

Hinweise zum Antrag auf Anerkennung als zertifizierte Behandlungseinrichtung DDG

1. Vorwort

Die folgenden Hinweise unterstützen Sie bei der Erstellung Ihres Antrags. Bitte beachten Sie, dass diese Hinweise nicht abschließend sind. Maßgeblich sind die Bestimmungen der Richtlinie zum Anerkennungsverfahren in der zum Zeitpunkt der Antragstellung gültigen Fassung.

Die Verantwortung für Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit des Antrags liegt bei Ihnen als Antragstellerin bzw. Antragsteller. Unvollständige, widersprüchliche oder unklare Angaben sowie fehlende Unterlagen können sich negativ auf das Prüfergebnis auswirken. Eine zweimalige Nachreichung von Unterlagen ist möglich (siehe Abschnitt 2).

2. Ablauf des Anerkennungsverfahrens

Das aktuelle Antragsformular sowie Vorlagen stehen auf der Website der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) zur Verfügung. Bitte verwenden Sie ausschließlich die dort bereitgestellten, zum Zeitpunkt der Antragstellung gültigen, Versionen.

2.1 Einreichung des Antrags

Das vollständig ausgefüllte Antragsformular ist per E-Mail an ddg-zertifizierung@ddg.info zu senden.

2.2 Eingangsbestätigung und Upload-Link für Anhänge

Nach Eingang Ihres Antrags erhalten Sie per E-Mail eine Eingangsbestätigung mit einem Upload-Link. Über diesen Link müssen Sie die erforderlichen und einzureichenden Unterlagen (z. B. Fortbildungsnachweise) an die DDG übermitteln. Bitte beachten Sie die in der E-Mail enthaltenen Vorgaben, um eine zügige Bearbeitung zu gewährleisten. Bitte benennen Sie die einzureichenden Unterlagen nachvollziehbar.

2.3 Formale Prüfung

Die Geschäftsstelle prüft Ihren Antrag auf Vollständigkeit. Sollten Unterlagen fehlen, werden Sie per E-Mail informiert. Sie haben dann 6 Wochen Zeit, Nachreichungen oder Korrekturen vorzunehmen. Insgesamt können Sie Ihre Unterlagen zweimal innerhalb von jeweils 6 Wochen vervollständigen. Anderenfalls ist ein neuer Antrag einzureichen.

2.4 Fachliche Begutachtung

Ihr vollständiger Antrag wird an eine*einen Fachgutachter*in zur inhaltlichen Bewertung übermittelt. Bei Unklarheiten sind Rückfragen an Sie als Antragsteller bzw. Antragstellerin möglich. Der Fachgutachter bzw. die Fachgutachterin spricht die Empfehlung zur Anerkennung bzw. Ablehnung des Antrags aus.

2.5 Abschluss des Anerkennungsverfahrens

Die endgültige Entscheidung über die Anerkennung trifft der Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung der DDG.

3. Kontakt/Ansprechperson

Bei Fragen zum Zertifizierungsprozess oder inhaltlichen Anforderungen wenden Sie sich bitte an die Mitarbeitenden der DDG-Geschäftsstelle:

Diabeteszentrum DDGFrau Li030 311 69 37 16Klinik mit Diabetes im Blick DDGFrau Brammer030 311 69 37 21

Diabetes Exzellenzzentrum & Zusatzkompetenzen

& Fußbehandlungseinrichtung DDG Frau Schugardt 030 311 69 37 42





Antrag auf Anerkennung

als Behandlungseinrichtung für Patient*innen

mit Typ-2-/Typ-1- und Typ-2-Diabetes

Antragsnummer¹:

Allgemeine Angaben zum Antrag

Antragsdatum:	
Zertifizierung wird angestrebt für:	☐ Typ-2-Diabetes
	☐ Typ-1- und Typ-2-Diabetes
außerdem wird beantragt:	☐ Zusatzkompetenz Diabetes & Schwangerschaft
	☐ Zusatzkompetenz Diabetes & Psyche
	☐ Zusatzkompetenz Diabetes & Adipositas
	☐ Zusatzkompetenz Diabetes & Fuß
	☐ Zusatzkompetenz Diabetes & Herz
Wurde der Standort / einer der Standorte	□ ja
bereits als Diabeteszentrum zertifiziert?	□ nein
Art des Antrags:	☐ Erstantrag
	☐ Wiederholungsantrag
Soll die Rezertifizierung bei einem	□ja
Wiederholungsantrag lückenlos sein?	□ nein
Wie viele Standorte sollen zertifiziert	☐ 1 Standort
werden?	☐ 2 Standorte
	☐ 3 Standorte
	☐ 4 Standorte

¹Zuordnung der Antragsnummer erfolgt durch die DDG.





