

# RICHTLINIE

## „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“

*Auf Grundlage der Beschlüsse des Ausschusses Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung (QSW)  
verabschiedet am 07.09.22 in 53. QSW-Sitzung, Inkraftsetzung: 01.10.22  
überarbeitet am 06.12.23*

### Präambel

Um der Komplexität der Volkskrankheit Diabetes mellitus gerecht zu werden, benötigen Betroffene eine fachgerechte und individuelle Behandlung und Begleitung. Mit Hilfe der zertifizierten Diabeteszentren DDG und „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ möchte die Deutsche Diabetes Gesellschaft die Versorgung von Diabetes-Patient\*innen bundesweit verbessern und eine Behandlung orientiert an hohen Qualitätsmaßstäben ermöglichen.

Als „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ können sich Kliniken oder Praxen qualifizieren, die sich auf die Behandlung von Patient\*innen mit Diabetes mellitus als Hauptdiagnose spezialisiert und ein erweitertes Qualitätsniveau mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement entwickelt haben. Dort sind Diabetolog\*innen tätig, die sich bei der Diagnose und Behandlung des Diabetes mellitus und seiner zahlreichen Begleit- und Folgeerkrankungen an den leitlinienkonformen Behandlungsstandard der DDG und den jährlich aktualisierten Praxisempfehlungen der DDG orientieren, langjährige Erfahrung aufweisen und sich kontinuierlich im Bereich Diabetes fortbilden. Das „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ ist mit diversen medizinischen Fachrichtungen vernetzt, um eine optimale, fachübergreifende Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen zu ermöglichen. Zentraler Baustein ist ein kontinuierliches Unterstützungsangebot und Schulungsportfolio zum täglichen Selbstmanagement durch geschulte Diabetesberater\*innen und Diabetesassistent\*innen. Neben Diabetolog\*innen, Diabetesberater\*innen und -assistent\*innen gehören auch Wundexpert\*innen, Psycholog\*innen und geschultes Pflegepersonal/Praxispersonal zu den personellen Stützen eines „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“. Mit der Zertifizierung „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ wird darüber hinaus die kontinuierliche Sicherstellung von Behandlungsqualität und die Optimierung der Prozessabläufe durch ein systematisiertes und fachspezifisches Qualitätsmanagement gewährleistet. Anerkannte „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ sind somit geprüfte Anlaufstellen für Betroffene mit Diabetes mellitus auf höchstem Niveau.

Die DDG hat Qualitätsstandards entwickelt, die an ein „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ zu stellen sind. Die vorliegende Richtlinie definiert die personellen und strukturellen Voraussetzungen für die optimale diabetologische Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus sowie die Anforderung an die nachzuweisende Ergebnisqualität.

Die Zertifizierung als „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ können Kliniken, Arztpraxen oder Medizinische Versorgungszentren für jeweils 3 Jahre erlangen. Die Anerkennung wird gesondert für nachfolgende Behandlungseinrichtungen ausgesprochen:

- für Patient\*innen mit Typ-2-Diabetes (Erwachsene)
- für Patient\*innen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes (Erwachsene) oder
- für Kinder und Jugendliche mit Diabetes.

## 1. Anforderungen an die Strukturqualität

### 1.1 Personelle Voraussetzungen

Antragsformular, Punkt 03.

Es gelten folgende Mindestanforderungen:

	Typ-1 und Typ-2		Pädiatrie
	stationär	ambulant	stationär/ambulant
<b>Diabetolog*in</b>	2 Vollzeitstellen <sup>1,2</sup>	1 Vollzeitstelle <sup>1,2</sup>	1 Vollzeitstelle <sup>1,2</sup>
	Nachzuweisen ist zum Zeitpunkt der Antragstellung die Anerkennung als Diabetolog*in DDG oder die Anerkennung als Diabetolog*in durch die jeweilige Landesärztekammer und Mitgliedschaft in der DDG		Zusätzlich muss die Anerkennung Facharzt*in für Kinderheilkunde und Jugendmedizin vorliegen.
<b>Diabetesberater*in DDG</b>	2 Vollzeitstellen <sup>1,2</sup>	1 Vollzeitstelle <sup>1,2</sup>	1 Vollzeitstelle <sup>1,2</sup>
<b>Wundassistent*in DDG oder Wundexpert*in ICW oder Wundtherapeut*in DGfW bzw. Wundassistent*in DGfW oder staatl. anerkannte Podolog*in</b>	mind. 0,5 Vollzeitstelle <sup>1,2</sup>	mind. 0,5 Vollzeitstelle <sup>1,2</sup> , Kooperationsnachweis möglich	nicht erforderlich
<b>Stationspflegepersonal / Mitarbeiter*innen in Schwerpunktpraxis</b>	In der Diabetestherapie erfahrenes Personal muss 24 h verfügbar sein (§ 107 SGB V). Ein Nachweis über regelmäßige (2 UE/Jahr) Fortbildung des (Stations-) Pflegepersonals ist erforderlich (intern möglich).	In der Diabetestherapie erfahrenes Personal muss 24 h verfügbar und per Mobiltelefon erreichbar sein (§ 107 SGB V). Ein Nachweis über regelmäßige (2 UE/Jahr) Fortbildung der Mitarbeitenden ist erforderlich (intern möglich).	In der Diabetestherapie erfahrenes Personal muss 24 h verfügbar sein (§ 107 SGB V). Ein Nachweis über regelmäßige (2 UE/Jahr) Fortbildung des (Stations-) Pflegepersonals ist erforderlich (intern möglich).
<b>Psycholog*in oder Psychotherapeut*in (ärztl. oder psycholog. Ausrichtung)</b>	mind. 0,5 Vollzeitstelle <sup>1,2</sup> , Kooperationsnachweis möglich	Kooperation ist nachzuweisen	mind. 0,5 Vollzeitstelle <sup>1,2</sup> , Kooperationsnachweis möglich

<sup>1</sup> Eine **Vollzeitstelle** entspricht **38,5h/Woche**

<sup>2</sup> Sofern nur die Mindestpersonalstärke nachgewiesen werden kann, ist darüber hinaus die qualitativ entsprechende personelle Sicherstellung der Versorgung auch bei Urlaub / Krankheit / Kündigung nachzuweisen (auch mit Kooperationsvereinbarung möglich).

**Mit dem Antrag sind in Kopie einzureichen bzw. zum Audit vorzulegen:**

- **Anerkennungs-/Weiterbildungsurkunden für alle im Antrag aufgeführten Personen inkl. Vertretung**  
Diabetolog\*in, Diabetesberater\*in, Diabetesassistent\*in, Podolog\*in, Wundassistent/expert/therapeut\*in, Psycholog\*in
- **Anstellungsnachweise**  
stationär: Bestätigung der Verwaltung über die Anstellung (einschließlich Stundenumfang)  
ambulant: Bestätigung der Steuerberatungsgesellschaft über die Anstellung (einschließlich Stundenumfang) oder Arbeitsverträge der medizinischen Fachkräfte sowie angestellten Diabetolog\*innen
- **Fortbildungsnachweise für den ärztlichen Personenkreis inkl. Vertretung**  
Diese sind zur kontinuierlichen Fortbildung durch die jährliche Teilnahme am Diabetes Kongress oder der Diabetes Herbsttagung verpflichtet. Alternativ werden auch weitere, durch die DDG anerkannte Fortbildungen oder anerkannte Fachtagungen im Umfang von mindestens zwei Tagen anerkannt. Darüber hinaus ist die Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätssicherung der ärztlichen Tätigkeit nachzuweisen. Idealerweise sollten die Veranstaltungen durch Teilnahmebescheinigungen mit Kennzeichnung der CME-Punkte nachgewiesen werden.
- **Fortbildungsnachweise für Assistenzberufe inkl. Vertretung**  
Alle laut Strukturqualität für die Anerkennung zum Diabeteszentrum geforderten Diabetesberater\*innen und Diabetesassistent\*innen sollten über das Fortbildungszertifikat von DDG und VDBD AKADEMIE 75 Fortbildungspunkte, die innerhalb von 3 Jahren erworben wurden, nachweisen.
- **Fortbildungsnachweise Schulungsprogramme inkl. Vertretung**  
Die Teilnahmebescheinigungen an den Fortbildungsseminaren für die im Antrag aufgeführten Schulungsprogramme sind für ambulante als auch stationäre Einrichtungen vorzulegen. Für jedes Schulungsprogramm ist der Nachweis für je eine\*n Mediziner\*in und je eine Person der Gesundheitsfachberufe zu erbringen.
- **Bestätigung zur 24h-Verfügbarkeit des Stationspflegepersonals auf der Diabetesstation**
- **Nachweis über regelmäßige interne diabetesspezifische Fortbildung**  
des Stationspflegepersonals/des med. Assistenzpersonals in ambulanten Einrichtungen

