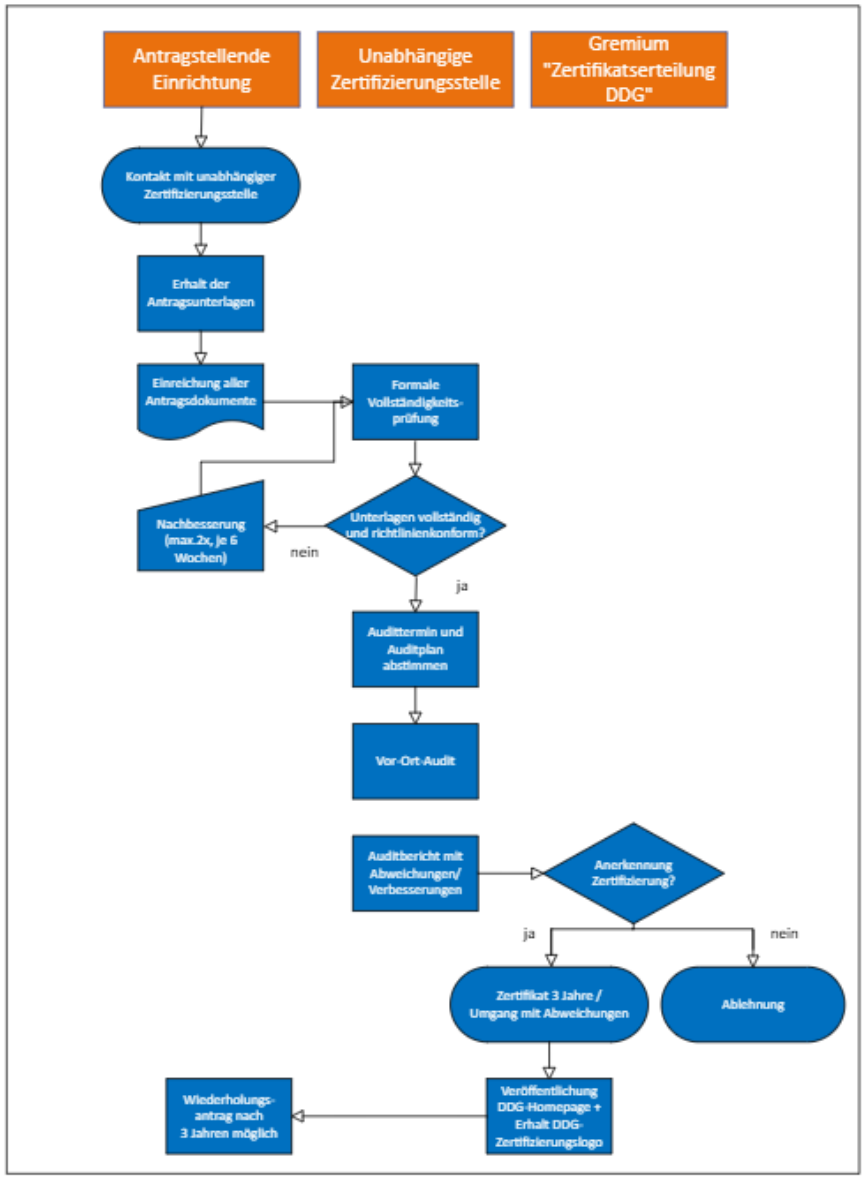
1. Hinweise zum Anerkennungsverfahren

1.1 Zertifizierungsablauf, Hinweise und Fristenregelung

Als „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ können sich Kliniken oder Praxen qualifizieren, die sich auf die Behandlung von Patient*innen mit Diabetes mellitus als Hauptdiagnose spezialisiert haben und ein diabetesspezifisches Qualitätsmanagement vorhalten, das die evidenzbasierte Versorgung der chronisch-kranken Diabetespatient*innen und die kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsprozesse sicherstellt. Diagnose, Behandlung, Schulung und Verlaufskontrolle orientieren sich an den leitlinienkonformen Behandlungsstandards der DDG und werden verbindlich dokumentiert. Im Mittelpunkt stehen die partizipative Festlegung und Umsetzung der Therapieziele, diabetesspezifische und anlassbezogene Schulungen, das bestmögliche Patienten-Empowerment sowie die Verhinderung bzw. multi-professionelle Behandlung der zahlreichen Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus. Die Anerkennung setzt daher die gleichzeitige Erfüllung mindestens eines Zertifizierungsmoduls voraus. Die Zertifizierungsmodule dienen der patientenverständlichen Darstellung eines vertiefenden Qualitätsniveaus bei der Behandlung von Komorbiditäten oder der Betreuung vulnerabler Patientengruppen.

Der Zertifizierungsablauf ist im nachfolgenden Flussdiagramm dargestellt. Antragstellende Einrichtungen nehmen Kontakt mit der unabhängigen Zertifizierungsstelle auf, die von der DDG mit der Überprüfung der Erfüllung der Richtlinienkriterien und dem Vor-Ort-Audit beauftragt ist. Die antragstellende Einrichtung erhält von der externen Zertifizierungsstelle alle erforderlichen Dokumentenvorlagen zur Beantragung des Zertifikats. Nach Eingang aller Antragsunterlagen und Belegdokumente erfolgt eine formale Vollständigkeits- und Eignungsprüfung. Bei fehlenden oder ungeeigneten Unterlagen wird maximal zweimal die Möglichkeit zur Nachbesserung (jeweils binnen 6 Wochen) eingeräumt. Bei Konformität der Unterlagen werden der Audittermin und der Auditplan mit der Einrichtung abgestimmt. Die Anerkennungskriterien für das „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ können dabei in Kombination mit einem übergeordneten Qualitätsmanagementsystem, z. B. DIN ISO 9001, KTQ oder QEP, auditiert werden. In diesem Fall ist die Angabe des übergeordneten Qualitätsmanagementsystems für die Planung des Vor-Ort-Audits und die korrekte Auswahl der Fachexpert*innen notwendig.

Das Audit dient der Feststellung der Konformität bzw. der Dokumentation von Abweichungen und Verbesserungspotenzialen und wird in einem Auditbericht festgehalten. Dieser wird an das Gremium „Zertifikatserteilung DDG“ übermittelt. Letzteres entscheidet über Anerkennung, Ablehnung und den Umgang mit Abweichungen. Das Zertifikat wird für die Gültigkeit von 3 Jahren ausgestellt und zusammen mit dem Auditbericht an die Einrichtung übermittelt. Die erfolgreiche Anerkennung wird auf der Homepage der DDG veröffentlicht. Die zertifizierte Einrichtung erhält für die Werbung mit der erfolgreichen Zertifizierung das entsprechende Zertifizierungslogo der DDG. Die Gültigkeit muss nach 3 Jahren durch eine Wiederholungsanerkennung erneuert werden.