Angaben zur antragstellenden Einrichtung

Name der Einrichtung ² :		
Abteilung:		
BSNR (nur für stationäre Einrichtungen):		
IK-Nummer (nur für stationäre Einrichtung	gen):	
Straße/ Nr.:		
PLZ:		
Ort:		
Telefon ³ :		
E-Mail ⁴ :		
E-Mail (E-Rechnung):		
Art der Einrichtung:		☐ Klinik ohne Ambulanz ☐ Klinik mit Ambulanz ☐ Arztpraxis
		☐ Reha-Klinik
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	

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

³ Zur Veröffentlichung auf der DDG-Homepage (Liste zertifizierter Einrichtungen)

⁴ Zur Veröffentlichung auf der DDG-Homepage (Liste zertifizierter Einrichtungen)





Angaben zum*zur verantwortliche Diabetolog*in:

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

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

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 DDGzertifizierten Kliniken und Praxen entnehmen können.





1. Personelle Voraussetzungen

1.1 Diabetolog*innen DDG oder LÄK

Titel	Name	Vorname	Arbeitszeit (in Stunden) je Woche und Standort	im Altantrag ⁵ :
				□ ja □ nein
				□ ja □ nein
				□ ja □ nein
				□ ja □ nein

Einzureichende Unterlagen:

	urcionente officialem
Je au	ufgeführter Person sind einzureichen:
	Erstantrag: Anerkennungsurkunden Diabetolog*in DDG oder Landesärztekammer (DDG-Mitgliedschaft erforderlich) oder Fachärzt*in Innere Medizin / Endokrinologie und Diabetologie (DDG-Mitgliedschaft erforderlich)
	Nachweise über jährliche diabetologische Fortbildung (Teilnahmebescheinigungen an DDG-Kongressen etc.) aus den zurückliegenden 3 Jahren
	Bescheinigungen über die Teilnahme an Fortbildungsseminaren für die im Antrag aufgeführten Schulungsprogramme (nur für ambulante Einrichtungen gefordert)
	stationär: Bestätigung der Verwaltung über Anstellung und Stellenumfang (Vollzeit / Teilzeit mit Angabe der jeweiligen Arbeitsstunden)
	ambulant: Bestätigung der Steuerberatungsgesellschaft über die Anstellung (einschließlich Stellenumfang) oder Arbeitsverträge der angestellten Diabetolog*innen
	Wenn nur eine Vollzeitstelle vorhanden: Nachweis der Vertretung im Urlaubs-/Krankheitsfall (z.B. über Kooperationsvereinbarung), inkl. Anerkennungsurkunde und Fortbildungsnachweise der vergangenen 3 Jahre. Die Vertretung sollte im Umkreis von max. 30 km tätig sein.

⁵ Bei Rezertifizierungsantrag liegen die Anerkennungsurkunde von Personen, die im Altantrag aufgeführt waren, bereits vor. Es sind nur die Urkunden neuer Mitarbeitender einzureichen.





1.2 Diabetesberater*in / Diabetesassistent*in DDG

Stundenumfang) oder Arbeitsverträge der Mitarbeitenden

Funktion	Name	Vorname	Arbeitszeit (in	im		
			Stunden) je	Altantrag ⁶ :		
			Woche und			
			Standort			
☐ Diabetesberater*in				□ ja		
☐ Diabetesassistent*in				□ nein		
☐ Diabetesberater*in				□ ja		
☐ Diabetesassistent*in				□ nein		
☐ Diabetesberater*in				□ ja		
☐ Diabetesassistent*in				□ nein		
☐ Diabetesberater*in				□ ja		
☐ Diabetesassistent*in				□ nein		
Einzureichende Unterlagen:						
☐ Anerkennungsurkunde	n / Weiterbildungszertif	ikat Diabetesberate	r*in / -assistent*in D	DG		
□ Nachweis über 75 Fortbildungspunkte aus den zurückliegenden drei Jahren (Fortbildungszertifikat von DDG und VDBD AKADEMIE oder Punkteauszug, Teilnahmebescheinigungen einzelner Veranstaltungen werden nicht anerkannt)						
	,	ldungsseminaren fü	r die im Antrag aufge	führten		
☐ Bescheinigungen über die Teilnahme an Fortbildungsseminaren für die im Antrag aufgeführten Schulungsprogramme						
stationär: Bestätigung d der jeweiligen Arbeitss		ellung und Stellenu	mfang (Vollzeit / Teil	zeit mit Angabe		
☐ ambulant: Bestätigung der Steuerberatungsgesellschaft über die Anstellung (einschließlich						

⁶ Bei Rezertifizierungsantrag liegen die Anerkennungsurkunde von Personen, die im Altantrag aufgeführt waren, bereits vor. Es sind nur die Urkunden neuer Mitarbeitender einzureichen.





