

**Antrag auf Anerkennung
als Diabetes Exzellenzzentrum DDG
für Patient*innen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes**

Allgemeine Angaben zum Antrag

Antragsdatum:	
Art des Antrags:	☐ Erstantrag ☐ Wiederholungsantrag
Wenn Wiederholungsantrag: Soll die Rezertifizierung bei einem Wiederholungsantrag lückenlos sein?	☐ ja ☐ nein
Welche Zusatzkompetenz wird angestrebt? (eine ab 1.12.2025 verpflichtend)	☐ Zusatzkompetenz Diabetes & Schwangerschaft ☐ Zusatzkompetenz Diabetes & Psyche ☐ Zusatzkompetenz Diabetes & Adipositas ☐ Zusatzkompetenz Diabetes & Fuß ☐ Zusatzkompetenz Diabetes & Herz
Wie viele Standorte sollen zertifiziert werden?	☐ 1 Standort ☐ 2 Standorte ☐ 3 Standorte ☐ 4 Standorte

Angaben zur antragstellenden Einrichtung (Standort 1)

Name der Einrichtung ¹ :	
ggf. Abteilung ² :	
Straße/ Nr.:	
PLZ:	
Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	
E-Mail (E-Rechnung):	

¹ Diese Angabe wird u.a. für die Urkundenerstellung genutzt. Bitte sorgfältig prüfen.

² Diese Angabe wird u.a. für die Urkundenerstellung genutzt. Bitte sorgfältig prüfen.

Angabe zu weiteren zu zertifizierten Standorten (falls zutreffend)

Standort:	2	3	4
Bezeichnung/ Name:			
Straße/ Nr.:			
PLZ:			
Ort:			

Rechnungsanschrift, falls abweichend

Empfänger:	
Straße/ Nr.:	
PLZ:	
Ort:	

Angaben zur antragstellenden Person

Anrede:	
Titel:	
Nachname:	
Vorname:	
E-Mail (dienstl.):	
Ist die antragstellende Person der*die verantwortliche Diabetolog*in?	☐ ja ☐ nein

Angaben zum*zur verantwortlichen Diabetolog*in (falls nicht Antragsteller*in)

Anrede:	
Titel:	
Nachname:	
Vorname:	
E-Mail (dienstl.):	

☐ Mit der Einreichung des Antrags stimme ich der Datenverarbeitung und der Datenveröffentlichung meiner persönlichen Kontaktdaten (wie im Antrag genannt) auf der DDG Homepage zu.

Bitte prüfen Sie diese auf Richtigkeit und teilen Sie uns laufende Änderungen schnellstmöglich mit, damit Interessenten stets aktuelle Angaben zur Kontaktaufnahme mit Ihrer Einrichtung der Liste der DDG-zertifizierten Kliniken und Praxen entnehmen können.

1. Art der Einrichtung

- ☐ Klinik ohne Ambulanz
☐ Klinik mit Ambulanz
☐ Arztpraxis
☐ Reha-Einrichtung

Einzureichende Unterlagen:

- ☐ Organigramm der Einrichtung (Dateibenennung: 01_Organigramm)

2. Personelle Voraussetzungen

2.1 Diabetolog*innen DDG

Titel	Anrede	Name	Vorname	Arbeitszeit (in Stunden) je Woche und Standort

Einzureichende Unterlagen:

Je aufgeführter Person sind einzureichen:

- ☐ Fortbildungsnachweise der vergangenen 3 Jahre (Einzelnachweise oder Auszug aus Punktekonto LÄK)
(Dateibenennung: 02_Arzt_Name_Fobi)

Beim Audit vorzulegende Unterlagen:

- ☐ Kopie Anerkennungsurkunde Diabetolog*in DDG
☐ Bestätigung über Anstellung (ggf. Arbeitsstunden /Standort)
☐ ggf. Nachweis der Vertretung

2.2 Diabetesberater*in DDG

Titel	Anrede	Name	Vorname	Arbeitszeit (in Stunden) je Woche und Standort

Einzureichende Unterlagen:

Je aufgeführter Person sind einzureichen:

- ☐ gültiges DDG-VDBD-Fortbildungszertifikat (Dateibenennung: 02_DiaB_Name_FoBiZertifikat)

Beim Audit vorzulegende Unterlagen:

- ☐ Kopie Zertifikat Diabetesberater*in DDG
☐ Bestätigung über Anstellung (ggf. Arbeitsstunden /Standort)
☐ ggf. Nachweis der Vertretung

2.3 Fußbehandlung

- ☐ Anstellung
☐ Kooperation

Titel	Anrede	Name	Vorname	Arbeitszeit (in Stunden) je Woche und Standort <u>bei Anstellung</u>

Beim Audit vorzulegende Unterlagen:

- ☐ gültige Zertifikate
☐ **Anstellung:** Bestätigung über Anstellung (ggf. Arbeitsstunden /Standort)
☐ **Kooperation:** Kooperationsvereinbarung

2.4 Stationspflegepersonal oder Mitarbeitende in Schwerpunktpraxis

- ☐ **stationär:** Es sind 24 h am Tag in der Diabetesbehandlung erfahrene Krankenschwestern/-pfleger verfügbar. Das Personal wird regelmäßig (2 UE/Jahr) im diabetologischen Fachgebiet fortgebildet.
- ☐ **ambulant:** Das Assistenzpersonal wird regelmäßig (2 UE/Jahr) im diabetologischen Fachgebiet fortgebildet.