Antragstellende Einrichtung
Unabhängige Zertifizierungsstelle
Gremium "Zertifikatserteilung DDG"
Kontakt mit unabhängiger Zertifizierungsstelle
Erhalt der Antragsunterlagen
Einreichung aller Antragsdokumente
Formale Vollständigkeits-prüfung
Nachbesserung (max.2x, je 6 Wochen)
nein
Unterlagen vollständig und richtlinienkonform?
ja
Audittermin und Auditplan abstimmen
Vor-Ort-Audit
Auditbericht mit Abweichungen/ Verbesserungen
Anerkennung Zertifizierung?
ja
nein
Zertifikat 3 Jahre / Umgang mit Abweichungen
Ablehnung
Wiederholungs-antrag nach 3 Jahren möglich
Veröffentlichung DDG-Homepage + Erhalt DDG-Zertifizierungslogo

Hinweise:

A) Das Zertifikat kann durch Kliniken, Arztpraxen oder Medizinische Versorgungszentren erworben werden.

B) Spezifische Regelungen:

- Krankenhaus mit einer Krankenhaus-Ambulanz ohne vertragsärztliche Zulassung stellen der Antrag „Klinik mit Ambulanz“. Die ambulanten Patient*innen können in die Gesamtzahl der stationären Patient*innen eingerechnet werden.
- Krankenhäuser mit KV-Ermächtigung stellen gleichermaßen den Antrag „Klinik mit Ambulanz“.
- Hat das Krankenhaus hingegen eine vertragsärztlich zugelassene Praxis / MVZ, müssen zwei getrennte Anträge gestellt werden, und die Patient*innen des Krankenhauses sind getrennt zu betrachten von denen der Praxis. Beide Anträge müssen eigenständig die in dieser Richtlinie genannten Anforderungen erfüllen.

C) Das Zertifikat kann als Gütesiegel für die Behandlung erwachsener Patient*innen mit Diabetes mellitus (Behandlungseinrichtung für Typ-1- und Typ-2-Diabetes und Folge- und Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus) erworben werden. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes steht das Zertifikat gleichermaßen für höchste Versorgungsqualität. Die vorliegende Richtlinie definiert auch für diese Patient*innen die entsprechenden, z. T. abweichenden Anerkennungskriterien für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

D) Die kombinierte Antragstellung einer Einrichtung - verteilt auf mehrere Standorte - ist möglich. Standortübergreifende Unterlagen müssen nur einmal nachgewiesen werden. Standortspezifische Angaben, wie beispielsweise personelle Ausstattung und Behandlungszahlen, müssen hingegen eindeutig pro beantragtem Standort im Antragsformular aufgeführt werden.

1.2 Regelungen beim Wegfall von Voraussetzungen, Umgang mit Verstößen und Beschwerden

Sollten nach Anerkennung als Behandlungseinrichtung „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ die Voraussetzungen für die Anerkennung nicht mehr gegeben sein, muss dies der Geschäftsstelle der DDG innerhalb von 3 Monaten gemeldet werden. Änderungen betreffen insbesondere das qualifizierte Personal, damit der Fortbestand der Zertifizierung unter den neuen Rahmenbedingungen geprüft werden kann. Hierbei können auch Personen in diabetologischer Weiterbildung kurz vor erfolgreichem Abschluss (< 6 Monate) berücksichtigt werden.

Regelverstöße und Beschwerden können über die DDG-Geschäftsstelle an die Informations- und Beschwerdestelle der Zertifizierungskommission gemeldet werden. Die benannten Personen der Beschwerdestelle werden den Vorwürfen nachgehen. Die DDG behält sich vor, Verstöße gegen die Richtlinien sowie vorsätzliche Täuschungen zu ahnden.

2. Versorgungsstruktur

Die optimale Versorgung setzt ein hochqualifiziertes, multidisziplinäres Team voraus, dessen Mitglieder mit dem aktuellen Stand der evidenzbasierten Betreuung von Menschen mit Diabetes vertraut sind und die geeigneten Abläufe festgelegt und dokumentiert haben, nach denen sie im Interesse der Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit vorgehen.

2.1 Personelle Voraussetzungen (multidisziplinäre Teammitglieder)

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
	Typ 1 und Typ 2 stationär	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Diabetolog*in	2 Vollzeitstellen (VZ)[1, 2, 4] Mitgliedschaft in DDG gefordert	1 Vollzeitstelle (VZ)[1, 4] Mitgliedschaft in DDG gefordert	1 Vollzeitstelle (VZ)[1, 3, 4] Mitgliedschaft in DDG gefordert Bei >250 Kindern / Jahr: 2 VZ
Diabetesberater*in DDG	2 Vollzeitstellen[1, 4]	1 Vollzeitstelle[1, 4]	1,5 Vollzeitstelle[1, 4] Bei >250 Kindern / Jahr: 2 VZ
Diabetesassistent*in DDG	-	1 Vollzeitstelle[1, 5]	-
Wundexpert*in[6]	Mindestens 0,5 Vollzeitstelle[1, 4]		Nicht erforderlich
Stations-Pflegepersonal bzw. Mitarbeiter*innen in Schwerpunktpraxen	In der Diabetestherapie geschultes Stations-Pflegepersonal muss 24 h verfügbar sein.	In der Diabetestherapie geschultes Personal muss 24 h verfügbar bzw. per Mobiltelefon erreichbar sein.	In der Diabetestherapie geschultes Stations-Pflegepersonal muss 24 h verfügbar sein.
Psycholog*in oder Psychotherapeut*in (ärztl. oder psycholog.)	Mindestens 0,5 Vollzeitstelle[1, 4] (alternativ Kooperationsnachweis zulässig)		0,3 VZ pro 100 Kinder / Jahr (alternativ Kooperationsnachweis möglich)
Optionale DDG-Empfehlung	Fachpsycholog*in Diabetes DDG oder Teilnahme an Seminarreihe zum*r Fachpsycholog*in Diabetes empfohlen		

[1] Eine Vollzeitstelle entspricht 38,5 h/Woche. Äquivalente Erfüllung über Teilzeitstellen möglich. Im ambulanten Bereich gelten die Öffnungszeiten der Praxis als Vollzeit.

[2] Fachärztin / Facharzt (FA) für „Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie“ mit Kurs Klinische Diabetologie DDG oder FA für „Allgemeinmedizin“ oder „Innere Medizin“ mit Zusatzweiterbildung Diabetologie der DDG / Landesärztekammer (LÄK)

[3] Fachärztin / Facharzt (FA) für „Kinder- und Jugendmedizin“ mit Schwerpunkt „Endokrinologie und Diabetologie“ oder Zusatzweiterbildung (ZW) Diabetologie der DDG / LÄK (Pädiatrie)

[4] Sofern nur die Mindestpersonalstärke nachgewiesen werden kann, ist darüber hinaus die personelle Sicherstellung der Versorgung durch eine qualitativ gleichwertige Vertretung (alleinige

Voraussetzung ist die Fachkompetenz durch ZW oder Schwerpunkt in der Diabetologie) bei Urlaub / Krankheit / Kündigung nachzuweisen (auch mit Kooperationsvereinbarung möglich).