1.3 Fußbehandlung

Name		Vorname	Arbeitszeit (in Stunden) Woche und Standort	je im Altantrag ⁷ :
			woche und Standort	
				□ ja
				☐ nein
				□ ja
				☐ nein
				□ja
				☐ nein
				□ja
				☐ nein
	Podolog*in oder examin DDG bzw. Wundmanage stationär: Bestätigung d Angabe der jeweiligen A ambulant: Bestätigung d Stundenumfang) oder A	nierte Krankenschwester er/in DGCW oder ICW er Verwaltung über Ans erbeitsstunden) der Steuerberatungsgese rbeitsverträge der Mita	at zur Fußbehandlung: Staatlich ar/-pfleger mit Weiterbildung zum tellung und Stellenumfang (Vollz ellschaft über die Anstellung (eins rbeitenden irkunde / Weiterbildungszertifika	eit / Teilzeit mit
	1.4 Stationspflegepers	onal / Mitarbeitende in	Schwerpunktpraxis	
<u>Ein</u>	nzureichende Unterlagen:			
Am	nbulant (nachfolgende Ur	iterlagen sind je Stando	ort einzureichen):	
	Nachweis über regelmäß Schwerpunktpraxis (2 U		tarbeitenden (Arzthelfer*innen) i	n der
Stat				
	tionär (nachfolgende Unt	erlagen sind je Standor	t einzureichen):	
		ing, dass 24 h am Tag in	t einzureichen): der Diabetesbehandlung erfahre	!ne

⁷ Bei Rezertifizierungsantrag liegen die Anerkennungsurkunde von Personen, die im Altantrag aufgeführt waren, bereits vor. Es sind nur die Urkunden neuer Mitarbeitender einzureichen.





2. Schnittstellenmanagement

Einzureichende Unterlagen

ausgefülltes Formular "Visualisierung des Schnittstellenmanagements"

Hinweis:

Für die Darlegung des Schnittstellenmanagements ist die Vorlage "<u>Visualisierung des</u>
<u>Schnittstellenmanagements</u>" 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 zunächst lokal ab und fügen sie dann fertig ausgefüllt dem Antrag bei.

3. 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 sind untergebracht auf einer Station /	☐ Behandelte sind untergebracht auf einer Station /
Behandlungseinheit	Behandlungseinheit
☐ Behandelte sind untergebracht auf verschiedenen	☐ Behandelte sind untergebracht auf verschiedenen
Stationen / Behandlungseinheiten	Stationen / Behandlungseinheiten
☐ Schulungsraum ist ausschließlich für Schulungen	☐ Schulungsraum ist ausschließlich für Schulungen
von Behandelten vorgesehen	von Behandelten vorgesehen
☐ Schulungsraum ist für Unterrichtszwecke	☐ Schulungsraum ist für Unterrichtszwecke
eingerichtet	eingerichtet
☐ Schulungsraum befindet sich in räumlicher Nähe	☐ Schulungsraum befindet sich in räumlicher Nähe
zur Diabetesstation / in der Praxis	zur Diabetesstation / in der Praxis
☐ Schulungsraum ist behindertengerecht	☐ Schulungsraum ist behindertengerecht
☐ Schulungsraum verfügt über	☐ Schulungsraum verfügt über
Projektionsmöglichkeiten	Projektionsmöglichkeiten
ggf. weitere Erläuterungen:	





4. Glukose- und HbA1c-Bestimmung

Bitte zutremendes ankreuzen:	
☐ Eine qualitätsgesicherte Methode zur Glukose- und H Bundesärztekammer (RiliBÄK) ist auf der Diabetesstation	
☐ Die Methode(n) ist (sind) qualitätskontrolliert.	
Folgende Messmethodik ist auf der Diabetesstation bzw zutreffendes ankreuzen):	w. In der Diabetessprechstunde vorhanden (bitte
Standort 1	Chandant 2 (falla subsoffeed)
	Standort 2 (falls zutreffend) Glukose-Bestimmung
Glukose-Bestimmung Labor	Labor
☐ POCT-System HbA1c-Bestimmung	☐ POCT-System HbA1c-Bestimmung
□ Labor	□ Labor
□ POCT-System	□ POCT-System
a roct system	E 1 oct system
ggf. weitere Erläuterungen:	
Einzureichende Unterlagen:	
☐ Labor: Kopien des aktuellen Zertifikats des Ring	versuches (wenn zutreffend, Glukose und HbA1c)
_	n: Protokolle der Kontrollproben- Einzelmessung (der
letzten 4 Wochen)	
Hinweis:	
Bitte beachten Sie hierzu die ausführlichen Erläuterunge.	n in der Richtlinie Digheteszentrum DDG" Dunkt 1 2
bitte bedenten sie merza die dasjammenen Endaterange	in act mendanic "Diabeteszentiani bbo", i ankt 1.5.