Beim Audit vorzulegende Unterlagen:

- ☐ Auflistung des Personals
- ☐ Nachweis über regelmäßige Fortbildungen (unterschriebene Teilnahmelisten oder Protokolle)

2.5 Psycholog*in oder Psychotherapeut*in – ärztliche oder psychologische Ausrichtung

- ☐ Anstellung
- ☐ Kooperation

Titel	Anrede	Name	Vorname	Arbeitszeit (in Stunden) je Woche und Standort <u>bei Anstellung</u>

Beim Audit vorzulegende Unterlagen:

- ☐ gültige Zertifikate
- ☐ **Anstellung:** Bestätigung über Anstellung (ggf. Arbeitsstunden /Standort)
- ☐ **Kooperation:** Kooperationsvereinbarung

3. Schnittstellenmanagement

Beim Audit vorzulegende Unterlagen:

- ☐ ausgefülltes Formular „Visualisierung des Schnittstellenmanagements“

Hinweis:

Für die Darlegung des Schnittstellenmanagements ist die Vorlage „[Visualisierung des Schnittstellenmanagements](#)“ zu nutzen und um die Kontaktdaten der Fachdisziplinen in näherer Umgebung der zu zertifizierenden diabetologischen Behandlungseinrichtung zu ergänzen. Des Weiteren sollen leitlinienbasierte und anlassbezogenen Indikatoren zum Überweisungsmanagement erarbeitet und in die Grafik eingetragen werden. Bitte speichern Sie die Vorlage lokal ab.

4. Räumliche und strukturelle Voraussetzungen

Definition:

Ein Raum, der nur für die Schulung und Beratung genutzt wird, für Unterrichtszwecke eingerichtet ist und über Unterrichtsmedien und Projektionsmöglichkeiten verfügt. In stationären Einrichtungen muss dieser in räumlicher Nähe zur Diabetesstation liegen und rollstuhlgerecht sein.

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Standort 1	Standort 2 (falls zutreffend)
☐ Behandelte werden ambulant betreut ☐ Behandelte sind untergebracht auf einer Station/Behandlungseinheit ☐ Behandelte sind untergebracht auf verschiedenen Stationen/Behandlungseinheiten ☐ Ein Schulungsraum für Gruppenschulung, der vorwiegend für die Schulung von Behandelten vorgesehen ist, ist vorhanden (Schulungsraum: Raum, der vorwiegend für die Gruppenschulung zur Verfügung steht und sich in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Diabetesstation befindet, für Unterrichtszwecke eingerichtet ist und über Tageslicht, Unterrichtsmedien und Projektionsmöglichkeiten verfügt. Für die Schulung von Kindern und Jugendlichen müssen die Räume den speziellen didaktischen Anforderungen dieser Zielgruppe genügen). ☐ Ein geeigneter Raum für Einzelschulungen ist vorhanden ☐ Im Schulungsraum sind Projektionsmöglichkeiten vorhanden ☐ Der Schulungsraum ist rollstuhlgerecht befahrbar und eingerichtet ☐ Mindestens ein Raum ausschließlich zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms ist vorhanden. (Die Mindestausstattung entspricht den Standards der Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß der DDG) ☐ Die Fußbehandlung septischer Wunden wird im septischen Fußbehandlungsraum durchgeführt (MRSA, fakultativ)	☐ Behandelte werden ambulant betreut ☐ Behandelte sind untergebracht auf einer Station/Behandlungseinheit ☐ Behandelte sind untergebracht auf verschiedenen Stationen/Behandlungseinheiten ☐ Ein Schulungsraum für Gruppenschulung, der vorwiegend für die Schulung von Behandelten vorgesehen ist, ist vorhanden (Schulungsraum: Raum, der vorwiegend für die Gruppenschulung zur Verfügung steht und sich in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Diabetesstation befindet, für Unterrichtszwecke eingerichtet ist und über Tageslicht, Unterrichtsmedien und Projektionsmöglichkeiten verfügt. Für die Schulung von Kindern und Jugendlichen müssen die Räume den speziellen didaktischen Anforderungen dieser Zielgruppe genügen). ☐ Ein geeigneter Raum für Einzelschulungen ist vorhanden ☐ Im Schulungsraum sind Projektionsmöglichkeiten vorhanden ☐ Der Schulungsraum ist rollstuhlgerecht befahrbar und eingerichtet ☐ Mindestens ein Raum ausschließlich zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms ist vorhanden. (Die Mindestausstattung entspricht den Standards der Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß der DDG) ☐ Die Fußbehandlung septischer Wunden wird im septischen Fußbehandlungsraum durchgeführt (MRSA, fakultativ)

ggf. weitere Erläuterungen:

5. Weitere Anforderungen zur Strukturqualität

Bitte zutreffendes ankreuzen:

5.1 Glukose und HbA1c-Bestimmung

- ☐ Eine gemäß RiliBÄK qualitätsgesicherte Labormethode zur Blutglukosemessung und zur HbA1c-Messung (falls beim Antragsteller vorhanden) ist auf der Diabetesstation bzw. in der Diabetessprechstunde verfügbar und steht zur sofortigen Verfügung.
- ☐ Die Methode ist qualitätskontrolliert (bitte Kopie des Zertifikates des letzten Ringversuches beilegen (Glucose und HbA1c) sowie bei Einsatz von Unit-use-POCT-Glukose- und HbA1c-Messungen: Protokolle der Kontrollproben- Einzelmessung (der letzten 4 Wochen).
- ☐ Verschiedene Methoden und Materialien stehen für Selbstkontrollen zur Blutglukosemessung und zur Ketonbestimmung zur Verfügung.

