

## 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](mailto: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:

<b>Diabeteszentrum DDG</b>	Frau Li	030 311 69 37 16
<b>Klinik mit Diabetes im Blick DDG</b>	Frau Brammer	030 311 69 37 21
<b>Diabetes Exzellenzzentrum &amp; Zusatzkompetenzen &amp; Fußbehandlungseinrichtung DDG</b>	Frau Schugardt	030 311 69 37 42

**Antrag auf Anerkennung  
als Behandlungseinrichtung für Patient\*innen  
mit Typ-2-/Typ-1- und Typ-2-Diabetes**

**Antragsnummer<sup>1</sup>:**

**Allgemeine Angaben zum Antrag**

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

---

<sup>1</sup>Zuordnung der Antragsnummer erfolgt durch die DDG.

**Angaben zur antragstellenden Einrichtung**

Name der Einrichtung <sup>2</sup> :	
Abteilung:	
BSNR (nur für stationäre Einrichtungen):	
IK-Nummer (nur für stationäre Einrichtungen):	
Straße/ Nr.:	
PLZ:	
Ort:	
Telefon <sup>3</sup> :	
E-Mail <sup>4</sup> :	
<b>E-Mail (E-Rechnung):</b>	
Art der Einrichtung:	<input type="checkbox"/> Klinik ohne Ambulanz <input type="checkbox"/> Klinik mit Ambulanz <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<sup>2</sup> Diese Angabe wird u.a. für die Urkundenerstellung genutzt. Bitte sorgfältig prüfen.

<sup>3</sup> Zur Veröffentlichung auf der DDG-Homepage (Liste zertifizierter Einrichtungen)

<sup>4</sup> 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 DDG-zertifizierten 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 <sup>5</sup> :
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Einzureichende Unterlagen:**

**Je aufgeführter 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.

<sup>5</sup> 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

Funktion	Name	Vorname	Arbeitszeit (in Stunden) je Woche und Standort	im Altantrag <sup>6</sup> :
<input type="checkbox"/> Diabetesberater*in <input type="checkbox"/> Diabetesassistent*in				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Diabetesberater*in <input type="checkbox"/> Diabetesassistent*in				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Diabetesberater*in <input type="checkbox"/> Diabetesassistent*in				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Diabetesberater*in <input type="checkbox"/> Diabetesassistent*in				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

#### Einzureichende Unterlagen:

- 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
- 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

<sup>6</sup> 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) je Woche und Standort	im Altantrag <sup>7</sup> :
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

#### Einzureichende Unterlagen:

- 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.)

### 1.4 Stationspflegepersonal / Mitarbeitende in Schwerpunktpraxis

#### Einzureichende Unterlagen:

##### **Ambulant (nachfolgende Unterlagen sind je Standort einzureichen):**

- Nachweis über regelmäßige Fortbildung der Mitarbeitenden (Arzthelfer\*innen) in der Schwerpunktpraxis (2 UE/Jahr)

##### **Stationär (nachfolgende Unterlagen sind je Standort einzureichen):**

- 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)

<sup>7</sup> 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 „[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 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)
<input type="checkbox"/> Behandelte sind untergebracht auf einer Station / Behandlungseinheit	<input type="checkbox"/> Behandelte sind untergebracht auf einer Station / Behandlungseinheit
<input type="checkbox"/> Behandelte sind untergebracht auf verschiedenen Stationen / Behandlungseinheiten	<input type="checkbox"/> Behandelte sind untergebracht auf verschiedenen Stationen / Behandlungseinheiten
<input type="checkbox"/> Schulungsraum ist ausschließlich für Schulungen von Behandelten vorgesehen	<input type="checkbox"/> Schulungsraum ist ausschließlich für Schulungen von Behandelten vorgesehen
<input type="checkbox"/> Schulungsraum ist für Unterrichtszwecke eingerichtet	<input type="checkbox"/> Schulungsraum ist für Unterrichtszwecke eingerichtet
<input type="checkbox"/> Schulungsraum befindet sich in räumlicher Nähe zur Diabetesstation / in der Praxis	<input type="checkbox"/> Schulungsraum befindet sich in räumlicher Nähe zur Diabetesstation / in der Praxis
<input type="checkbox"/> Schulungsraum ist behindertengerecht	<input type="checkbox"/> Schulungsraum ist behindertengerecht
<input type="checkbox"/> Schulungsraum verfügt über Projektionsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/> Schulungsraum verfügt über Projektionsmöglichkeiten