[5] Diabetesassistent*in kann auch durch Diabetesberater*in ersetzt werden

[6] Fuß- und Wundassistent*in DDG oder Wundexpert*in Initiative Chronische Wunden (ICW) oder Wundtherapeut*in bzw. Wundassistent*in Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW)

2.2 Organisationsstruktur

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
	Typ 1 und Typ 2 stationär	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Regelmäßige Teambesprechung	Mind. 1x wöchentlich		Mind. 1x wöchentlich
Fort- und Weiterbildung	a) Ärzt*in : - Fortbildungsverpflichtung (≥75 CME-Punkte innerhalb von 3 Jahren aus dem Fachgebiet Diabetologie entsprechend der Liste anerkennungsfähiger Veranstaltungen für die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung für Diabetolog*innen DDG , davon ≥25 CME-Punkte durch Besuch von Diabetes Kongress oder Diabetes Herbsttagung) - Vertretung muss ≥25 diabetesspezifische CME-Punkte innerhalb von 3 Jahren nachweisen - Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätssicherung der ärztlichen Tätigkeit b) Diabetesberater*in/-assistent*in - 75 Fortbildungspunkte innerhalb von 3 Jahren (Zertifikat der DDG-VDBD Akademie) c) Wundexpert*in[1] - Jährliche Fortbildungsverpflichtung (4 UE / Jahr) d) Stations-Pflegepersonal bzw. Mitarbeiter*innen in Diabetologischer Schwerpunktpraxis (DSP) - Jährliche Fortbildung (mind. 2 UE / Jahr, interne Fortbildung zulässig) e) Psycholog*in oder Psychotherapeut*in		a) Ärzt*in: - Analog zu Typ 1 und 2 - Teilnahme an JA-PAED empfohlen b) Diabetesberater*in/-assistent*in - Analog zu Typ 1 und 2 d) Stations-Pflegepersonal bzw. Mitarbeiter*innen in DSP - Analog zu Typ 1 und 2 e) Psycholog*in oder Psychotherapeut*in - Analog zu Typ 1 und 2

	- Jährliche Fortbildung (mind. 4 UE / Jahr themenspezifisch zum Diabetes)	
Optionale Empfehlungen der DDG	Ärztliche Weiterbildung empfohlen. Erstellung eines Fortbildungsplans für alle Mitglieder des Diabetesteams empfohlen. Besuch von Diabetes Kongress und Diabetes Herbsttagung präferiert.	
Weiterbildungsbefugnis LÄK oder DDG[2]	☐ Ja LÄK ☐ Ja DDG ☐ Nein LÄK ☐ Nein DDG	
Anzahl Ärzt*innen in Weiterbildung als Diabetolog*in LÄK oder DDG	Anzahl LÄK Anzahl DDG	
Wissenschaftliche Aktivitäten	Teilnahme an klinischen Prüfungen /Studien: ☐ Ja ☐ Nein Publikationen: ☐ Ja ☐ Nein	

[1] Fuß- und Wundassistent*in DDG oder Wundexpert*in ICW oder Wundtherapeut*in bzw. Wundassistent*in DGfW

[2] Alle Diabetolog*innen DDG an zertifizierten Diabetes Zentren oder Diabetes Exzellenzzentren sind zur Weiterbildung von Diabetolog*innen DDG berechtigt.

2.3 Räumliche Voraussetzungen

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
Raum und Ausstattung	**Typ 1 und Typ 2 stationär**	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
- Gruppenschulungen	Separater, vom Wartebereich und anderer Versorgungstätigkeit abgeschlossener Raum mit rollstuhlgerechtem Zugang, der hauptsächlich für Schulungen genutzt wird und entsprechend ausgestattet ist (Unterrichtsmaterialien, Anschauungsmaterial, Projektionsmöglichkeiten, Tafel, Flipcharts, Patientenbroschüren etc.)		Analog zu Typ 1 und 2, altersgerecht und den didaktischen Anforderungen der Altersgruppe entsprechend ausgestattet (Tafel, Unterrichts-, Anschauungsmaterial, Projektions-möglichkeiten, Flipcharts, Patientenbroschüren, Spielzeug etc.)
- Einzelberatungen	Geeigneter Raum für Einzelberatungen muss vorhanden sein, Behandlungs- oder Gruppenschulungsraum zulässig		Analog zu Typ 1 und 2 mit altersgerechter Ausstattung für Kinder und Jugendliche

Anschauungs- und Schulungsmaterialien	Blutzucker- und Blutdruck-Tagebücher, BMI-Tabellen, Gesundheits-Pass Diabetes, sowie Anschauungsmaterialien, z.B. für Fußpflege und Ernährung, sind vorzuhalten.	Altersgerechte Schulungsmaterialien sind vorzuhalten.
Behandlung des diabetischen Fußsyndroms	Mindestens ein Raum zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms; Mindestausstattung entsprechend den Empfehlungen der AG Diabetischer Fuß	Nicht erforderlich

2.4 Apparative und weitere strukturelle Voraussetzungen

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
	Typ 1 und Typ 2 stationär	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Videosprechstunden	Möglichkeit von Videosprechstunden, Videoberatung und Videoschulung muss vorgehalten werden.[1]		Analog zu Typ 1 und 2
Digitale Angebote, Telemedizin-Angebote und digitale Terminvergabe	Muss vorgehalten werden		Analog zu Typ 1 und 2
Notfallequipment	Glukagon (gleich welcher Applikationsform) und Glukoselösung zur Injektion sind vorzuhalten		Analog zu Typ 1 und 2
Medikamente	Monatliches Überprüfen der Gültigkeitsdauer, Dokumentation unter Angabe der verantwortlichen Person		Analog zu Typ 1 und 2

[1] In ambulanten Einrichtungen sind Videoschulungen ausschließlich mit einem durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zertifizierten Videoanbieter mit aktuell gültigem Zertifikat durchzuführen. Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Absatz 1 SGB V vom 21. Oktober 2016 in der Fassung vom 19. Dezember 2025 als Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä).