**1.2 Räumliche und Strukturelle Voraussetzungen**

*Antragsformular, Punkt 05.*

**a) Raum für Gruppenschulungen**

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 barrierefrei eingerichtet sein. Für die Schulung von Kindern und Jugendlichen müssen die Räume den speziellen didaktischen Anforderungen dieser Zielgruppe entsprechen.

**b) Raum für Einzelberatungen**

Ein geeigneter Raum für Einzelberatungen muss vorhanden sein.

**c) Raum für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms<sup>1</sup>**

Mindestens ein Raum ausschließlich zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms - Cave MRSA-Keime. Mindestausstattung siehe Empfehlungen der AG Fuß ([www.ag-fuss-ddg.de](http://www.ag-fuss-ddg.de))

<sup>1</sup>Für Einrichtungen der Pädiatrie nicht erforderlich.

Die räumlichen Voraussetzungen für Schulungen und Beratungen sind im Antragsformular anzugeben (Checkboxen).

### 1.3 Weitere Anforderungen zur Strukturqualität

Antragsformular, Punkt 06.

Die weiteren Anforderungen zur Strukturqualität sind im Antragsformular anzugeben (Checkboxen).

#### a) Glukose- und HbA1c-Bestimmung

Die qualitätsgesicherten Methoden zur Glukose- als auch zur HbA1c-Messung unterliegen der gesetzlich geregelten Qualitätssicherung im Rahmen der RiliBÄK. Danach muss jede in der Praxis und Klinik genutzte Messmethode (von der Prä- bis zur Postanalytik) als Verfahrensanweisung verschriftet und im QM-Handbuch des Labors dargestellt werden (RiliBÄK Teil A, Punkt 6 und 7). Die Teilnahme am Ringversuch (=externe Qualitätssicherung) ist für alle Methoden ohne Unit-Use-Reagenzien sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich 4x/Jahr vorgeschrieben. Die interne Qualitätssicherung ist vom Betreiber mittels Messmethoden-spezifischer Kontrollprobeneinzelmessungen (KPEM) durchzuführen.

Ausnahmen der RiliBÄK:

Die externe Qualitätssicherung entfällt für POCT-Glukose- und -HbA1c-Messungen mit Unit-Use-Reagenzien:

1. im stationären Bereich, wenn die interne Qualitätskontrolle (Messmethoden-spezifischer Kontrollprobeneinzelmessungen mindestens 1x benutzungswöchentlich) unter der Verantwortung des zugehörigen Zentrallabors steht, das dann allein der externen QS unterliegt.
2. im ambulanten Bereich, wenn die interne Qualitätskontrolle komplett im Praxisbereich des\*der niedergelassenen Mediziner\*in erfolgt und dokumentiert wird.

Falls eine POCT-Glukose-Messmethode mit Unit-Use-Reagenzien für die Diagnostik eines Gestationsdiabetes mellitus gemäß der entsprechenden DDG-Leitlinie eingesetzt wird, empfiehlt diese Leitlinie abweichend von der RiliBÄK im Bereich des niedergelassenen Arztes zusätzlich die externe Qualitätssicherung nach RiliBÄK-Regeln durchzuführen.