**ggf. weitere Erläuterungen:**

#### 4. Glukose- und HbA1c-Bestimmung

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Eine qualitätsgesicherte Methode zur Glukose- und HbA1c-Bestimmung nach den Richtlinien der Bundesärztekammer (RiliBÄK) ist auf der Diabetesstation bzw. in der Diabetessprechstunde verfügbar.
- Die Methode(n) ist (sind) qualitätskontrolliert.

Folgende Messmethodik ist auf der Diabetesstation bzw. in der Diabetessprechstunde vorhanden (bitte zutreffendes ankreuzen):

Standort 1	Standort 2 (falls zutreffend)
<b>Glukose-Bestimmung</b> <input type="checkbox"/> Labor <input type="checkbox"/> POCT-System	<b>Glukose-Bestimmung</b> <input type="checkbox"/> Labor <input type="checkbox"/> POCT-System
<b>HbA1c-Bestimmung</b> <input type="checkbox"/> Labor <input type="checkbox"/> POCT-System	<b>HbA1c-Bestimmung</b> <input type="checkbox"/> Labor <input type="checkbox"/> POCT-System

ggf. weitere Erläuterungen:

**Einzureichende Unterlagen:**

- 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)

**Hinweis:**

Bitte beachten Sie hierzu die ausführlichen Erläuterungen in der Richtlinie „Diabeteszentrum DDG“, Punkt 1.3.

### 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)

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

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

ggf. weitere Erläuterungen:

## 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 Diabetesberater\*in

**Passive Hospitationen** (wir wurden hospitiert)

	Ärzt*in	Diabetesberater*in
Name Hospitant*in:		
Einrichtung / Praxis: (Name / Anschrift)		
Datum der Hospitation / des Workshops*:  *ab 2. Rezertifizierungsantrag		

**Einzureichende Unterlagen:**

- Hospitationsbericht Ärzt\*in
  - Hospitationsbericht Diabetesberater\*in
- Alternativ ab 2. Rezertifizierungsantrag:**
- Teilnahmezertifikat Workshop – passive Hospitation Ärzt\*in
  - Teilnahmezertifikat Workshop – passive Hospitation Diabetesberater\*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 <b>Typ-1-Diabetes</b> in ärztlicher Betreuung in den vergangenen 12 Monaten:		
Patient*innen mit <b>Typ-2-Diabetes</b> Diabetes in ärztlicher Betreuung in den vergangenen 12 Monaten:		

**Angabe nur für ambulante Einrichtungen:**

	Standort 1	Standort 2 (falls zutreffend)
Patient*innen mit <b>Typ-1-Diabetes</b> in ärztlicher Betreuung im letzten Quartal:		
Patient*innen mit <b>Typ-2-Diabetes</b> Diabetes in ärztlicher Betreuung im letzten Quartal:		

**ggf. weitere Erläuterungen:**

--

**8. Dokumentation zur Qualitätssicherung**

	<b>Standort 1</b>	<b>Standort 2 (falls zutreffend)</b>
vorhanden:	<input type="checkbox"/> Patientengerechte Dokumentation, z.B. Gesundheitspass-Diabetes, vorhanden <input type="checkbox"/> geeignete Software für eine Patientendatenbank vorhanden	<input type="checkbox"/> Patientengerechte Dokumentation, z.B. Gesundheitspass-Diabetes, vorhanden <input type="checkbox"/> geeignete Software für eine Patientendatenbank vorhanden
Bitte benennen Sie die Software für die Patientendatenbank:		

**ggf. weitere Erläuterungen:**

**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 [hier](#).

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 Behandlungseinrichtung werden fremdsprachliche Schulungen angeboten:

- ja  
 nein

Folgende fremdsprachliche Schulungen werden angeboten:

- |                                      |                                      |   |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arabisch    | <input type="checkbox"/> Italienisch | <input type="checkbox"/> Rumänisch      | <input type="checkbox"/> Tschechisch |
| <input type="checkbox"/> Bulgarisch  | <input type="checkbox"/> Kroatisch   | <input type="checkbox"/> Russisch       | <input type="checkbox"/> Türkisch    |
| <input type="checkbox"/> Englisch    | <input type="checkbox"/> Kurdisch    | <input type="checkbox"/> Serbisch       | <input type="checkbox"/> Ungarisch   |
| <input type="checkbox"/> Französisch | <input type="checkbox"/> Persisch    | <input type="checkbox"/> Serbokroatisch |                                      |
| <input type="checkbox"/> Griechisch  | <input type="checkbox"/> Polnisch    | <input type="checkbox"/> Spanisch       |                                      |

### 9.2 Famulatur-, PJ- und Hospitationsplätze

Des Weiteren bieten wir in unserer Einrichtung Folgendes an:

- Famulaturplätze  
 Hospitationsplätze  
 PJ-Plätze

## 10. Bestätigung der antragstellenden Person

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.

Mir ist bekannt, dass ich nach Eingang des Antrages in der Geschäftsstelle der DDG eine Eingangsbestätigung / Rechnung in Höhe von 1200,00 Euro zzgl. 7% USt. erhalte und innerhalb von 2 Wochen begleichen muss. Erst nach Erhalt der Bearbeitungsgebühr erfolgt die weitere Bearbeitung des Antrages im Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung der DDG. Die Gebühr wird unabhängig davon fällig, ob eine Anerkennung der Einrichtung erfolgt. Für die Zertifizierung mehrerer Standorte gilt ein reduziertes Gebührenmodell (siehe Homepage der DDG).

Ich bestätige, dass ich die Angaben im Antrag auf Anerkennung als Diabeteszentrum 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:**

- 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
- Alternativ 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.

## Zusatzkompetenz Diabetes & Schwangerschaft

Die Beantragung der Zusatzkompetenz ist optional!

### 1. Strukturqualität

Anforderung	Selbsteinschätzung
Diabetolog*in ist Mitglied in der AG Diabetes und Schwangerschaft der DDG.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetolog*in und Diabetesberater*in können externe Fortbildungsmaßnahmen zum Thema Diabetes und Schwangerschaft und Gestationsdiabetes nachweisen (4 UE/Jahr à45 Minuten).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetolog*in und/oder Diabetesberater*in schulen das gesamte Diabetesteam zum Thema Diabetes und Schwangerschaft und Gestationsdiabetes (4 UE/Jahr à45 Minuten).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die antragstellende Einrichtung kann ein Schnittstellenmangement mit den im Kriterienkatalog geforderten Fachbereichen nachweisen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die antragstellende Einrichtung schult Patientinnen mit Diabetes und Schwangerschaft sowie Gestationsdiabetes entsprechend den Vorgaben im Kriterienkatalog.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die antragstellende Einrichtung verwendet Gestdiab als strukturiertes Dokumentationssystem.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn „nein“, Alternative benennen:
Der 75 g OGTT wird in der antragstellenden Einrichtung durchgeführt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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)
- 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 $\geq 15$ 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.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Es liegen Verfahrensanweisungen zur Behandlung von Patientinnen mit Diabetes und Schwangerschaft sowie Gestationsdiabetes für typische Behandlungssituationen und Hindernisse entsprechend des Kriterienkatalogs vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Qualitätskriterien, siehe Vorlage „Qualitätskriterien Modul Schwangerschaft“, werden erfasst.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hospitation in einer anderen zertifizierten „Moduleinrichtung“ wurde durchgeführt (aktive Hospitation). <i>(entfällt in der ersten Anerkennungsphase)</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hospitation in der antragstellenden Einrichtung erfolgte durch eine andere zertifizierte „Moduleinrichtung“ (passive Hospitation). <i>(entfällt in der ersten Anerkennungsphase)</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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% 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 & 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