3. Diagnostik

3.1 Qualitätsgesicherte Labormethoden für Glukose- und HbA1c-Bestimmung

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
	Typ 1 und Typ 2 stationär	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Qualitätssicherung Labor Glukose, HbA1c, POCT-Glukose	**RiliBÄK**[1] verpflichtend. Messmethode (von der Prä- bis zur Postanalytik) muss in Verfahrensanweisung verschriftet und im Qualitätsmanagementhandbuch des Labors hinterlegt werden. **Externe Qualitätssicherung** entfällt für POCT-Glukose- und HbA1c-Messungen mit Unit-Use-Reagenzien, wenn die interne Qualitätskontrolle (Messmethoden-spezifische Kontrollproben-Einzelmessungen mind. 1x wöchentlich) unter der Verantwortung des zugehörigen Zentrallabors steht, das dann allein der externen Qualitätssicherung unterliegt.	**RiliBÄK**[1] verpflichtend. Messmethode (von der Prä- bis zur Postanalytik) muss in Verfahrensanweisung verschriftet und im Qualitätsmanagementhandbuch des Labors hinterlegt werden. **Externe Qualitätssicherung** entfällt für POCT-Glukose- und HbA1c-Messungen mit Unit-Use-Reagenzien, wenn die interne Qualitätskontrolle (Messmethoden-spezifische Kontrollproben-Einzelmessungen mind. 1x wöchentlich) erfolgt.	**RiliBÄK**[1] verpflichtend. Messmethode (von der Prä- bis zur Postanalytik) muss in Verfahrensanweisung verschriftet und im Qualitätsmanagementhandbuch des Labors hinterlegt werden. **Externe Qualitätssicherung** entfällt für POCT-Glukose- und HbA_{1c}-Messungen mit Unit-Use-Reagenzien, wenn die interne Qualitätskontrolle (Messmethoden-spezifische Kontrollproben-Einzelmessungen mind. 1x wöchentlich) unter der Verantwortung des zugehörigen Zentrallabors steht, das dann allein der externen QS unterliegt.
Vorhaltung	HbA1c (Notfalllabor)		HbA1c (Notfalllabor)
Optionale Empfehlung der DDG	Ambulanter Bereich: DDG-Leitlinie empfiehlt abweichend von RiliBÄK für Diagnostik des Gestationsdiabetes mittels POCT-Glukose unter Verwendung von Unit-Use-Reagenzien zusätzlich externe QS nach RiliBÄK-Regeln durchzuführen.		

[1] Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen, zuletzt geändert am 3. Juli 2025, Bekanntgabe im Deutschen Ärzteblatt am 8. August 2025 (Jg. 122, Heft 16).

3.2 Infrastruktur für das Auslesen und Bewerten von CGM-Daten, Insulinpumpen und Pens

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
	Typ 1 und Typ 2 stationär	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Diabetestechnologie (CGM, Insulin-Pumpen, Pens)	Infrastruktur für Auslesen und Bewerten von CGM-Daten, Insulin-Injektionsgeräten und Pumpendaten müssen vorgehalten werden.		Infrastruktur für Auslesen und Bewerten von CGM-Daten, Insulin-Injektionsgeräten und Pumpendaten müssen vorgehalten werden.
Datenmanagement-System	Einsicht in Glukosedaten und AID-Verläufe muss für alle gebräuchlichen Geräte während der aktuellen Patientenbetreuung oder Beratung möglich sein.		Einsicht in Glukosedaten und AID-Verläufe muss für alle gebräuchlichen Geräte während der aktuellen Patientenbetreuung oder Beratung möglich sein.
Optionale Empfehlung der DDG	Nutzung Informations-Material der AG Diabetes und Technologie wird empfohlen.		

3.3 Labormethode zur Bestimmung des oralen Glukosetoleranztests (OGTT)

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
	Typ 1 und Typ 2 stationär	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
OGTT-Messung	50g- und 75g-OGTT muss entsprechend der aktuellen Praxisempfehlung der DDG durchgeführt werden, die Glukosebestimmung entsprechend der RiliBÄK-Vorgaben. Eine SOP muss vorliegen.		Analog zu Typ 1 und 2
Datenmanagementsystem	Einsicht in Glukosedaten und AID-Verläufe muss für alle gebräuchlichen Geräte während der aktuellen Patientenbetreuung oder Beratung (POCT) möglich sein.		Analog zu Typ 1 und 2

3.4 Labormethode zur Ketonbestimmung

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
	Typ 1 und Typ 2 stationär	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Ketonkörper im Blut	Quantitativ (in Anlehnung an S3-Leitlinie „Therapie des Typ-1-Diabetes“)		Quantitativ

3.5 Instrumente und Strategien zur Bestimmung von Komorbiditäten

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
	Typ 1 und Typ 2 stationär	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Arterielle Hypertonie	Qualitätsgesicherte Blutdruckmessung - Manschetten in 3 unterschiedlichen Größen sind vorzuhalten - Messgeräte erfüllen Standard der Deutschen Hochdruckliga - Regelmäßige messtechnische Kontrolle (MTK) nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung erforderlich		Analog zu Typ 1 und 2
Nephropathie	eGFR und UACR muss labortechnisch erfasst werden		In begründeten Fällen
Fettleber inkl. MASDL/MASH	Screening via Transaminasen, FIB-4, Ultraschall und Möglichkeit für eine Elastographie (auch in Kooperation) bei Bedarf		Nicht erforderlich
Kardiovaskuläre Erkrankungen	Weitergehende Diagnostik, Überweisung an Kardiologie bei Verdacht		Nicht erforderlich
Sensomotorische Neuropathie	Stimmgabel, 10-g Nylonfilament, Tiptherm, Pinprick (Spitz-stumpf-Nadel), Reflexhammer		Analog zu Typ 1 und 2
Gefäßstatus	Taschendoppler oder ABI-Gerät		Nicht erforderlich
Psychische Begleiterscheinungen	WHO-5, PAID (Problem Areas in Diabetes), EDE SIAB-S für Essstörungen (EDE Eating Disorder Examination) vorhalten. DDG-Empfehlung: Beachtung der S3-		WHO-5, PHQ-9 (Patient Health Question-naire-9), GAD-7 (Generalized Anxiety

	Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“. Nutzung (in Muttersprache) des EPDS-Fragebogens (Edinburgh Postnatal Depression Scale) nach Gestationsdiabetes mellitus (GDM)	Disorder-7) je nach Fragestellung, ChEDE (Child Eating Disorder) vorzuhalten
Assessments	Geldzähltest nach Nikolaus und ggf. weitere Einschätzung (z.B. Frailty, Minimal Nutrition Assessment) entsprechend der Praxisempfehlung der DDG „Diabetes und Alter“ (Geriatrie)	Nicht erforderlich
Paradontitis	Jährliche Überweisung zum*r Zahnärzt*in und Empfehlung zur professionellen Zahnreinigung	Analog zu Typ 1 und 2

4. Therapie

4.1 Anamnese (partizipative Entscheidungsfindung, Festlegung und Dokumentation individueller Ziele)

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
	Typ 1 und Typ 2 stationär	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Anamnese, Therapiezielfest-legung und Festlegung der Behandlungsmaßnahmen	Die Patientenakte muss strukturierte Anamnesebögen enthalten, die die Empfehlungen der evidenzbasierten Leitlinien der DDG (Typ-1-Diabetes, Diabetes im Kindes- und Jugendalter, GDM und Diabetes in der Schwangerschaft sowie Diabetes im Alter und der NVL Typ-2-Diabetes) aufgreifen.		Analog zu Typ 1 und 2
Festlegung individueller Zielwerte	Individuelle Ziele sind entsprechend den Leitlinien der DDG und der jährlich aktualisierten Praxisempfehlungen zu erörtern und gemeinsam mit Patient*in festzulegen und strukturiert zu dokumentieren (s.a. Anlage 1 „Qualitätsindikatoren“)		Individuelle Ziele sind entsprechend den Leitlinien der DDG und jährlich aktualisierten Praxisempfehlungen mit den Eltern zu erörtern, gemeinsam mit Patient*in festzulegen und strukturiert zu dokumentieren. In die Therapieüberlegungen sollen diagnostische Erhebungen zu allgemeiner und psychosozialer sowie Pubertätsentwicklung einfließen. Auf

		Hypothyreose und Zöliakie soll gescreent werden.
Optionale Empfehlung der DDG	Nutzung des Gesundheits-Passes Diabetes für die Festlegung und Überprüfung der Ziele empfohlen.	