**Mit dem Antrag sind in Kopie einzureichen bzw. zum Audit vorzulegen:**

- **Kopien der Protokolle der Kontrollproben-Einzelmessungen** (Zeitraum von mindestens vier Wochen) für POCT-Glukose- und -HbA1c-Messungen mit Unit-Use-Reagenzien
- Aktuell gültige **Zertifikate des Ringversuches** Glukose- und HbA1c-Bestimmung im Labor

#### b) Einrichtung und Materialien für Blutzuckermessung, für Selbstkontrollen und Ketonbestimmung

Auf der Diabetesstation und im Schulungsraum muss eine gemäß RiliBÄK qualitätsgesicherte Labormethode zur Glukosebestimmung vorhanden sein. Es muss gleichermaßen die Infrastruktur für das Auslesen und Bewerten von CGM-Daten vorgehalten werden.

#### c) Instrumente zur Prüfung der Neuropathie<sup>1</sup>

Vibrationsgabel, Monofilament, Nadel (Spitz-Stumpf), Tiefensensibilität (kalt/warm), Reflexhammer sind vorhanden. <sup>1</sup>Für Einrichtungen der Pädiatrie nicht erforderlich

#### d) Blutdruckmessgeräte

Manschetten sind in unterschiedlichen Größen vorzuhalten. Die Blutdruckmessgeräte entsprechen den Standards (Gütesiegel) der Dt. Hochdruckliga. Regelmäßige Eichung aller Blutdruckmessgeräte wird durchgeführt.

#### e) Injektionshilfen

Verschiedene Formen der Injektionshilfen (incl. Insulinpumpen) sind vorhanden.

**f) Schulungsunterlagen**

Strukturierte Schulungsunterlagen und Curricula für ambulante und stationäre sowie prä- und poststationäre Schulung sind vorhanden. Die Schulungsinhalte für Einzel- und Modulschulungen liegen in schriftlicher Form vor.

Pädiatrie: altersentsprechende Unterlagen für Patient\*innen und Eltern sind vorhanden.

**g) Medien**

Tafel, Overheadprojektor, geeignete Projektionsmedien sind vorhanden.

**h) Anschauungs- und Schulungsmaterialien**

BZ-, RR-Messgeräte, BZ-RR-Tagebücher, BMI-Tabellen, Gesundheits-Pass Diabetes, sowie div. Anschauungsmaterialien, z.B. für Fußpflege und Ernährung, sind vorhanden.

**i) Glukagon zur Injektion, Glukoselösung zur Injektion, Notfall – Kohlehydrate**

Glukagon zur Injektion, Glukoselösung zur Injektion, Messstreifen für Blutglukose, Ketontest sind vorzuhalten.

**j) Überprüfung der Medikation**

Ein monatliches Überprüfen der Gültigkeitsdauer der Medikamente erfolgt mit Dokumentation und Angabe der Verantwortlichkeit.

## **2. Anforderungen an die Prozessqualität**

### **2.1 Schnittstellenmanagement**

*Antragsformular, Punkt 04*

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 anlassbezogene Indikatoren zum Überweisungsmanagement erarbeitet und in die Grafik eingetragen werden. Pro Fachdisziplin ist mindestens ein Parameter/Indikator zu definieren (Bsp.: Überweisung in die Nephrologie erfolgt bei Albumin  $\geq 20$  bzw. erhöhtem G3aA2). Für stationäre Einrichtungen wird die Erstellung von Verfahrensanweisungen zur Darlegung der internen Zusammenarbeit empfohlen. Im Rahmen des Audits findet eine Überprüfung des Schnittstellenmanagements statt. Für die Pädiatrie ist die Schnittstelle zur Ophthalmologie ausreichend.