Beim Audit vorzulegende Unterlagen:

- ☐ aktuell gültige Nachweise zu den Ringversuchen/Kontrollproben-Einzelmessungen (ggf. je Standort)

5.2 Instrumente zur Prüfung der Neuropathie sind vorhanden:

- ☐ Vibrationsgabel
- ☐ Monofilament
- ☐ Tip Therm
- ☐ Reflexhammer
- ☐ Einmal-Nadel

5.3 Blutdruck-Messgeräte sind vorhanden:

- ☐ mit Manschetten in unterschiedlichen Größen
- ☐ Geräte, die regelmäßig geeicht werden
- ☐ Geräte, die den Standards (Gütesiegel) der Dt. Hochdruckliga entsprechen

5.4 Injektionshilfen sind vorhanden

- ☐ verschiedene Pens
- ☐ Insulinpumpen

5.5 Schulungsunterlagen

☐ Schriftlich ausgearbeitete Schulungsunterlagen und Curricula für alle angewandten Therapieformen entsprechend der nat. und internat. Leitlinien. Die Unterlagen sind zum Audit vorzulegen. Von der DDG zertifizierte Programme werden verwendet. Nach diesen Schulungsunterlagen wird einzeln oder in Gruppen geschult. Die Schulungen sind problemorientiert umzusetzen. Nur stationäre Einrichtungen: Angaben zu modularen Schulungen in Excel-Tabelle (Datenerfassungsblatt, siehe Punkt 6.)

Beim Audit vorzulegende Unterlagen:

☐ verwendete Schulungsunterlagen und Curricula

5.6 Anschauungs- und Schulungsmaterial ist vorhanden:

- ☐ Blutglukose-Messgeräte
- ☐ Blutdruck-Messgeräte
- ☐ Blutglukose- / RR-Tagebücher
- ☐ BMI-Tabellen
- ☐ Ernährungstabellen
- ☐ Fußpflege-Empfehlungen
- ☐ Gesundheits-Pass Diabetes DDG

5.7 Folgende Notfall-Sets sind vorhanden

- ☐ Glukagon
- ☐ Not-BE
- ☐ Glucose i.v.
- ☐ Blutglukose – und Ketontest

5.8 Orale Antidiabetika, Insuline und andere Medikamente:

☐ Eine mindestens halbjährliche Überprüfung der mittleren Haltbarkeitsdauer der Medikamente erfolgt mit Dokumentation.

6. Schulungen

6.1 Schulungs- und Behandlungsprogramme

Stationäre Einrichtungen und zugelassene Klinikambulanzen müssen nur den Nachweis erbringen, dass die Materialien zur problemorientierten Schulung vorliegen und eingesetzt werden. Führen stationäre Einrichtungen modulare Schulungen durch, sind die Angaben zu den durchgeführten Schulungen in elektronischer Form (Excel-Tabelle) zu erfassen, die Teilnahme des Patienten an der Schulung durch Unterschrift zu bestätigen und zum Audit vorzulegen (s. Punkt 7.3). **Praxen müssen zudem den Nachweis der Häufigkeit der durchgeführten Schulungen erbringen (s. Tabelle)**

Beim Audit vorzulegende Unterlagen:

- ☐ Qualifikationszertifikate zu den angegebenen Schulungen (Arzt/Beratung)

Bitte tragen Sie die entsprechenden Angaben zu den von Ihnen verwendeten DDG-anerkannten Schulungs- und Behandlungsprogrammen ein. (Hinweis: UE = Unterrichtseinheit; 1 UE = 45 min)

Verwendetes Schulungs- und Behandlungsprogramm	Auflage des Programms (Jahr)	Bestandteil Modulare Schulung (nur stationär)	Anzahl der UE (1 UE = 45min)	Durchführungszeitraum (Tage)	Anzahl der Schulungen in den letzten 12 Monaten	Mittlere Anzahl Teilnehmer / Gruppe:
Typ-1-Diabetes						
☐ PRIMAS: Leben mit Typ-1-Diabetes		☐				
☐ Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie		☐				
Typ-2-Diabetes						
☐ Ohne Insulin – MEDIAS 2/BASIS		☐				
☐ Ohne Insulin – Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker*innen, die nicht Insulin spritzen		☐				
☐ Nicht-intensivierte Insulintherapie – MEDIAS 2/BOT + SIT + CT		☐				
☐ Nicht-intensivierte Insulintherapie – Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen		☐				
☐ Intensivierte Insulintherapie – MEDIAS 2/ICT		☐				
☐ Intensivierte Insulintherapie - Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker*innen, die Insulin spritzen		☐				

Verwendetes Schulungs- und Behandlungsprogramm	Auflage des Programms (Jahr)	Bestand-teil Modulare Schulung (nur stationär)	Anzahl der UE (1 UE = 45min)	Durchführungszeit-raum (Tage)	Anzahl der Schulungen in den letzten 12 Monaten	Mittlere Anzahl Teilnehmer / Gruppe:
Hypoglykämieprobleme						
☐ Hypoglykämie – Positives Selbstmanagement (HyPOS)		☐				
☐ Blutglukosewahrnehmungstraining für Typ-1-Diabetiker*innen (BGAT)		☐				
Hypertonie						
☐ Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patient*innen mit Hypertonie		☐				
☐ Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)		☐				
Diabetestechnologien						
☐ Schulungs- und Behandlungsprogramm für die Insulinpumpentherapie (INPUT)		☐				
☐ Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen, die Flash Glucose Monitoring benutzen (flash)		☐				
Weitere Schulungsprogramme						
☐ Geriatrie – Fit bleiben und älter werden (SGS)		☐				
☐ Körperliche Bewegung – DiSKo-Schulung		☐				

ggf. weitere Erläuterungen:

7. Behandlungsprozess

Bitte füllen Sie folgenden Anforderungskatalog zum Behandlungsprozess aus. Die Durchführung der jeweiligen Anforderung versehen Sie bitte mit einem Kreuz in der vorgesehenen Box. (Die Nachweise und Dokumentationsunterlagen werden beim Audit eingesehen - die Einsicht in die Krankengeschichten ist für die Auditoren zwingend notwendig, daher bitte entsprechende Erlaubnis durch die Patienten einholen).

