

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. **Dieses Antragsformular ist nur zu verwenden, wenn Sie eine bestehende Anerkennung als Diabeteszentrum oder Diabetes Exzellenzzentrum DDG vorweisen können. Wenn Sie eine Zusatzkompetenz gleichzeitig mit der Anerkennung als Diabeteszentrum oder Diabetes Exzellenzzentrum DDG beantragen möchten, nutzen Sie bitte das Antragsformular Diabeteszentrum oder Diabetes Exzellenzzentrum DDG.**

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:

Zusatzkompetenzen DDG

Frau Schugardt

030 311 69 37 42

**Antrag auf Anerkennung
einer Zusatzkompetenz DDG**

Antragsnummer¹:

Allgemeine Angaben zum Antrag

Antragsdatum:	
Zertifizierung wird angestrebt für:	<input type="checkbox"/> Typ-2-Diabetes <input type="checkbox"/> Typ-1- und Typ-2-Diabetes
Zusatzkompetenz:	<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 oder Diabetes Exzellenzzentrum zertifiziert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art des Antrags:	<input type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> Wiederholungsantrag

¹ Zuordnung 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 Einrichtungen):	
Straße/ Nr.:	
PLZ:	
Ort:	
Telefon ³ :	
E-Mail ⁴ :	
E-Mail (E-Rechnung):	
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

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 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 ⁵ :
				<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

1.2 Diabetesberater*in / Diabetesassistent*in DDG

Funktion	Name	Vorname	Arbeitszeit (in Stunden) je Woche und Standort	im Altantrag ⁶ :
<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

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

Zusatzkompetenz Diabetes & Schwangerschaft

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 à 45 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 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 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)
- ☐ 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.	<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% 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.	<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*innen 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 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	<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 à 45 Minuten).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Adiposilog*in und Adipositasberater*in schulen das gesamte Diabetesteam zum Thema Adipositas (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 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 Verlaufsdagnostik
- ☐ 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% 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 & 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

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 à 45 Minuten).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kardiolog*innen oder kardiometabolisch ausgewiesene Expert*innen schulen das gesamte Diabetesteam regelmäßig* (4 UE/Jahr à 45 Minuten). *Mögliche Themen sind dem Kriterienkatalog Zertifizierungsmodul Diabetes & Herz zu entnehmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ein Dokument zum Ablauf von Schulungen von Patient*innen liegt vor*. *Entsprechend des Kriterienkatalogs Zertifizierungsmodul Diabetes & Herz.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ein strukturiertes Dokumentationssystem wird verwendet*. *Punkt 3 des Kriterienkatalogs Zertifizierungsmodul Diabetes & Herz.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Qualitätsgesicherten Labormethoden der Standarddiagnostik entsprechend des Kriterienkatalogs sind vorhanden.	<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

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 Diabetesteam 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-Dime und NT-ProBNP bzw. Darstellung der zeitnahen Labordiagnostik
- ☐ Schnittstellenmanagement

2. Prozess- & Ergebnisqualität

Anforderung	Selbsteinschätzung
Behandlungszahlen	<p>Anzahl der Patient*innen mit Diabetes und mit chronischer Herzinsuffizienz (> 40 Pflicht-Kriterium) oder ASCVD/ in den vergangenen 3 Jahren:</p> <p>Anzahl der Patient*innen mit Diabetes und kodierter arterieller Hypertonie (mindestens medikamentöse Zweifach-Kombination) oder Patient*innen mit Diabetes und medikamentös behandelter Fettstoffwechselstörung/ in den vergangenen 3 Jahren:</p>
Im Vorfeld und im Verlauf der Behandlung erfolgt die Zielklärung mit Patient*innen und Angehörigen 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)