5. Schulungen

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

	rendetes lungs- und Behandlungsprogramm	Auflage des Programms (Jahr)	Bestand-teil Modulare Schulung	Anzahl der UE (1 UE = 45min)	Durchführungszeit- raum (Tage)	Anzahl der Schulungen in den letzten 12 Monaten	Mittlere Anzahl Teilnehmer / Gruppe:
Typ 1	l-Diabetes					Wionaten	
	PRIMAS: Leben mit Typ-1-Diabetes		То				
	Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie						
Typ-2	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-Diabetiuker, die Normalinsulin spritzen						
	Intensivierte Insulintherapie – MEDIAS 2/ICT						
	Intensivierte Insulintherapie - Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2- Diabetiker*innen, die Insulin spritzen						





	endetes ungs- und Behandlungsprogramm	Auflage des Programms	Bestand-teil Modulare	Anzahl der UE (1 UE = 45min)	Durchführungszeit- raum (Tage)	Anzahl der Schulungen in	Mittlere Anzahl Teilnehmer /
Scria	ungs- und benandungsprogramm	(Jahr)	Schulung	(1 02 - 4311111)	radin (rage)	den letzten 12	Gruppe:
						Monaten	
	glykämieprobleme	T	T		T		
	Hypoglykämie – Positives Selbstmanagement (HyPOS)						
	Blutglukosewahrnehmungstraining für Typ-1- Diabetiker*innen (BGAT)						
Нуре	rtonie						
	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patient*innen mit Hypertonie						
	Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)						
Diab	etestechnologien		•				
	Schulungs- und Behandlungsprogramm für die Insulinpumpentherapie (INPUT)						
	Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen, die Flash Glucose Monitoring benutzen (flash)						
Weit	ere Schulungsprogramme						
	Geriatrie – Fit bleiben und älter werden (SGS)						
	Körperliche Bewegung – DiSKo-Schulung						
ggf. weitere Erläuterungen:							
L							





6. Hospitation

Aktive Hospitationen (wir haben hospitiert)

	Ärzt*in	Diabetesberater*in
Name Hospitant*in:		
Einrichtung / Praxis:		
(Name / Anschrift)		
Datum der Hospitation:		
Einzureichende Unterlagen:		
☐ Hospitationsbericht Ärzt*in		
☐ Hospitationsbericht Diabete	sberater*in	
Passive Hospitationen (wir wurden h	ospitiert)	
1	Ärzt*in	Diabetesberater*in
Name Hospitant*in:	Arzt III	Diabetesberater in
Einrichtung / Praxis:		
(Name / Anschrift)		
Datum der Hospitation / des		
Workshops*:		
*ab 2. Rezertifizierungsantrag		
ab 2. Nezer tilizier drigsantrag		
Einzureichende Unterlagen:		
☐ Hospitationsbericht Ärzt*in		
☐ Hospitationsbericht Diabete	sberater*in	
Alternativ ab 2. Rezertifizierungsa		
	pp – passive Hospitation Ärzt*in	
☐ Teilnahmezertifikat Worksho	pp – passive Hospitation Diabetesbera	ter*in

Hinweis:

Wechselseitige aktive und passive Hospitationen werden nicht anerkannt. Gleichfalls nicht anerkannt werden Hospitationen an Einrichtungen, die durch vertragliche Regelungen verbunden sind. Die hospitierte und die hospitierende Einrichtung müssen eine DDG-Anerkennung (Diabeteszentrum DDG oder Diabetes Exzellenzzentrum DDG) aufweisen. Die Hospitation darf bei Antragstellung nicht älter als 18 Monate sein (Datum und Unterschriften auf dem Hospitationsbogen).