- ☐ Dokumentation von Anamnese, Therapiezielfestlegung und Festlegung der Behandlungsmaßnahmen.
- ☐ Zielklärung mit Patienten und Angehörigen wird durchgeführt.
- ☐ Der individuelle Schulungs- und Beratungsbedarf des Behandelten wird ermittelt.
- ☐ Kontakt mit ein-/überweisendem medizinischen Personal wird aufgenommen.
- ☐ Arztbereitschaft: Zur Behandlung von Akutkomplikationen ist auch nachts und am Wochenende ein diabeteserfahrener Arzt verfügbar (stationär) bzw. erreichbar (ambulant).
- ☐ Stoffwechselkontrollen und Therapieanpassung liegen mit nachvollziehbarer Begründung vor.
- ☐ Patientengerechte Dokumentation (unter Einbeziehung des Gesundheits-Passes, Selbstkontrolldokumentation des Patienten) wird durchgeführt.
- ☐ Die Therapie des Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 ist durch Anwendung von Leitlinien und Evidenz basierten Empfehlungen gewährleistet, unter Beachtung der jeweils gültigen RSAV.
- ☐ Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle von Begleiterkrankungen/ Komplikationen wird dokumentiert. Die Qualitätsindikatoren werden im Rahmen der standardisierten und strukturierten Dokumentation zur Qualitätssicherung dokumentiert.
- ☐ Das Diabetes-Team passt gemeinsam mit dem Patienten und ggf. Angehörigen die Therapieziele und den Behandlungsplan an.
- ☐ Die Behandlung schließt mit einem persönlichen Gespräch zwischen Arzt und Patient ab.
- ☐ Patienten/ Angehörige sind in die Behandlung integriert. Angehörigen wird die Möglichkeit gegeben, an der Schulung teilzunehmen. Das Behandlungsteam hat ausreichend Zeit für Einzelgespräche von Patienten und Angehörigen zur Verfügung.
- ☐ Patienten u ggf. Angehörige werden in die Entlassungsplanung integriert (Brief und Medikamentenplan werden ausgehändigt).
- ☐ Der weitere Behandlungsverlauf wird sichergestellt (Telefon-Hotline, ggf. Termin für Wiedervorstellung, Folgeberatung).
- ☐ Ein regelmäßiger Wissens/ -erfahrungsaustausch intern und extern ist innerhalb des Diabetesteam und berufsgruppenübergreifend in Form von Übergabe, Visite, Teambesprechung, interdisz. Fallbesprechen, Protokolle, regelmäßiger Austausch mit Interessengruppen sichergestellt. Beteiligung am Qualitätszirkel findet statt.
- ☐ Behandlungskorridore werden eingerichtet, Netzwerke gebildet, Behandlungswege optimiert.

8. Behandlungszahlen

Behandelte mit Typ-1-Diabetes, die im letzten Quartal ärztlich betreut wurden

	Standort 1	Standort 2 (falls zutreffend)	Standort 3 (falls zutreffend)	Standort 4 (falls zutreffend)
Name des Standorts:				
Behandlungszahl:				

Behandelte mit Typ-2-Diabetes, die im letzten Quartal ärztlich betreut wurden

	Standort 1	Standort 2 (falls zutreffend)	Standort 3 (falls zutreffend)	Standort 4 (falls zutreffend)
Name des Standorts:				
Behandlungszahl:				

ggf. weitere Erläuterungen:

--

9. Hospitation

Aktive Hospitationen (wir haben hospitiert)

Angabe 1. Hospitationstag	Ärzt*in	Diabetesberater*in
Name Hospitant*in:		
Einrichtung / Praxis: (Name / Anschrift)		
Hospitierende Einrichtung ist:	☐ Diabetes Exzellenzzentrum ☐ Diabeteszentrum	☐ Diabetes Exzellenzzentrum ☐ Diabeteszentrum
Zertifikat gültig <u>von</u> :		
Zertifikat gültig <u>bis</u> :		
Datum der Hospitation (1.Tag):		
Angabe 2. Hospitationstag	Ärzt*in	Diabetesberater*in
Name Hospitant*in:		
Einrichtung / Praxis: (Name / Anschrift)		
Hospitierende Einrichtung ist:	☐ Diabetes Exzellenzzentrum ☐ Diabeteszentrum	☐ Diabetes Exzellenzzentrum ☐ Diabeteszentrum
Zertifikat gültig <u>von</u> :		
Zertifikat gültig <u>bis</u> :		
Datum der Hospitation (1.Tag):		

Einzureichende Unterlagen:

- ☐ Hospitationsbericht Ärzt*in (Dateibenennung: 09_Hosp_Arzt_aktiv)
- ☐ Hospitationsbericht Diabetesberater*in (Dateibenennung: 09_Hosp_DiaB_aktiv)

Passive Hospitationen (wir wurden hospitiert)