**Die Beantragung der Zusatzkompetenz ist optional!**

### 1. Strukturqualität

Anforderung	Selbsteinschätzung
Diabetolog*in ist Mitglied in der AG Diabetes und Psyche der DDG.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eine Vollzeitstelle Fachpsycholog*in DDG oder einer vergleichbar Qualifikation (entsprechend des Kriterienkatalogs) ist vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Bitte erläutern: Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____ Stellenumfang: _____
Es erfolgen interdisziplinäre Mitarbeiterfortbildungen des Diabetesteam zu psychodiabetologischen Themen (4 UE/Jahr à 45 Minuten).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die antragstellende Einrichtung kann ein Schnittstellenmanagement mit den im Kriterienkatalog geforderten Fachbereichen nachweisen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die antragstellende Einrichtung schult Patien*tinnen mit behandlungsbedürftigen psychischen Problemen bzw. komorbiden psychischen Störungen im Zusammenhang mit Diabetes entsprechend den Vorgaben im Kriterienkatalog (Psychoedukation).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ein Raum bzw. Räume für Einzel- und Gruppentherapie steht zur Verfügung.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hospitation in einer anderen zertifizierten „Moduleinrichtung“ wurde durchgeführt (aktive Hospitation). (entfällt in der ersten Anerkennungsphase)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hospitation in der antragstellenden Einrichtung erfolgte durch eine andere zertifizierte „Moduleinrichtung“ (passive Hospitation). (entfällt in der ersten Anerkennungsphase)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 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 & 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

**Die Beantragung der Zusatzkompetenz ist optional!**

### 1. Strukturqualität

Anforderung	Selbsteinschätzung
Diabetolog*in und/oder Adiposilog*in ist Mitglied der	<input type="checkbox"/> DDG <input type="checkbox"/> DAG <input type="checkbox"/> DDG und DAG
In der Einrichtung ist ein*e Adiposilog*in in Vollzeit tätig.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In der Einrichtung ist ein*e Adipositasberater*in in Vollzeit tätig.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Adiposilog*in und Adipositasberater*in können externe Fortbildungsmaßnahmen zum Thema Adipositas nachweisen (4 UE/Jahr à45 Minuten).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Adiposilog*in und Adipositasberater*in schulen das gesamte Diabetesteam zum Thema Adipositas (4 UE/Jahr à45 Minuten).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die antragstellende Einrichtung kann ein Schnittstellenmanagement mit den im Kriterienkatalog geforderten Fachbereichen nachweisen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die antragstellende Einrichtung kann Räume und Equipment entsprechend des Kriterienkatalogs nachweisen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beschreiben Sie Räume und Equipment:	
Die antragstellende Einrichtung schult adipöse Patientinnen mit Diabetes entsprechend den Vorgaben im Kriterienkatalog.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die antragstellende Einrichtung verwendet ein strukturiertes Dokumentationssystem.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte benennen: _____
Alle qualitätsgesicherten Labormethoden der Standarddiagnostik entsprechend der DMP-A-RL sind vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Im Vorfeld und im Verlauf der Behandlung erfolgt die Zielklärung mit Patient*innen und Angehörigen in Anlehnung an die aktuellen Praxisempfehlungen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Es liegen Verfahrensanweisungen zur strukturierten Behandlung von adipösen Patient*innen mit Diabetes entsprechend des Kriterienkatalogs vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hospitation in einer anderen zertifizierten „Moduleinrichtung“ durch Adiposilog*in und Adipositasberater*in wurde durchgeführt (aktive Hospitation).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hospitation in der antragstellenden Einrichtung erfolgte durch durch Adiposilog*in und Adipositasberater*in aus einer andere zertifizierte „Moduleinrichtung“ (passive Hospitation). <i>(ab Rezertifizierung verpflichtend)</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 Adipositas“, werden erfasst.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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)

## Zusatzkompetenz Diabetes & Herz

Die Beantragung der Zusatzkompetenz ist optional!