7. Behandlungszahlen

Angabe nur für stationäre Einrichtungen:

	Standort 1	Standort 2 (falls zutreffend)
Patient*innen mit Typ-1-Diabetes		
in ärztlicher Betreuung in den		
vergangenen 12 Monaten:		
Patient*innen mit Typ-2-Diabetes		
Diabetes in ärztlicher Betreuung in		
den vergangenen 12 Monaten:		
ngabe nur für ambulante Einrichtur		
angabe nur für ambulante Finrichtur	ngen:	
angabe nur für ambulante Einrichtur	ngen: Standort 1	Standort 2 (falls zutreffend)
angabe nur für ambulante Einrichtur Patient*innen mit Typ-1-Diabetes		Standort 2 (falls zutreffend)
		Standort 2 (falls zutreffend)
Patient*innen mit Typ-1-Diabetes in ärztlicher Betreuung im letzten		Standort 2 (falls zutreffend)
Patient*innen mit Typ-1-Diabetes		Standort 2 (falls zutreffend)
Patient*innen mit Typ-1-Diabetes in ärztlicher Betreuung im letzten Quartal:		Standort 2 (falls zutreffend)

ggf. weitere Erläuterungen:		





8. Dokumentation zur Qualitätssicherung

	Standort 1	Standort 2 (falls zutreffend)
vorhanden:	☐ Patientengerechte Dokumentation, z.B. Gesundheitspass-Diabetes, vorhanden ☐ geeignete Software für eine	☐ Patientengerechte Dokumentation, z.B. Gesundheitspass-Diabetes, vorhanden ☐ geeignete Software für eine
	Patientendatenbank vorhanden	Patientendatenbank vorhanden
Bitte benennen Sie die Software für die Patientendatenbank:		
gf. weitere Erläuterungen:		
Figure is board at the body area of in-		

Einzureichende Unterlagen (je Standort):

☐ Eine Excel-Tabelle mit Basisdaten der geforderten Mindestbehandlungszahlen je Standort (siehe Hinweis) ist dem Antrag beizufügen.

Hinweis:

Die Daten dürfen **nicht älter als 2 Jahre** sein. Ein Muster der für die Datenerfassung zu verwendenden Tabelle (Datenerfassungsblatt: Patienten-Charakterisierung) finden Sie <u>hier</u>.

Bitte tragen Sie keine Patientennamen ein und benennen Sie die Tabellen standortspezifisch! Ambulante Einrichtungen dokumentieren mindestens 200 Patient*innen mit Typ-2-Diabetes bzw. 50 Patient*innen mit Typ-1-Diabetes über einen Zeitraum von 3 Monaten. Stationäre Einrichtungen dokumentieren die geforderten Mindestpatientenzahlen in einem Zeitraum von 12 Monaten.





9. Weitere Charakteristika der Einrichtung 9.1 Fremdsprachen

In unserer Behandlur □ ja □ nein	gseinrichtung werden frem	dsprachliche Schulungen a	ngeboten:
Folgende fremdspracl	nliche Schulungen werden a	ngeboten:	
☐ Arabisch	☐ Italienisch	☐ Rumänisch	☐ Tschechisch
☐ Bulgarisch	☐ Kroatisch	☐ Russisch	☐ Türkisch
☐ Englisch	☐ Kurdisch	☐ Serbisch	☐ Ungarisch
☐ Französisch	☐ Persisch	☐ Serbokroatisch	
☐ Griechisch	☐ Polnisch	☐ Spanisch	
9.2 Famula	tur-, PJ- und Hospitationspl	ätze	
Des Weiteren bieten	wir in unserer Einrichtung Fo	olgendes an:	
☐ Famulaturplätze☐ Hospitationsplätze☐ PJ-Plätze			
10. Bestätigung	der antragstellenden Perso	n	
pseudonymisierten P der DDG beauftragter Datenschutzrechts ve Bestimmungen. Ferne		. der zertifizierungsrelevant endig ist. Die DDG als Veran haltung der einschlägigen d erfolgreichen Anerkennung	atenschutzrechtlichen der Veröffentlichung als
/ Rechnung in Höhe v nach Erhalt der Bearb Qualitätssicherung, So Anerkennung der Einr	on 1200,00 Euro zzgl. 7% US eitungsgebühr erfolgt die w	it. erhalte und innerhalb von eitere Bearbeitung des Anti der DDG. Die Gebühr wird u	nabhängig davon fällig, ob eine
eingereichten Unterla verpflichte ich mich d	azu, der Geschäftsstelle der	nabe. Nach Anerkennung al DDG umgehend mitzuteiler	eszentrum DDG sowie alle s Behandlungseinrichtung DDG, n, wenn es zu Veränderungen echs Monate nicht mehr erfüllt
Ort, Datum	Vorname N	Jame L	Unterschrift (digital)





Zusammenfassung der einzureichenden Unterlagen:

	Erstantrag: Anerkennungsurkunden Diabetolog*in DDG oder Landesärztekammer (DDG-Mitgliedschaft erforderlich) oder Fachärzt*in Innere Medizin / Endokrinologie und Diabetologie (DDG-Mitgliedschaft erforderlich)
	Nachweise über jährliche diabetologische Fortbildung (Teilnahmebescheinigungen an DDG-Kongressen etc.) aus den zurückliegenden 3 Jahren
	Bescheinigungen über die Teilnahme an Fortbildungsseminaren für die im Antrag aufgeführten Schulungsprogramme (nur für ambulante Einrichtungen gefördert)
	stationär: Bestätigung der Verwaltung über Anstellung und Stellenumfang (Vollzeit / Teilzeit mit Angabe der jeweiligen Arbeitsstunden)
	ambulant: Bestätigung der Steuerberatungsgesellschaft über die Anstellung (einschließlich Stellenumfang) oder Arbeitsverträge der angestellten Diabetolog*innen
	Wenn nur eine Vollzeitstelle vorhanden: Nachweis der Vertretung im Urlaubs-/Krankheitsfall (z.B. über Kooperationsvereinbarung), die Vertretung sollte im Umkreis von max. 30 km tätig sein.
	Anerkennungsurkunden / Weiterbildungszertifikat Diabetesberater*in / -assistent*in DDG
	Nachweis über 75 Fortbildungspunkte aus den zurückliegenden drei Jahren (Fortbildungszertifikat von DDG und VDBD AKADEMIE oder Punkteauszug, Teilnahmebescheinigungen einzelner Veranstaltungen werden nicht anerkannt)
	Bescheinigungen über die Teilnahme an Fortbildungsseminaren für die im Antrag aufgeführten Schulungsprogramme (optional für stationäre Einrichtungen)
	stationär: Bestätigung der Verwaltung über Anstellung und Stellenumfang (Vollzeit / Teilzeit mit Angabe der jeweiligen Arbeitsstunden)
	ambulant: Bestätigung der Steuerberatungsgesellschaft über die Anstellung (einschließlich Stundenumfang) oder Arbeitsverträge der Mitarbeitenden
	Anerkennungsurkunde / Weiterbildungszertifikat zur Fußbehandlung: Staatlich anerkannte*r Podolog*in oder examinierte Krankenschwester/-pfleger mit Weiterbildung zum Wundassistent/-in DDG bzw. Wundmanager/in DGCW oder ICW
	stationär: Bestätigung der Verwaltung über Anstellung und Stellenumfang (Vollzeit / Teilzeit mit Angabe der jeweiligen Arbeitsstunden)
	ambulant: Bestätigung der Steuerberatungsgesellschaft über die Anstellung (einschließlich Stundenumfang) oder Arbeitsverträge der Mitarbeitenden
	ggf. Kooperationsnachweis und Anerkennungsurkunde / Weiterbildungszertifikat zur Fußbehandlung (Podolog*in etc.)
	Nachweis über regelmäßige Fortbildung der Mitarbeitenden (Arzthelfer*innen) in der Schwerpunktpraxis (2 UE/Jahr)
	Schreiben der Klinikleitung, dass 24 h am Tag in der Diabetesbehandlung erfahrene Krankenschwestern/-pfleger verfügbar sind
	Nachweis über regelmäßige Fortbildungen des (Stations-) Pflegepersonals (2 UE/Jahr)
	ausgefülltes Formular "Visualisierung des Schnittstellenmanagements"
	Labor: Kopien des aktuellen Zertifikats des Ringversuches (wenn zutreffend, Glukose und HbA1c)
	Unit-Use-POCT-Glukose- und HbA1c-Messungen: Protokolle der Kontrollproben- Einzelmessung (der letzten 4 Wochen)
	Hospitationsbericht Ärzt*in und Diabetesberater*in
Alt	ernativ ab 2. Rezertifizierungsantrag:
	Teilnahmezertifikat Workshop – passive Hospitation Ärzt*in und Diabetesberater*in
	Eine Excel-Tabelle mit Basisdaten der geforderten Mindestbehandlungszahlen je Standort (siehe Hinweis) ist dem Antrag beizufügen.





Selbsteinschätzung

Zusatzkompetenz Diabetes & Schwangerschaft

Die Beantragung der Zusatzkompetenz ist optional!