Angabe 1. Hospitationstag	Ärzt*in	Diabetesberater*in
Name Hospitant*in:		
Einrichtung / Praxis: (Name / Anschrift) oder DDG-Workshop		
Hospitierende Einrichtung ist:	☐ Diabetes Exzellenzzentrum ☐ Diabeteszentrum	☐ Diabetes Exzellenzzentrum ☐ Diabeteszentrum
Zertifikat gültig von :		
Zertifikat gültig bis :		
Datum der Hospitation (1.Tag):		
Angabe 2. Hospitationstag	Ärzt*in	Diabetesberater*in
Name Hospitant*in:		
Einrichtung / Praxis: (Name / Anschrift) oder DDG-Workshop		
Hospitierende Einrichtung ist:	☐ Diabetes Exzellenzzentrum ☐ Diabeteszentrum	☐ Diabetes Exzellenzzentrum ☐ Diabeteszentrum
Zertifikat gültig von :		
Zertifikat gültig bis :		
Datum der Hospitation (1.Tag):		

Einzureichende Unterlagen:

- ☐ Hospitationsbericht Ärzt*in (Dateibenennung: 09_Hosp_Arzt_passiv)
- ☐ Hospitationsbericht Diabetesberater*in (Dateibenennung: 09_Hosp_DiaB_passiv)
- Alternativ ab 2. Rezertifizierungsantrag:
- ☐ Teilnahmezertifikat Workshop – passive Hospitation Ärzt*in (Dateibenennung: 09_Hosp_Arzt_DDG)
- ☐ Teilnahmezertifikat Workshop – passive Hospitation Diabetesberater*in (Dateibenennung: 09_Hosp_DiaB_DDG)

Hinweis:

Alle drei Jahre muss je eine zweitägige aktive Hospitation und passive Hospitation durch eine*n Mediziner*in und eine*n Diabetesberater*in erfolgen. Die Hospitationstage müssen nicht am Stück erfolgen, sondern können aus den letzten 3 Jahren addiert werden (in Summe also 2 Tage). Die Hospitationen können von verschiedenen Personen durchgeführt werden. Insgesamt sind an aktiver und passiver Hospitation mindestens 8 Tage für den Zeitraum der letzten 3 Jahre nachzuweisen.

Die Hospitation muss in einer von der DDG anerkannten Einrichtung (Diabeteszentrum DDG, Diabetes Exzellenzzentrum DDG) erfolgen. Wechselseitige aktive und passive Hospitationen können nicht anerkannt werden. Gleichfalls nicht anerkannt werden Hospitationen an Einrichtungen, die durch vertragliche Regelungen oder Personalunion miteinander verbunden sind. Es wird empfohlen, die Hospitation im Rahmen der Re-

Zertifizierung an einer Einrichtung vorzunehmen, die nicht bereits bei der vorherigen Zertifizierung hospitiert wurde.

Über die Hospitation (Schulungs- und Behandlungsprogramm/ Visiten/ Austausch und Diskussion) wird ein Bericht angefertigt und dem Antrag beigelegt.

10. Dokumentation zur Qualitätssicherung

Der Auditor prüft die zu dokumentierenden Parameter in den Akten der Behandelten. Dazu ist zum Audit eine aktuelle Liste der Behandelten vorzulegen (z. B. ambulant: Liste der im DMP eingeschriebenen Behandelten, stationär: entsprechender Auszug aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS)).

☐ Standardisierte Dokumentation mit einem diabetesspezifischen Dokumentationsverfahren wird durchgeführt.

Wir verwenden folgendes Dokumentationssystem zur Datenerfassung:

- ☐ DPV
- ☐ EMIL
- ☐ DMP-Bogen oder in der Praxissoftware implementierte DMP Dokumentation
- ☐ Andere:

Die in den Pflicht-Items aufgeführten Parameter müssen zur Charakterisierung Ihrer Behandelten erfasst werden. Der DMP-Datensatz ist zugelassen.

Beim Audit vorzulegende Unterlagen:

☐ *Patientenliste (elektronisch oder Ausdruck)*

11. Bestätigung

Die Einrichtung verpflichtet sich, alle 3 Jahre die Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von einem von der DDG anerkannten externen Zertifizierungsunternehmen überprüfen zu lassen.

☐ Ich nehme zur Kenntnis, dass zur Durchführung der Zertifizierung die Weitergabe der von mir/uns **korrekt pseudonymisierten** Patient*innendaten und ggfs. der zertifizierungsrelevanten Mitarbeiterdaten an die von der DDG beauftragten Gutachter zwingend notwendig ist. Die DDG als Verantwortliche im Sinne des Datenschutzrechts versichert mir insoweit die Einhaltung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Ferner stimme ich im Falle einer erfolgreichen Anerkennung der Veröffentlichung als anerkannte Einrichtung / Person auf der Homepage und den Printmedien der DDG zu.

☐ Ich bestätige, dass ich die Angaben im Antrag auf Anerkennung als Diabetes Exzellenzzentrum DDG sowie alle eingereichten Unterlagen auf Richtigkeit geprüft habe. Nach Anerkennung als Behandlungseinrichtung DDG, verpflichte ich mich dazu, der Geschäftsstelle der DDG umgehend mitzuteilen, wenn es zu Veränderungen kommt, durch welche die Voraussetzungen für die Anerkennung länger als sechs Monate nicht mehr erfüllt werden.