### 1. Strukturqualität

Anforderung	Selbsteinschätzung
Diabetolog*in ist Mitglied in der AG Diabetes und Herz der DDG.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetolog*in und Diabetesberater*in können externe Fortbildungsmaßnahmen zum Thema Diabetes und Herz nachweisen (4 UE/Jahr à45 Minuten).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kardiolog*innen oder kardiometabolisch ausgewiesene Expert*innen schulen das gesamte Diabetesteam regelmäßig* (4 UE/Jahr à45 Minuten). *Mögliche Themen sind dem Kriterienkatalog Zertifizierungsmodul Diabetes & Herz zu entnehmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ein Dokument zum Ablauf von <b>Schulungen von Patient*innen</b> liegt vor*. *Entsprechend des Kriterienkatalogs Zertifizierungsmodul Diabetes & Herz.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ein strukturiertes <b>Dokumentationssystem</b> wird verwendet*. *Punkt 3 des Kriterienkatalogs Zertifizierungsmodul Diabetes & Herz.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Qualitätsgesicherten Labormethoden</b> der Standarddiagnostik entsprechend des Kriterienkatalogs sind vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die antragstellende Einrichtung kann ein Schnittstellenmangement mit den im Kriterienkatalog geforderten Fachbereichen nachweisen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Einzureichende Unterlagen

- Nachweise über Teilnahme an externen Fortbildungsveranstaltungen zum Thema "Diabetes & Herz" (je 4 UE/Jahr) für Diabetolog\*in und Diabetesberater\*in
- Nachweise über interne Schulung des Diabetesteams zum Thema "Diabetes & Herz" (4 UE/Jahr)
- Darstellung, wie und wann Patienten\*innen mit den im Kriterienkatalog\* aufgeführten Krankheiten und Risiko-Konstellationen geschult werden können. Vorhalten von digitalen Infos oder Schulungsangeboten für Betroffene.
- Darstellung (ggf. inkl. von Fluss-Diagrammen) zur Diagnostik, Therapie und Monitoring der unter Punkt 3\* genannten Erkrankungen sowie insbesondere der kardiovaskulären Risikofaktoren Hypercholesterinämie, arterielle Hypertonie und Zigarettenrauchen
- Darstellung des Laborprofils z.B. PoC für TropT, D-Dimeund NT-ProBNP bzw. Darstellung der zeitnahen Labordiagnostik
- Schnittstellenmangement

2. Prozess- & Ergebnisqualität

Anforderung	Selbsteinschätzung
Behandlungszahlen	Anzahl der Patient*innen mit <b>Diabetes und mit chronischer Herzinsuffizienz (&gt; 40 Pflicht-Kriterium) oder ASCVD/</b> in den vergangenen <b>3 Jahren:</b>  Anzahl der Patient*innen mit <b>Diabetes und kodierter arterieller Hypertonie (mindestens medikamentöse Zweifach-Kombination) oder Patient*innen mit Diabetes und medikamentös behandelter Fettstoffwechselstörung/</b> in den vergangenen <b>3 Jahren:</b>
Im Vorfeld und im Verlauf der Behandlung erfolgt die <b>Zielklärung mit Patient*innen und Angehörigen</b> gemäß in ESC-LL CV Management bei Diabetes inklusive der gemeinsamen Empfehlung zur chronischen Herzinsuffizienz der DDG und DGK sowie der aktuellen Praxisempfehlung zum Thema „Diabetes und Herz“.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Abweichungen von evidenzbasierten Leitlinien (LL)-basierten Empfehlungen werden in der Patientenakte nachvollziehbar dokumentiert/ begründet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ergebnisqualität - zunächst können optional z.B. die Q-Kriterien vom DMP-KHK eingereicht werden.	

**Einzureichende Unterlagen**

- Nachweis zur Umsetzung der Qualitätskriterien (optional)

### 3. Bestätigung der antragstellenden Person

- Ich bestätige, dass ich die Angaben im Antrag auf Anerkennung der Zusatzkompetenz Diabetes & Herz 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 & Herz, 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)