**Mit dem Antrag sind in Kopie einzureichen bzw. zum Audit vorzulegen:**

- **Visualisierung des Schnittstellenmanagements**

### **2.2 Schulungen**

*Antragsformular, Punkt 07*

Schriftlich ausgearbeitete Schulungsunterlagen und Curricula für alle angewandten Therapieformen entsprechend den aktuellen Leitlinien der DDG sind vorzuhalten. Von der DDG zertifizierte Patientenschulungsprogramme sollten verwendet werden. Über selbst erstellte Schulungs- und Behandlungsprogramme muss eine Evaluation vorliegen. Hier müssen die Curricula zusammen mit dem Antrag auf Anerkennung eingereicht werden. Mit dem Antrag sind für alle durchgeführten Schulungen die entsprechenden **Stundenpläne** einzureichen.

**Nur ambulante Einrichtungen: Anzahl geforderter strukturierter Gruppenschulungen**

Ambulante Einrichtungen müssen zum Nachweis einer ausreichenden Schulungsexpertise mindestens einmal pro Quartal strukturierte Behandlungs- und Schulungsprogramme für Betroffene mit Diabetes mellitus Typ-2 bzw. Typ-1 als Gruppenschulung durchführen. In der Pädiatrie sind altersentsprechende Unterlagen für zu behandelnde Personen und Eltern vorzulegen. Weiterhin gilt für die Pädiatrie: Da Kinder bis etwa 12 Jahre nicht in der Lage sind, die Behandlung eigenverantwortlich durchzuführen, liegt der Hauptfokus auf der Schulung der Eltern. Die strukturierte Behandlung und Schulung der Eltern umfasst ca. 20 – 25 Stunden und wird durch praktische Übungen ergänzt. Die Kinder werden ihrem Entwicklungsstand entsprechend ca. 12 Stunden geschult. Jugendliche, die ihren Diabetes selbst behandeln können, benötigen ca. 20 Stunden Training.

**Nur stationäre Einrichtungen: Modulare Schulungen**

Da in **stationären Behandlungseinrichtungen** aufgrund der stark verkürzten Liegedauer Betroffene oftmals nicht einer umfassenden Schulung unterzogen werden können, besteht bei diesen Einrichtungen die Möglichkeit, modulare Schulungen durchzuführen. Als Grundlage für diese Schulungen dienen dabei die derzeit zur Verfügung stehenden und von der DDG empfohlenen strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogramme. Diese sind komplett evaluiert und einer Wirksamkeitsbewertung unterzogen worden. Wird ein bestimmter logischer, didaktischer Zusammenhang eingehalten, so scheint es vertretbar, dass einzelne Module bei Betroffenen, die bereits vorher oder nachfolgend an einem kompletten strukturierten Behandlungs- und

Schulungsprogramm teilnehmen, gesondert und bezogen auf einzelne Problembereiche angewendet, geschult werden können.

a) **Modulare Schulungseinheiten für Betroffene mit Typ-1-Diabetes:**

Für Betroffene mit **Typ-1-Diabetes** sind insgesamt 13 Module vorzuhalten. Zum Nachweis einer ausreichenden Expertise müssen von der beantragenden Einrichtung mindestens 25 Betroffene pro Jahr in 3 oder mehr Modulen geschult werden, davon mindestens 5 Betroffene pro Jahr in 7 oder mehr Modulen.

b) **Modulare Schulungseinheiten für Betroffene mit Typ-2-Diabetes:**

Hier werden von der Einrichtung insgesamt *13 Module (Diabetes mit Insulintherapie)* bzw. *11 Module (Diabetes ohne Insulintherapie)* vorgehalten. Zum Nachweis einer entsprechenden Expertise müssen beantragende Einrichtungen nachweisen, dass mindestens 100 Betroffene mit 3 oder mehr Modulen pro Jahr und davon mindestens 20 Betroffene mit 7 oder mehr Modulen pro Jahr geschult wurden.

Modulare Schulungseinheiten haben jeweils eine Dauer von 45 Minuten. Betroffenen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes mellitus, die stationär an modularen Schulungseinheiten teilgenommen haben, soll bei der Entlassung die ambulante Teilnahme an einem entsprechenden strukturierten Gruppenschulungsprogramm empfohlen werden.