4.2 Leitlinienkonforme Behandlungsalgorithmen und SOPs für besondere Versorgungsaspekte

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
Leitlinienkonformität	**Typ 1 und Typ 2 stationär**	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Diabetischer Fuß	SOP muss vorhanden sein auf Basis der Kernaussagen der nationalen und internationalen Leitlinien zur Fuß- und Wundversorgung, themenspezifische Informationsangebote sind vorzuhalten.		Nicht erforderlich
Ketoazidose	SOP muss vorhanden sein auf Basis der Kernaussagen der Leitlinien, Informationsangebote sind vorzuhalten, Nutzung Wissenskarten Diabetes wird empfohlen.		SOP muss vorhanden sein auf Basis der Kernaussagen der Leitlinien, Informationsangebote sind vorzuhalten
Hypoglykämie	SOP muss vorhanden sein auf Basis der Kernaussagen der Leitlinien, Informationsangebote sind vorzuhalten, Nutzung Wissenskarten Diabetes empfohlen.		SOP muss vorhanden sein auf Basis der Kernaussagen der Leitlinien, Informationsangebote sind vorzuhalten
Gestationsdiabetes, Schwangerschaft und präexistierender Diabetes	SOP muss vorhanden sein auf Basis der Kernaussagen der Leitlinien, Informationsangebote sind vorzuhalten. Erwerb des Zertifizierungsmoduls Diabetes & Schwangerschaft wird empfohlen.		Nicht erforderlich
Transitionsmanagement (TM)	SOP ist nicht erforderlich. Hinweise zum TM sind in der individuellen Patientendokumentation vorzusehen.	SOP (Aufnahme) muss auf Basis der Kernaussagen der S3-Leitlinie Transition vorhanden sein, Informationsangebote sind vorzuhalten. Das Aufnahmeverfahren richtet sich nach den Vorgaben der zuweisenden Kinderklinik und ist im Audit zu prüfen.	SOP (Entlass-Transition aus der Kinder- und Jugendmedizin) muss vorhanden sein - auf Basis der Kernaussagen der S3-Leitlinie Transition und der Muster-SOP der GfTM. Informationsangebote sind vorzuhalten. Die Versorgung sollte bis zum 18. Lebensjahr bevorzugt in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche erfolgen. Ein Jahr vor Übergabe soll mit Transition in

			die internistische Diabetologie gestartet werden.
Früherkennung Typ-1-Diabetes	Informationsangebote für Personen „mit erhöhtem Risiko (positiver Familienanamnese)“ sind vorzuhalten.		Informationsangebote für Personen „mit erhöhtem Risiko (positiver Familienanamnese)“ sind vorzuhalten.
Menschen mit Einschränkungen	Adäquate Informationen, z. B. in leichter Sprache oder Bebilderung		Adäquate Informationen, z. B. in leichter Sprache oder Bebilderung
Menschen mit Migrationshintergrund	Migrationssensible Schulung und Behandlung, Informationsmaterial in unterschiedlichen Sprachen gemäß der Praxisempfehlung Diabetes und Migration DDG		Migrationssensible Schulung und Behandlung, Informationsmaterial in unterschiedlichen Sprachen
Geriatrischer Patient*in	Geriatrische Schulung und Therapieziele gemäß der jeweils aktuellen Praxisempfehlung Diabetes mellitus im Alter DDG		Nicht erforderlich
Psychische Erkrankungen	Indikationsspezifische Informationen und Behandlungskonzepte		Indikationsspezifische Informationen und Behandlungskonzepte

4.3 Patienten- und Angehörigenbeteiligung

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
	Typ 1 und Typ 2 stationär	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Patientenbeteiligung	Möglichkeit der Einbeziehung von Zu- und Angehörigen in Schulungen und Behandlung muss gegeben sein.		Möglichkeit der Einbeziehung von Zu- und Angehörigen in Schulungen und Behandlung muss gegeben sein.

5. Schulungen

5.1 Erhebung von Schulungs- und Beratungsbedarfen

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
Schulungsbedarf	**Typ 1 und Typ 2 stationär**	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Erhebung	Strukturierte Überprüfung des Bedarfs, schriftliche Dokumentation auch digital zulässig (NVL Typ-2-Diabetes)		Analog zu Typ 1 und 2
Optionale Empfehlung der DDG	Problemspezifische Schulungen sollen angeboten werden, z. B. AID-Schulung vor Sport, Ketoazidose vor Klassenfahrten		

5.2 Vorhaltung strukturierter Schulungsprogramme und Mindestschulungsanforderungen

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
Schulungsprogramme	**Typ 1 und Typ 2 stationär**	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Vorhaltung strukturierter Programme, 1 UE entspricht 45 Minuten	-Module* auf Basis der strukturierten von DDG oder BAS anerkannten Schulungsprogramme werden gefordert. -DDG-zertifizierte Schulungsprogramme sollten bevorzugt eingesetzt werden.	-Anerkannte strukturierte Schulungsprogramme müssen vorgehalten werden. Mindestens 5 strukturierte Schulungsprogramme müssen ≥1 / Quartal angeboten werden. Entsprechende Schulungszertifikate müssen vorgelegt werden. -DDG-zertifizierte Schulungsprogramme sollten bevorzugt eingesetzt werden. -Eigene Schulungsprogramme werden nicht akzeptiert.	Anerkannte Schulungsprogramme für Kinder und Jugendliche und deren An- und Zugehörige müssen so weit möglich vorgehalten und ≥1 / Quartal angeboten werden. Da Kinder <12 J. nicht in der Lage sind, die Behandlung eigenverantwortlich durchzuführen, liegt in dieser Altersgruppe der Fokus auf der Schulung der An- und Zugehörige. Diese soll ca. 20 – 25 Stunden umfassen und durch praktische Übungen ergänzt werden. Kinder werden ihrem Entwicklungsstand entsprechend ca. 12 h geschult.