Ort, Datum

Vorname Name

Unterschrift (digital)

Zusammenfassung der einzureichenden Unterlagen:

- ☐ Organigramm
 - ☐ Diabetolog*in DDG oder LÄK: Fortbildungsnachweise der vergangenen 3 Jahre (Einzelnachweise oder Punkteauszug LÄK)
 - ☐ Diabetesberater*in DDG: Nachweis von 75 Fortbildungspunkten in 3 Jahren
 - ☐ aktiv: Hospitationsbericht Ärzt*in & Diabetesberater*in
 - ☐ passiv: Hospitationsbericht Ärzt*in & Diabetesberater*in
- Alternativ ab 2. Rezertifizierungsantrag:
- ☐ Teilnahmezertifikat Workshop – passive Hospitation Ärzt*in & Diabetesberater*in

Zusatzkompetenz Diabetes & Schwangerschaft

1. Strukturqualität

Anforderung	Selbsteinschätzung
Diabetolog*in ist Mitglied in der AG Diabetes und Schwangerschaft der DDG.	☐ ja ☐ nein
Diabetolog*in und Diabetesberater*in können externe Fortbildungsmaßnahmen zum Thema Diabetes und Schwangerschaft und Gestationsdiabetes nachweisen (4 UE/Jahr à 45 Minuten).	☐ ja ☐ nein
Diabetolog*in und/oder Diabetesberater*in schulen das gesamte Diabetesteam zum Thema Diabetes und Schwangerschaft und Gestationsdiabetes (4 UE/Jahr à 45 Minuten).	☐ ja ☐ nein
Die antragstellende Einrichtung kann ein Schnittstellenmanagement mit den im Kriterienkatalog geforderten Fachbereichen nachweisen.	☐ ja ☐ nein
Die antragstellende Einrichtung schult Patientinnen mit Diabetes und Schwangerschaft sowie Gestationsdiabetes entsprechend den Vorgaben im Kriterienkatalog.	☐ ja ☐ nein
Die antragstellende Einrichtung verwendet Gestdiab als strukturiertes Dokumentationssystem.	☐ ja ☐ nein Wenn „nein“, Alternative benennen:
Der 75 g OGTT wird in der antragstellenden Einrichtung durchgeführt.	☐ ja ☐ nein

Einzureichende Unterlagen

- ☐ Nachweise über Teilnahme an externen Fortbildungsveranstaltungen zum Thema "Diabetes & Schwangerschaft" und "Gestationsdiabetes" (je 4 UE/Jahr) für Diabetolog*in und Diabetesberater*in
- ☐ Nachweise über interne Schulung des Diabetesteam zum Thema "Diabetes & Schwangerschaft" und "Gestationsdiabetes" (4 UE/Jahr)
- ☐ Schnittstellenmanagement
- ☐ Detaillierter Übersicht zum zeitlichen Ablauf der Schulungen im Schwangerschaftsverlauf

2. Prozessqualität

Anforderung	Selbsteinschätzung
Behandlungszahlen	Anzahl Patient*innen mit GDM oder präexistentem Diabetes und Schwangerschaft: _____ davon ≥ 15 mit präexistentem Typ-1- oder Typ-2-Diabetes oder seltener Diabetesform: _____
Die Zielklärung mit der Patientin erfolgt im Vorfeld und während der Schwangerschaft gemäß S3-Leitlinie und der aktuellen Praxisempfehlung.	☐ ja ☐ nein
Es liegen Verfahrensanweisungen zur Behandlung von Patientinnen mit Diabetes und Schwangerschaft sowie Gestationsdiabetes für typische Behandlungssituationen und Hindernisse entsprechend des Kriterienkatalogs vor.	☐ ja ☐ nein
Die Qualitätskriterien, siehe Vorlage „Qualitätskriterien Modul Schwangerschaft“, werden erfasst.	☐ ja ☐ nein
Hospitation in einer anderen zertifizierten „Moduleinrichtung“ wurde durchgeführt (aktive Hospitation). (<i>entfällt in der ersten Anerkennungsphase</i>)	☐ ja ☐ nein
Hospitation in der antragstellenden Einrichtung erfolgte durch eine andere zertifizierte „Moduleinrichtung“ (passive Hospitation). (<i>entfällt in der ersten Anerkennungsphase</i>)	☐ ja ☐ nein

Einzureichende Unterlagen

- ☐ Nachweise zur Umsetzung der Qualitätskriterien (Excel-Datei)
- ☐ Verfahrensanweisung zur Behandlung von Patientinnen mit Gestationsdiabetes
- ☐ Verfahrensanweisung zur Behandlung von Patientinnen mit präexistentem Diabetes und Schwangerschaft
- ☐ Hospitationsberichte (zunächst optional)

3. Bestätigung der antragstellenden Person

- ☐ Ich bestätige, dass ich die Angaben im Antrag auf Anerkennung der Zusatzkompetenz Diabetes & Schwangerschaft sowie alle eingereichten Unterlagen auf Richtigkeit geprüft habe.
- ☐ Mir ist bekannt, dass ich nach Eingang des Antrages in der Geschäftsstelle der DDG eine Rechnung in Höhe von 300,00 Euro zzgl. 7% Umsatzsteuer erhalten und innerhalb von 2 Wochen begleichen muss. Erst nach Erhalt der Bearbeitungsgebühr erfolgt die weitere Bearbeitung des Antrages. Die Gebühr wird unabhängig davon fällig, ob eine Anerkennung der Einrichtung erfolgt.
- ☐ Ferner stimme ich im Falle einer erfolgreichen Anerkennung der Veröffentlichung als anerkannte Einrichtung/Person auf der Homepage und in den Printmedien der DDG zu.
- ☐ Nach Anerkennung der Zusatzkompetenz Diabetes & Schwangerschaft, verpflichte ich mich dazu, der Geschäftsstelle der DDG umgehend mitzuteilen, wenn es zu Veränderungen kommt, durch welche die Voraussetzungen für die Anerkennung länger als 6 Monate nicht mehr erfüllt werden.