Der entsprechende Nachweis ist in einer Tabelle (Vorlage: Datenerfassungsblatt\_Schulung\_DDG.xls) zu erbringen. Die Teilnahme an der modularen Schulung ist durch den Patienten mit Unterschrift zu bestätigen. Die Schulungslisten werden von den Auditoren vor Ort eingesehen und geprüft.

Hinweis: Gruppenschulungen sind damit keinesfalls ausgeschlossen und sollen im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten weiterhin durchgeführt werden.

Vorzuhaltende Module für Patient\*innen

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

Die eingesetzten Schulungsprogramme sind im Antragsformular zu benennen.

**Mit dem Antrag sind in Kopie einzureichen bzw. zum Audit vorzulegen:**

- **Verwendeten Schulungsunterlagen und Curricula** (bei selbst entwickelten Schulungsprogrammen)
- **Stundenpläne der Schulungen**

**2.3 Behandlungsprozess**

*Antragsformular, Punkt 08*

Der Behandlungsprozess ist im Antragsformular anzugeben (Checkboxen).

**a) Anamnese, Therapiezielefestlegung und Festlegung der Behandlungsmaßnahmen**

Dokumentierte Anamnese, Therapieziel-Festlegung und Festlegung der Behandlungsmaßnahmen

**b) Schulungs- / Beratungsbedarf ermitteln**

Individueller Schulungs-/ Beratungsbedarf ist zu ermitteln

**c) Zielklärung mit Patient\*innen und Angehörigen**

- Wünsche/Erwartungen sind zu klären
- Vereinbarungen mit den Patient\*innen bezüglich Zeitplan des Aufenthaltes sind zu treffen (Pädiatrie: mit den Eltern klären)
- Diabetesteam erarbeitet gemeinsam mit dem Betroffenen und dessen Angehörigen durchzuführende Maßnahmen und erläutert deren Sinn und Zweck

**d) Zusätzliche Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen**

Allgemeine Entwicklungsdiagnostik: Länge und Gewicht (ggf. Knochenalter), Pubertätsentwicklung, Menarche, psychosoziale Entwicklung. Die Einrichtung führt Untersuchungen zur Erkennung einer Hypothyreose und Zöliakie (gem. Anforderungen der AGPD) durch

**e) Kooperationspartner**

Kontakt mit ein-/überweisendem Mediziner\*in und Kooperationspartner ist aufzunehmen

**f) Betreuungsstruktur**

Stationär: 24h Betreuung der Patient\*innen durch in der Diabetestherapie erfahrenes Personal ist sicherzustellen.

Ambulant: Bei Insulinpumpentherapie: Mobiltelefon 24h oder Absprache mit der Diabetesambulanz ist sicherzustellen

**g) Patientengerechte Dokumentation**

Gesundheits-Pass Diabetes (DDG) und Selbstkontrolldokumentation des\*der Patient\*innen sind einzubeziehen.

**h) Stoffwechselkontrollen**

Therapienachweise mit nachvollziehbarer Begründung sind zu dokumentieren.

**i) Anwendungen von Leitlinien und Pflegestandards, ggf. evidenzbasierter Empfehlungen**

Die Einrichtung muss die Therapie des Diabetes mellitus Typ 1, Typ 2 und bei Kindern und Jugendlichen durch Anwenden von Leitlinien und evidenzbasierter Empfehlungen gewährleisten (unter Beachtung der jeweils gültigen RSAV).

**j) Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle von Begleiterkrankungen/Komplikationen, Durchführen einer evidenzbasierten Medizin**

Arterielle Hypertonie, kardiovaskuläre Erkrankungen, Nierenkomplikationen, Augenkomplikationen, sensomotorische u. autonome Neuropathie, diabetisches Fußsyndrom, psychische Auffälligkeiten sind abzuklären. Die Qualitätsindikatoren werden im Rahmen der standardisierten und strukturierten Dokumentation zur Qualitätssicherung erfasst.