			Jugendliche, die ihren Diabetes selbst behandeln können, benötigen ca. 20 h.
Schulungszertifikate	Für typische Behandlungssituationen (z.B. Typ-1, Typ-2, ICT, CT, BOT, CGM, Pumpentherapie) muss mind. 1 Zertifikat vorliegen (nachzuweisen für Ärzt*in und Diabetesberater*in)	Für typische Behandlungssituationen (z.B. Typ-1, Typ-2, ICT, CT, BOT, CGM, Pumpentherapie) muss mind. 1 Zertifikat vorliegen (nachzuweisen für Ärzt*in und Diabetesberater*in)	Für die zertifizierten altersgerechten Schulungsprogramme sind Schulungszertifikate für Ärzt*in und Diabetesberater*in vorzuweisen.
Modulare Schulungen für Menschen mit Typ-1-Diabetes	13 Module (s. Übersicht) sind vorzuhalten. Nachzuweisen ist, dass: ≥ 25 Patient*innen / Jahr in ≥ 3 Modulen und davon ≥ 5 Patient*innen / Jahr in ≥ 7 Modulen geschult wurden.		
Modulare Schulungen für Menschen mit Typ-2-Diabetes	13 Module (mit Insulintherapie) bzw. 11 Module (ohne Insulintherapie) sind entsprechend Übersicht vorzuhalten. Nachzuweisen ist, dass ≥ 100 Patient*innen in ≥ 3 Modulen / Jahr und davon ≥ 20 Patient*innen in ≥ 7 Modulen / Jahr geschult wurden.		
Entlassmanagement nach stationärer Schulung	Entlassgespräche sind vom Diabetes-team zu führen. Notwendige Unterlagen (Entlassbrief, Medikationsplan) sind auszuhändigen.	Entfällt	Entlassgespräche sind vom Diabetes-team zu führen. Notwendige Unterlagen (Entlass-Brief, Medikationsplan) sind auszuhändigen.
Sicherstellung der ambulanten Weiterversorgung	Bei Patient*innen, die während des stationären Aufenthalts nicht vollständig geschult werden können, ist die Teilnahme an ambulanten strukturierten Gruppenschulungen sicherzustellen inklusive Erreichbarkeit (Telefon, ggf. Termin für Wiedervorstellung, Folgeberatung)	Entfällt	

*Vorzuhaltende Module für Patientenschulungsprogramme im stationären Bereich, anerkannt durch die DDG oder das BAS:

Modul	**Typ-1**	**Typ-2 mit Insulin**	**Typ-2 ohne Insulin**
Grundlagen des Diabetes	X	X	X
Ernährung und Bewegung	X	X	X
Selbstkontrolle, inkl. CGM, und Dokumentation	X	X	X
Insulintherapie	X	X	-
Injektionstechnik	X	X	-
Insulinpumpentherapie und AID	X	-	-
OAD-Therapie	-	X	X
Hypoglykämie	X	X	X
Hyperglykämie	-	X	X
Ketoazidose und Hyperglykämie	X	-	-
Kontrolluntersuchungen – Gesundheits-Pass Diabetes	X	X	X
Folgeerkrankungen	X	X	X
Psychosoziale Aspekte	X	X	X
Besonderheiten im Alltag	X	X	X
Hypertonie	X	X	X

5.3 Dokumentation erfolgter Gruppen- und Einzelschulungen

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
Gruppen- und Einzelschulungen	**Typ 1 und Typ 2 Stationär**	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Dokumentation	Schulungsteilnahme soll dokumentiert werden.		Schulungsteilnahme soll dokumentiert werden.

Modulare Schulungen, 1 UE entspricht 45 Minuten	Mustervorlage DDG „Erfassung von Patientenschulungen“ empfohlen		

6. Verlaufskontrolle

6.1 Strukturierte Verlaufskontrolle

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
Verlaufskontrolle	**Typ 1 und Typ 2 Stationär**	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Anforderungen	Untersuchungen entsprechend Gesundheits-Pass Diabetes der DDG und DMP-Richtlinie sollen besprochen und vollständig dokumentiert werden. Berücksichtigung individueller Gesundheitsziele	Untersuchungen entsprechend Gesundheits-Pass Diabetes der DDG und DMP-Richtlinie sollen besprochen und einmal pro Jahr vollständig dokumentiert werden. Berücksichtigung individueller Gesundheitsziele	Untersuchungen entsprechend Gesundheits-Pass Diabetes der DDG und DMP-Richtlinie sollen besprochen und vollständig dokumentiert werden. Berücksichtigung individueller Gesundheitsziele

6.2 Interdisziplinäre Kooperationen / Versorgungsnetzwerk zur Behandlung von Folge- und Begleiterkrankungen

Die Expertise der Diabetes Exzellenzzentren umfasst die Diagnose und Behandlung des Diabetes mellitus sowie die Prävention oder Mitbehandlung diabetesassoziierter Folge- und Begleiterkrankungen. Der Aufbau eines interdisziplinären Versorgungsnetzwerks mit weiteren Fachdisziplinen ist unverzichtbar und ist in der Mustervorlage „Visualisierung des Schnittstellenmanagements“ zu dokumentieren. Die Darstellung soll leitlinienbasierte, anlassbezogene Indikatoren zum Überweisungsmanagement und Kontaktdaten der benötigten Fachdisziplinen der näheren Umgebung enthalten, um die rasche Mitbehandlung durch weitere Fachkolleg*innen sicherzustellen. Im Rahmen des Audits findet eine Überprüfung des Schnittstellenmanagements statt.

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
Schnittstellenmanagement	**Typ 1 und Typ 2 stationär**	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Dokumentation der Netzwerkpartner zur Mitbehandlung Diabetesassoziierter Folge- und Begleiterkrankungen	Visualisierung des Schnittstellenmanagements wird gefordert (Mustervorlage DDG). Interne Kooperationen sind zulässig. Erstellung von Verfahrensanweisungen zur Darlegung der internen Zusammenarbeit werden empfohlen. Netzwerk mit folgenden Fachkompetenzen ist darzustellen: - Angiologie od. interventionelle Radiologie - Chirurgie - Gefäßchirurgie - Gynäkologie - Kardiologie - Nephrologie - Neurologie - Ophthalmologie - Orthopädie-Schuhanfertigung - Podologie - Psychologie/Psychotherapie - Ernährungs- und Bewegungstherapie	Visualisierung des Schnittstellenmanagements wird gefordert (Mustervorlage DDG). Überweisung zu Fachkolleg*innen soll über Überweisungsschein oder Arztbrief sichergestellt werden. Rasche Terminvergabe soll durch entsprechende Regelungen mit Netzwerkpartnern und bidirektionalem Informationsfluss sichergestellt werden (Befundübermittlung) Netzwerk mit folgenden Fachkompetenzen ist darzustellen: - Angiologie od. interventionelle Radiologie - Chirurgie - Gefäßchirurgie - Gynäkologie - Kardiologie - Nephrologie - Neurologie - Ophthalmologie - Orthopädie-Schuhanfertigung - Podologie - Psychologie/Psychotherapie - Ernährungs- und Bewegungstherapie	Visualisierung des Schnittstellenmanagements wird gefordert (Mustervorlage Pädiatrie DDG). Interne Kooperationen sind zulässig. Erstellung von Verfahrensanweisungen zur Darlegung der internen Zusammenarbeit werden empfohlen. Verfahrensanweisung/ SOP für Transitionsmanagement (in Anlehnung an Vorgaben der GfTM) ist vorzuhalten. Netzwerk mit folgenden Fachkompetenzen ist darzustellen: - Ophthalmologie - Internistische Diabetologie im Rahmen einer Transition - Allgemeinmedizin - Ernährungs- und Bewegungstherapie