1. Strukturqualität

Anforderung

0		U
Diabetolog*in ist Mitglied in der AG Diabetes und Schwangerschaft	□ ja	□ nein
der DDG.		
Diabetolog*in und Diabetesberater*in können externe	□ ja	□ nein
Fortbildungsmaßnahmen zum Thema Diabetes und Schwangerschaft		
und Gestationsdiabetes nachweisen (4 UE/Jahr à45 Minuten).		
Diabetolog*in und/oder Diabetesberater*in schulen das gesamte	□ ja	□ nein
Diabetesteam zum Thema Diabetes und Schwangerschaft und		
Gestationsdiabetes (4 UE/Jahr à45 Minuten).		
Die antragstellende Einrichtung kann ein Schnittstellenmangement	□ ja	□ nein
mit den im Kriterienkatalog geforderten Fachbereichen nachweisen.		
Die antragstellende Einrichtung schult Patientinnen mit Diabetes	□ ja	□ nein
und Schwangerschaft sowie Gestationsdiabetes entsprechend den		
Vorgaben im Kriterienkatalog.		
Die antragstellende Einrichtung verwendet Gestdiab als	□ ja □ nein	
strukturiertes Dokumentationssystem.	Wenn "nein", Alt	ternative benennen:
Der 75 g OGTT wird in der antragstellenden Einrichtung	□ ja	□ nein
durchgeführt.		
Einzureichende Unterlagen		

	Nachweise über Teilnahme an externen Fortbildungsveranstaltungen zum Thema "Diabetes &
Sch	wangerschaft" und "Gestationsdiabetes" (je 4 UE/Jahr) für Diabetolog*in und Diabetesberater*in
	Nachweise über interne Schulung des Diabetesteams zum Thema "Diabetes & Schwangerschaft" und
"Ge	stationsdiabetes" (4 UE/Jahr)
	Schnittstellenmangement
	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	□ ja □ nein
und während der Schwangerschaft gemäß S3-	
Leitlinie und der aktuellen Praxisempfehlung.	
Es liegen Verfahrensanweisungen zur Behandlung	□ ja □ nein
von Patientinnen mit Diabetes und Schwangerschaft	
sowie Gestationsdiabetes für typische	
Behandlungssituationen und Hindernisse	
entsprechend des Kriterienkatalogs vor.	
Die Qualitätskriterien, siehe Vorlage	□ ja □ nein
"Qualitätskriterien Modul Schwangerschaft",	
werden erfasst. Hospitation in einer anderen zertifizierten	
"Moduleinrichtung" wurde durchgeführt (aktive	□ ja □ nein
Hospitation).	
(entfällt in der ersten Anerkennungsphase)	
Hospitation in der antragstellenden Einrichtung	□ ja □ nein
erfolgte durch eine andere zertifizierte	
"Moduleinrichtung" (passive Hospitation).	
(entfällt in der ersten Anerkennungsphase)	

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
Schv	vangerschaft
	Hospitationsberichte (zunächst optional)





3. Bestätigung der antragstellenden Person

•	Angaben im Antrag auf Anerkennu eingereichten Unterlagen auf Richti	ng der Zusatzkompetenz Diabetes & gkeit geprüft habe.
von 300,00 Euro zzgl. 7% Um Erhalt der Bearbeitungsgebü	nsatzsteuererhalte erhalte und inne	eschäftsstelle der DDG eine Rechnung in Höhe rhalb von 2 Wochen begleichen muss. Erst nach des Antrages. Die Gebühr wird unabhängig
	e einer erfolgreichen Anerkennung Homepage und in den Printmedien	der Veröffentlichung als anerkannte der DDG zu.
Geschäftsstelle der DDG um	•	ngerschaft, verpflichte ich mich dazu, der ränderungen kommt, durch welche die t mehr erfüllt werden.
Ort. Datum	Vorname Name	Unterschrift (digital)





□ nein

Selbsteinschätzung

□ja

Zusatzkompetenz Diabetes & Psyche

Die Beantragung der Zusatzkompetenz ist optional!

Diabetolog*in ist Mitglied in der AG Diabetes und Psyche der DDG.

Bezüglich weiterer Anforderungen Strukturqualität

Psyche" (4 UE/ Jahr)

Schnittstellenmangement

Materialien zur Psychoedukation

1. Strukturqualität

Anforderung

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	□ ja	□ nein	
Diabetesteams zu psychodiabetologischen Themen (4 UE/Jahr à45			
Minuten).			
Die antragstellende Einrichtung kann ein Schnittstellenmangement	□ ja	□ nein	
mit den im Kriterienkatalog geforderten Fachbereichen nachweisen.			
Die antragstellende Einrichtung schult Patien*tinnen mit	□ ja	□ nein	
behandlungsbedürftigen psychischen Problemen bzw. komorbiden			
psychischen Störungen im Zusammenhang mit Diabetes			
entsprechend den Vorgaben im Kriterienkatalog (Psychoedukation).			
Ein Raum bzw. Räume für Einzel- und Gruppentherapie steht zur			
Verfügung.	□ ja	□ nein	
verrugung.			
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)	☐ ggf. Kooperationsvereinbarung (nur ambulant möglich)		

□ Nachweise über interdisziplinäre Mitarbeiterfortbildung des Diabetesteams zum Thema "Diabetes &