Ort, Datum

Vorname Name

Unterschrift (digital)

Zusatzkompetenz Diabetes & Psyche

1. Strukturqualität

Anforderung	Selbsteinschätzung
Diabetolog*in ist Mitglied in der AG Diabetes und Psyche der DDG.	☐ ja ☐ nein
Eine Vollzeitstelle Fachpsycholog*in DDG oder einer vergleichbar Qualifikation (entsprechend des Kriterienkatalogs) ist vorhanden.	☐ ja ☐ nein Bitte erläutern: Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____ Stellenumfang: _____
Es erfolgen interdisziplinäre Mitarbeiterfortbildungen des Diabetesteam zu psychodiabetologischen Themen (4 UE/Jahr à 45 Minuten).	☐ ja ☐ nein
Die antragstellende Einrichtung kann ein Schnittstellenmanagement mit den im Kriterienkatalog geforderten Fachbereichen nachweisen.	☐ ja ☐ nein
Die antragstellende Einrichtung schult Patien*innen mit behandlungsbedürftigen psychischen Problemen bzw. komorbiden psychischen Störungen im Zusammenhang mit Diabetes entsprechend den Vorgaben im Kriterienkatalog (Psychoedukation).	☐ ja ☐ nein
Ein Raum bzw. Räume für Einzel- und Gruppentherapie steht zur Verfügung.	☐ ja ☐ nein

Einzureichende Unterlagen

Bezüglich Fachpsycholog*in oder einer vergleichbaren Qualifikation:

- ☐ Anerkennungsurkunde
- ☐ Nachweis zum Stellenumfang und Beschäftigungsverhältnis
- ☐ ggf. Nachweis über psychodiabetologische Weiterbildung
- ☐ ggf. Kooperationsvereinbarung (nur ambulant möglich)

Bezüglich weiterer Anforderungen Strukturqualität

- ☐ Nachweise über interdisziplinäre Mitarbeiterfortbildung des Diabetesteam zum Thema "Diabetes & Psyche" (4 UE/ Jahr)
- ☐ Schnittstellenmanagement
- ☐ Materialien zur Psychoedukation

2. Prozessqualität

Anforderung	Selbsteinschätzung
Behandlungszahlen (in den vergangenen 3 Jahren)	Anzahl Patient*innen mit ICD 10 F-Diagnose bzw. ICD 11 Kapitel 06: _____
Es liegen Verfahrensanweisungen zur Behandlung von Patient* mit behandlungsbedürftigen psychischen Problemen bzw. komorbiden psychischen Störungen im Zusammenhang mit Diabetes entsprechend den Vorgaben im Kriterienkatalog vor.	☐ ja ☐ nein
Hospitation in einer anderen zertifizierten „Moduleinrichtung“ wurde durchgeführt (aktive Hospitation). (entfällt in der ersten Anerkennungsphase)	☐ ja ☐ nein
Hospitation in der antragstellenden Einrichtung erfolgte durch eine andere zertifizierte „Moduleinrichtung“ (passive Hospitation). (entfällt in der ersten Anerkennungsphase)	☐ ja ☐ nein

Einzureichende Unterlagen

- ☐ Verfahrensanweisung Screening/Diagnostik von diabetesbezogenen Belastungen, psychischen Erkrankungen
- ☐ Verfahrensanweisung Umgang mit Suizidalität
- ☐ Verfahrensanweisung Netzwerk "Psychodiabetologie"
- ☐ Verfahrensanweisung Strukturierter Befundaustausch
- ☐ Verfahrensanweisung zu Situationen im klinischen Behandlungsablauf, die nicht entsprechend der evidenzbasierten Leitlinien oder Praxisempfehlungen erfolgen
- ☐ Hospitationsberichte (zunächst optional)

3. Ergebnisqualität

Anforderung	Selbsteinschätzung
Nur wenn Fachpsycholog*in über Kooperation: Wie viel Prozent der Patient*innen haben innerhalb von 3 Monaten einen Behandlungstermin beim kooperierenden Psychodiabetolog*in erhalten?	Angabe in %: _____
Eine Evaluation des Behandlungsprozesses wird eingereicht (optional in erster Anerkennungsphase).	☐ ja ☐ nein

Einzureichende Unterlagen

- ☐ ggf. Evaluation des Behandlungsprozesses (Excel-Datei)

4. Bestätigung der antragstellenden Person

- ☐ Ich bestätige, dass ich die Angaben im Antrag auf Anerkennung der Zusatzkompetenz Diabetes & Psyche sowie alle eingereichten Unterlagen auf Richtigkeit geprüft habe.
- ☐ Mir ist bekannt, dass ich nach Eingang des Antrages in der Geschäftsstelle der DDG eine Rechnung in Höhe von 300,00 Euro zzgl. 7% Umsatzsteuer erhalten und innerhalb von 2 Wochen begleichen muss. Erst nach Erhalt der Bearbeitungsgebühr erfolgt die weitere Bearbeitung des Antrages. Die Gebühr wird unabhängig davon fällig, ob eine Anerkennung der Einrichtung erfolgt.
- ☐ Ferner stimme ich im Falle einer erfolgreichen Anerkennung der Veröffentlichung als anerkannte Einrichtung/Person auf der Homepage und in den Printmedien der DDG zu.
- ☐ Nach Anerkennung der Zusatzkompetenz Diabetes & Psyche, verpflichte ich mich dazu, der Geschäftsstelle der DDG umgehend mitzuteilen, wenn es zu Veränderungen kommt, durch welche die Voraussetzungen für die Anerkennung länger als 6 Monate nicht mehr erfüllt werden.