Zertifizierungsmodul	Erwerb von ≥ 1 Modul gefordert, inklusive der dort definierten Prozess- und Ergebnis-Qualitätsanforderungen, auch hinsichtlich Schnittstellen.	Entfällt

6.3 Unterstützung bei Anträgen (z. B. Reha, GdB, Hilfsmittelversorgung), soziale Determinanten der Gesundheit berücksichtigen

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
Unterstützung bei Anträgen	**Typ 1 und Typ 2 stationär**	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Reha, GdB, Heilmittel	Im Rahmen der Sozialanamnese		Im Rahmen der Sozialanamnese

7. Dokumentation der Qualitätssicherung und Überprüfung der Versorgungsqualität

7.1 Mindestbehandlungszahlen und Zielerreichung

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
Qualitätsindikatoren	**Typ 1 und Typ 2 stationär**	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Mindestbehandlungszahlen	Typ 1: 50 pro Jahr[1] Typ 2: 200 pro Jahr[1] Nachweis in Anlage 1 „Qualitätsindikatoren“	Typ 1: 50 pro Quartal Typ 2: 200 pro Quartal Nachweis in Anlage 1 „Qualitätsindikatoren“ bzw. Angaben der KV-Abrechnung / im Rahmen der DMP	Typ 1: 75 pro Jahr[1, 2] Nachweise in Anlage 1 „Qualitätsindikatoren“ Angaben zu Alter, Diabetesdauer, BMI, Therapieziel, Therapie (z.B. AID, CGM, TIR etc.), schwere Hypoglykämien, Ketoazidose, Schulungsdaten
Qualitätsindikatoren (Anlage 1)	**Dokumentation der Gesamtbehandlungszahlen** in Anlage 1 „Qualitätsindikatoren“ und Überprüfung der Qualitätsindikatoren im Audit		
Mindestbehandlungszahl für Begleiterkrankungen / Zertifizierungsmodulen	Es gelten die Vorgaben der entsprechenden Zertifizierungsmodul-Richtlinie.		Entfällt

Individuellen Zielerreichung	Zu dokumentieren im Arztbrief bei Entlassung bei allen Patient*innen.	Zu dokumentieren in der Patientenakte bei allen Patient*innen mindestens 1x/Jahr	Zu dokumentieren in Arztbrief/ in der Patientenakte bei Entlassung bei allen Patient*innen / mindestens 1x/Jahr

[1] Hauptdiagnose oder Nebendiagnose: Nachweis einer diabetesbezogenen Therapieanpassung und/oder Versorgung diabetesbezogener Folgeerkrankungen oder Komorbiditäten. Ein pankreopriver Diabetes gehört nicht zur Diagnose und Klassifikation eines Typ-1-Diabetes.

[2] Kinder und Jugendliche mit Diabetes in Dauerbetreuung

7.2 Kernprozesse der leitlinienkonformen Versorgung

Die Qualitätsindikatoren (Anlage 1) des DDG-Anforderungskatalogs zur leitlinienkonformen Versorgung müssen systematisch erfasst werden. Die Daten dürfen nicht älter als 2 Jahre sein. Ein geeignetes Register zur Dokumentation ist zu verwenden und zu benennen, zum Beispiel DPV, EMIL, DIABASS, u. ä. Zusätzlich wird die patientenausgerichtete Dokumentation (z.B. über den Gesundheits-Pass Diabetes) empfohlen.

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
Qualitätsindikatoren	**Typ 1 und Typ 2 stationär**	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Diagnostik	Pflichtangaben gemäß Anlage 1 „Qualitätsindikatoren“. Die Daten dürfen nicht älter als 2 Jahre sein. Nutzung des Gesundheits-Passes Diabetes für die patientenausgerichtete Dokumentation empfohlen.		Analog zu Typ 1 und 2
Schulung	Schulungsprogramme müssen zeitnah angeboten werden. Aufgrund der kurzen Liegedauer sind aktuell notwendige Schulungen vorzuhalten und die Weiterbehandlung und Schulung in einer geeigneten ambulanten Einrichtung sicherzustellen.	Mindestens 90 % aller Patient*innen bei Erstvorstellung, die noch keine Schulung erhalten haben, müssen innerhalb von einem Quartal die Schulung über ein zertifiziertes Schulungsprogramm der DDG bekommen.	Mindestens 95 % der Kinder bzw. ihre An- und Zugehörige müssen geschult werden über ein zertifiziertes Schulungsprogramm der DDG. Da Kinder bis etwa 12 Jahre nicht in der Lage sind, die Behandlung eigenverantwortlich durchzuführen, liegt der Hauptfokus auf der strukturierten Schulung der Eltern. Diese soll 20 – 25 Stunden umfassen. Die Kinder werden ihrem Entwicklungsstand entsprechend ca. 12 Stunden altersgerecht geschult.

			Jugendliche, die ihren Diabetes selbst behandeln können, benötigen ca. 20 Stunden Training
Wissensvermittlung durch strukturierte Patientenschulung	Erfolgreiche Wissensvermittlung ist über Patienten-Feedbackbögen abzufragen, z.B. siehe Anlage 1 „Qualitätsindikatoren“		Analog zu Typ 1 und 2. Feedback-bögen sind bei Kindern <12 J. von den Eltern auszufüllen
Therapie	Dokumentation in Anlage 1 „Qualitätsindikatoren“ unter P 9		
Nachuntersuchung / Wiedervorstellung	Entfällt	Nachuntersuchungen sind zu dokumentieren: Repräsentative Stichprobe: ≥30 Patient*innen (Typ 1) ≥60 Patient*innen (Typ 2) Nachuntersuchung: 12-15 Monate nach dokumentierter Eingangsuntersuchung. Evaluationszeitraum: ≤ 3 Jahre	Nachuntersuchungen sind zu dokumentieren: Repräsentative Stichprobe: ≥25 Patient*innen (Kinder und Jugendliche) Nachuntersuchung: 12-15 Monate nach dokumentierter Eingangsuntersuchung. Evaluationszeitraum: ≤ 36 Monate

7.3 Erfassung Ergebnisqualität

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
Qualitätsindikatoren	**Typ 1 und Typ 2 stationär**	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Ergebnisqualität Teilnahme an QS	Abfrage und Auswertung der Zufriedenheit von Zuweisern (Arzt-brief, Termin) und Patient*innen (Umfrage); Erarbeitung von PDCA-Zyklen[1] bei Optimierungsbedarf	Abfrage und Auswertung der Zufriedenheit von Zuweisern (Arztbrief, Termin) und Patient*innen (Umfrage), Erarbeitung von PDCA-Zyklen[1] bei Optimierungsbedarf	Abfrage und Auswertung der Zu-friedenheit von Zuweisern (Arztbrief, Termin) und Patient*innen (Umfrage) Erarbeitung von PDCA-Zyklen[1] bei Optimierungsbedarf