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 inner	halb
von 3 Monaten einen Behandlungstermin beim	Angabe in %:
kooperierenden Pyschodiabetolog*in erhalten?	
Eine Evaluation des Behandlungsprozesses wird	☐ ja ☐ nein
eingereicht (optional in erster Anerkennungspha	ase).
Einzureichende Unterlagen	
	(5
ggf. Evaluation des Behandlungsprozesse	es (Excel-Datei)
4. Bestätigung der antragstellenden Perso	n
	auf Anerkennung der Zusatzkompetenz Diabetes & Psyche
sowie alle eingereichten Unterlagen auf Richtigke	it gepruft habe.
	rages in der Geschäftsstelle der DDG eine Rechnung in Höhe
_	halte und innerhalb von 2 Wochen begleichen muss. Erst nach
Erhalt der Bearbeitungsgebühr erfolgt die weitere davon fällig, ob eine Anerkennung der Einrichtung	e Bearbeitung des Antrages. Die Gebühr wird unabhängig
	-
	Anerkennung der Veröffentlichung als anerkannte
Einrichtung/Person auf der Homepage und in den	Printmedien der DDG zu.
	etes & Psyche, verpflichte ich mich dazu, der Geschäftsstelle
	nderungen kommt, durch welche die Voraussetzungen für die
Anerkennung länger als 6 Monate nicht mehr erfü	uit werden.
Ort. Datum Vorname N	Jame Unterschrift (digital)



Zusatzkompetenz Diabetes & Adipositas

Die Beantragung der Zusatzkompetenz ist optional!

1. Strukturqualität

Anforderung	Selbsteinschätzung			
Diabetolog*in und/oder Adiposiolog*in ist Mitglied der	□ DDG			
	□ DAG			
	☐ DDG und DAG	â		
In der Einrichtung ist ein*e Adiposiolog*in in Vollzeit tätig.	□ ja	□ nein		
In der Einrichtung ist ein*e Adipositasberater*in in Vollzeit tätig.	□ ja	□ nein		
Adiposiolog*in und Adipositasberater*in können externe	□ ja	□ nein		
Fortbildungsmaßnahmen zum Thema Adipositas nachweisen (4				
UE/Jahr à45 Minuten).				
Adiposiolog*in und Adipositasberater*in schulen das gesamte	□ ja	☐ nein		
Diabetesteam zum Thema Adipositas (4 UE/Jahr à45 Minuten).				
Die antragstellende Einrichtung kann ein Schnittstellenmangement	□ ja	□ nein		
mit den im Kriterienkatalog geforderten Fachbereichen nachweisen.				
Die antragstellende Einrichtung kann Räume und Equipment	□ ja	☐ nein		
entsprechend des Kriterienkatalogs nachweisen.				
Beschreiben Sie Räume und Equipment:				
Die entragstellande Finrightung schult adinäss Detientinnen mit				
Die antragstellende Einrichtung schult adipöse Patientinnen mit	□ ja	□ nein		
Diabetes entsprechend den Vorgaben im Kriterienkatalog.				
Die antragstellende Einrichtung verwendet ein strukturiertes	□ ja	□ nein		
Dokumentationssystem.	Bitte benennen:			
Alle qualitätsgesicherten Labormethoden der Standarddiagnostik	□ ja	☐ nein		
entsprechend der DMP-A-RL sind vorhanden.				
Einzureichende Unterlagen				
Linzureichende Ofterlagen				
D. Nacharita When Taileabara an artaman Faribilda an arrantable and arrantable arrantable and arrantable arrantable and arrantable arrantable arrantable and arrantable arrant				
□ Nachweise über Teilnahme an externen Fortbildungsveranstaltungen zum Thema "Adipositas" (je 4				
UE/Jahr) für Adiposiolog*in und Adipositasberater*in				
□ Nachweise über interne Schulung des Diabetesteams zum Thema "Adipositas" (4 UE/Jahr)				
□ Schnittstellenmangement				
☐ 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 Adiposiolog*in und Adipositasberater*in wurde durchgeführt (aktive Hospitation).	□ ja □ nein
Hospitation in der antragstellenden Einrichtung erfolgte durch durch Adiposiolog*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,
Abs	chlussbericht)
	Hospitationsbericht aktiv
	Hospitationsbericht passiv (erst bei Rezertifizierung verpflichtend)



3. Ergebnisqualität

Ort, Datum

Anforderung	Selbsteinschätzung			
Die Qualitätskriterien, siehe Vorlage	□ ja □ nein			
"Qualitätskriterien Modul Schwangerschaft",				
werden erfasst.				
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.				

Vorname Name

Unterschrift (digital)