Ort, Datum

Vorname Name

Unterschrift (digital)

Zusatzkompetenz Diabetes & Adipositas

1. Strukturqualität

Anforderung	Selbsteinschätzung
Diabetolog*in und/oder Adiposilog*in ist Mitglied der	☐ DDG ☐ DAG ☐ DDG und DAG
In der Einrichtung ist ein*e Adiposilog*in in Vollzeit tätig.	☐ ja ☐ nein
In der Einrichtung ist ein*e Adipositasberater*in in Vollzeit tätig.	☐ ja ☐ nein
Adiposilog*in und Adipositasberater*in können externe Fortbildungsmaßnahmen zum Thema Adipositas nachweisen (4 UE/Jahr à 45 Minuten).	☐ ja ☐ nein
Adiposilog*in und Adipositasberater*in schulen das gesamte Diabetesteam zum Thema Adipositas (4 UE/Jahr à 45 Minuten).	☐ ja ☐ nein
Die antragstellende Einrichtung kann ein Schnittstellenmanagement mit den im Kriterienkatalog geforderten Fachbereichen nachweisen.	☐ ja ☐ nein
Die antragstellende Einrichtung kann Räume und Equipment entsprechend des Kriterienkatalogs nachweisen.	☐ ja ☐ nein
Beschreiben Sie Räume und Equipment:	
Die antragstellende Einrichtung schult adipöse Patientinnen mit Diabetes entsprechend den Vorgaben im Kriterienkatalog.	☐ ja ☐ nein
Die antragstellende Einrichtung verwendet ein strukturiertes Dokumentationssystem.	☐ ja ☐ nein Bitte benennen: _____
Alle qualitätsgesicherten Labormethoden der Standarddiagnostik entsprechend der DMP-A-RL sind vorhanden.	☐ ja ☐ nein

Einzureichende Unterlagen

- ☐ Nachweise über Teilnahme an externen Fortbildungsveranstaltungen zum Thema "Adipositas" (je 4 UE/Jahr) für Adiposilog*in und Adipositasberater*in
- ☐ Nachweise über interne Schulung des Diabetesteam zum Thema "Adipositas" (4 UE/Jahr)
- ☐ Schnittstellenmanagement
- ☐ Schulungscurricula entsprechend des Kriterienkatalogs

2. Prozessqualität

Anforderung	Selbsteinschätzung
Behandlungszahlen	Anzahl Patient*innen bei denen ein Adipositas-Therapieprogramm umgesetzt wird: _____
Ein Dokument zum zeitlichen Ablauf von Schulungen liegt vor.	☐ ja ☐ nein
Im Vorfeld und im Verlauf der Behandlung erfolgt die Zielklärung mit Patient*innen und Angehörigen in Anlehnung an die aktuellen Praxisempfehlungen.	☐ ja ☐ nein
Es liegen Verfahrensanweisungen zur strukturierten Behandlung von adipösen Patient*innen mit Diabetes entsprechend des Kriterienkatalogs vor.	☐ ja ☐ nein
Hospitation in einer anderen zertifizierten „Moduleinrichtung“ durch Adiposilog*in und Adipositasberater*in wurde durchgeführt (aktive Hospitation).	☐ ja ☐ nein
Hospitation in der antragstellenden Einrichtung erfolgte durch durch Adiposilog*in und Adipositasberater*in aus einer andere zertifizierte „Moduleinrichtung“ (passive Hospitation). (ab Rezertifizierung verpflichtend)	☐ ja ☐ nein

Einzureichende Unterlagen

- ☐ Verfahrensanweisung nichtstigmatisierende Gesprächsführung
- ☐ Verfahrensanweisung Indikationsspezifische Erstanamnese und Verlaufsdiagnostik
- ☐ Verfahrensanweisung Therapieplanung
- ☐ Verfahrensanweisung Therapeutische Maßnahmen
- ☐ Verfahrensanweisung Bariatrische Chirurgie (Vor- und Nachsorge)
- ☐ Verfahrensanweisung Langfristige Rückfallprävention
- ☐ Verfahrensanweisung Komorbiditäten inkl. somatische und psychische Komorbiditäten
- ☐ Verfahrensanweisung Strukturierter Befundaustausch (Anmeldung, Behandlungsverlauf, Abschlussbericht)
- ☐ Hospitationsbericht aktiv
- ☐ Hospitationsbericht passiv (erst bei Rezertifizierung verpflichtend)

3. Ergebnisqualität

Anforderung	Selbsteinschätzung
Die Qualitätskriterien, siehe Vorlage „Qualitätskriterien Modul Schwangerschaft“, werden erfasst.	☐ ja ☐ nein

Einzureichende Unterlagen

- ☐ Nachweise zur Umsetzung der Qualitätskriterien (Excel-Datei)

4. Bestätigung der antragstellenden Person

- ☐ Ich bestätige, dass ich die Angaben im Antrag auf Anerkennung der Zusatzkompetenz Diabetes & Adipositas sowie alle eingereichten Unterlagen auf Richtigkeit geprüft habe.
- ☐ Mir ist bekannt, dass ich nach Eingang des Antrages in der Geschäftsstelle der DDG eine Rechnung in Höhe von 300,00 Euro zzgl. 7% Umsatzsteuererhalte erhalte und innerhalb von 2 Wochen begleichen muss. Erst nach Erhalt der Bearbeitungsgebühr erfolgt die weitere Bearbeitung des Antrages. Die Gebühr wird unabhängig davon fällig, ob eine Anerkennung der Einrichtung erfolgt.
- ☐ Ferner stimme ich im Falle einer erfolgreichen Anerkennung der Veröffentlichung als anerkannte Einrichtung/Person auf der Homepage und in den Printmedien der DDG zu.
- ☐ Nach Anerkennung der Zusatzkompetenz Diabetes & Adipositas, verpflichte ich mich dazu, der Geschäftsstelle der DDG umgehend mitzuteilen, wenn es zu Veränderungen kommt, durch welche die Voraussetzungen für die Anerkennung länger als 6 Monate nicht mehr erfüllt werden.

Ort, Datum

Vorname Name

Unterschrift (digital)