[1] Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (**P**lan **D**o **C**heck **A**ct)

7.4 Teilnahme an Registern

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
Qualitätsindikatoren	**Typ 1 und Typ 2 stationär**	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Ergebnisqualität Teilnahme an Registern	Entfällt	DPV-Registerdaten sind für Patient*innen mit Typ-1-Diabetes verpflichtend zu erfassen und praxisbezogen zu analysieren (internes Qualitätsmanagement-Benchmarking). Patient*innen mit Typ-2-Diabetes sollten optional in einem Register (z.B. DPV oder DMP) erfasst werden. Die Teilnahme von Patient*innen an klinischen Studien und Projekten des DZD[1] ist wünschenswert.	Registerdaten (DPV) müssen erfasst und praxisbezogen analysiert werden (internes Qualitätsmanagement-Benchmarking)

[1] DZD (Deutsches Zentrum für Diabetesforschung)

7.5 Auswertung interner Qualitätsmanagementmaßnahmen zur Sicherstellung der Versorgungsqualität und der Leitlinienkonformität der Behandlung

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
Qualitätsindikatoren	**Typ 1 und Typ 2 stationär**	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Auswertung und Erörterung der Qualitätsindikatoren	1 x/Jahr gemeinsame Erörterung im Diabetesteam als internes Qualitätsmanagement-Benchmarking zur Konformitätsüberprüfung, als Grundlage für Qualitätsverbesserungsmaßnahmen (PDCA-Zyklen)		Analog zu Typ 1 und 2

8. Maßnahmen der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung

8.1 Erfahrungsaustausch

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
	Typ 1 und Typ 2 stationär	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Interner Erfahrungsaustausch	Durchführung eines regelmäßigen Wissens- und Erfahrungsaustausches innerhalb des Diabetesteams und bei Bedarf mit Netzwerkpartnern (Übergaben, Teambesprechung, interdisziplinäre Fallbesprechungen, Beteiligung am Qualitätszirkel). Diese sind zu protokollieren.		Analog zu Typ 1 und 2
Optionale Empfehlung der DDG	Hospitationen an anderen zertifizierten Einrichtungen und der Besuch des jährlich auf dem Diabetes Kongress stattfindenden Workshops „Was wir voneinander lernen können“ werden empfohlen (Best-Practice-Austausch), sind jedoch nicht verpflichtend.		

8.2 Identifizierung und Priorisierung von Verbesserungsmaßnahmen (PDCA)

Neben der internen Auswertung der Registerdaten können Hospitationen als Möglichkeit genutzt werden, um Verbesserungspotenziale zu identifizieren.

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
Verbesserungsmaßnahmen	**Typ 1 und Typ 2 stationär**	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Identifizierung von Verbesserungsmaßnahmen, Best-Practice-Anregungen	Vorstellung der Anregungen und Best-Practice-Beispiele im gesamten Diabetesteam. Gemeinsame Erörterung, Dokumentation der Analyse, Nutzung für PDCA-Zyklen (Qualitätsmanagement-Verbesserungsmaßnahmen)		Analog zu Typ 1 und 2
Analyse von Registerdaten und Qualitätsmanagementberichten	Auswertung von Registerdaten, Qualitätsmanagementberichten und Umfragen. Gemeinsame Erörterung im Diabetesteam, Dokumentation der Analyse, Nutzung für PDCA-Zyklen (Qualitätsmanagement-Verbesserungsmaßnahmen). Als weitere Quellen für PDCA-Zyklen können Umfragen zur Patientenzufriedenheit sowie Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen herangezogen werden.		Analog zu Typ 1 und 2

8.3 Implementierung und Überprüfung der Verbesserungsmaßnahmen

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
Verbesserungsmaßnahmen	**Typ 1 und Typ 2 stationär**	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Implementierung von Verbesserungen / PDCA	Entsprechend der übergeordneten Qualitätsmanagementnormen sollen qualitätsverbessernde Maßnahmen durchgeführt werden. Identifizierung (s. 8.2) und Priorisierung sollen in abgestimmter Form erfolgen und dokumentiert werden. Jährliche Überprüfung der Qualitätsverbesserungsprojekte wird gefordert. ≥ 2 PDCA-Maßnahmen / Jahr		Analog zu Typ 1 und 2.

8.4 Erhebung der Patient*innen-, Mitarbeitenden- und Zuweiserzufriedenheit

Kriterium	**Soll-Anforderung**		
Zufriedenheit mit Behandlungsqualität + Behandlungsprozess	**Typ 1 und Typ 2 stationär**	**Typ 1 und Typ 2 ambulant**	**Kinder und Jugendliche (stationär/ambulant)**
Befragung der Mitarbeitenden	Erhebung und Auswertung: Einmal im Zertifizierungszeitraum		Erhebung und Auswertung: Einmal im Zertifizierungszeitraum
Zuweiser-Befragung	Erhebung und Auswertung: Einmal im Zertifizierungszeitraum		Erhebung und Auswertung: Einmal im Zertifizierungszeitraum
Patient*innenzufriedenheit	Regelmäßig (mind. 1x/ Jahr) schriftliche Befragung (diabetesspezifisch und übergeordnete Aspekte)		Regelmäßig (mind. 1x/ Jahr) schriftliche Befragung (diabetesspezifisch und übergeordnete Aspekte)

Abkürzungsverzeichnis

ABI	Ankle-Brachial-Index
AG	Arbeitsgemeinschaft
AGDT	Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie
AID	Automated Insulin Delivery
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BMI	Body-Mass-Index
BOT	Basalinsulin-unterstützte orale Therapie
CGM	Continuous Glucose Monitoring
CME	Continuing Mediacal Education
CT	konventionelle Insulintherapie
DGfW	Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung
DMP	Disease-Management-Programm
DPV	Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation
DSP	Diabetologische Schwerpunktpraxis
DZD	Deutsches Zentrum für Diabetesforschung
eGFR	Estimated glomerular filtration rate
FA	Facharzt
FIB-4	Fibrosis-4 Index
GdB	Grad der Behinderung
GDM	Gestationsdiabetes
GfTM	Gesellschaft für Transitionsmedizin e.V.
ICT	Intensivierte konventionelle Insulintherapie
ICW	Initiative Chronische Wunden
JA-PAED	Junge Allgemeinpädiatrie
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LÄK	Landesärztekammer
MALSD	Metabolic dysfunction–Associated Steatotic Liver Disease

MASH	Metabolic dysfunction-associated steatohepatitis
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
OAD	orale Antidiabetika
OGTT	Oraler Glukosetoleranztest
PDCA	Plan-Do-Check-Act
POCT	Point-of-Care Testing
RiliBÄK	Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen
RL	Richtlinie
SOP	Standard Operating Procedure
SP	Schwerpunkt
TIR	Time in Range
UACR	Urin-Albumin-Kreatinin-Ratio
UE	Unterrichtseinheit
VDBD	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V.
WHO	World Health Organisation
ZW	Zusatzweiterbildung