**k) Individuelle Ziele und Behandlungsplan mit den Betroffenen (ggf. Angehörigen) festlegen**

Das Team legt gemeinsam mit dem Betroffenen und den Angehörigen die Therapieziele und den Behandlungsplan fest.

**l) Diabetolog\*in-Betroffenen Gespräch**

Die Behandlung muss mit einem persönlichen Gespräch zwischen Mediziner\*in und Patient\*in abschließen.

**m) Integration von Patient\*innen und Angehörigen in die Behandlung**

Angehörigen ist die Möglichkeit zu geben, an der Schulung teilzunehmen. Das Diabetesteam muss ausreichend Zeit für Einzelgespräche mit Patient\*innen und Angehörigen zur Verfügung haben.

**n) Integration von Patient\*innen und Angehörigen in die Entlassungsplanung**

Entlassungsgespräche sind vom Diabetesteam zu führen. Notwendige Unterlagen, wie Entlassungsbrief und Medikamentenpläne, sind auszuhändigen.

**o) Sicherstellen der Weiterbehandlung**

Telefon-Hotline, ggf. Termin für Wiedervorstellung, Folgeberatung

**p) Wissens- / Erfahrungsaustausch intern und extern**

Die Durchführung eines regelmäßigen Wissens- / Erfahrungsaustausches intern und extern erfolgt innerhalb des Diabetesteams und berufsgruppenübergreifend in Form von Übergabe, Visite, Teambesprechung, interdisziplinären Fallbesprechungen, Protokolle, regelmäßiger Austausch mit Interessensgruppen. Beteiligung am Qualitätszirkel.

**q) Behandlungskorridore einrichten**

### **3. Anforderungen an die Ergebnisqualität**

#### **3.1 Hospitation**

*Antragsformular, Punkt 10*

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

Hospitationen von Diabetesassistent\*innen werden im Rahmen der Anerkennung als Behandlungseinrichtung für Patient\*innen mit Typ-2-Diabetes als gleichwertig zur Hospitation von Diabetesberater\*innen anerkannt. Aktive und passive Hospitationen sowohl von Mediziner\*innen in Weiterbildung Diabetolog\*in DDG als auch von Diabetesberater\*innen DDG in Weiterbildung werden im Rahmen der Zertifizierung anerkannt.

Die Teilnahme am QSW-Workshop „Erfahrungsaustausch zu den Zertifikaten“ im Rahmen des Diabetes Kongresses wird ab der 2. Re-Zertifizierung als gleichwertig zur Vorlage des Hospitationsberichts für passive Hospitationen anerkannt. Die Teilnahme ist durch die entsprechende Teilnahmebestätigung zu dokumentieren. Eine Kombination aus Workshop-Teilnahme und passiver Hospitation vor Ort (antragstellende Einrichtung wird hospitiert) von Diabetolog\*in und Diabetesberater\*in ist zulässig.

Im Rahmen der erstmaligen Anerkennung ist der Nachweis einer aktiven Hospitation (Diabetolog\*in und Diabetesberater\*in) ausreichend.

Hospitationen sind Teil der Qualitätssicherung und -verbesserung beider Einrichtungen und erfordern von beiden Hospitationsparteien, sich mit gegenseitigem Respekt vor der Arbeit der jeweils anderen Einrichtungen kollegialen Fragen, Kritik und Verbesserungsvorschlägen zu stellen. Zur Hospitation gehört ein gemeinsames Abschlussgespräch.

Über die Hospitation ist ein Hospitationsbericht anzufertigen. In dem Bericht ist das Datum, die Zeitdauer der Hospitation, die hospitierte wie auch die hospitierende Einrichtung und das aktiv hospitierende Mitglied eindeutig zu beschreiben. Aus dem Bericht sollten die Rahmenbedingungen der Einrichtung (Strukturqualität), der Ablauf der Hospitation wie auch eine Einschätzung der Stärken und Schwächen der Einrichtung ersichtlich sein. Der Bericht wird der hospitierten Einrichtung anschließend ausgehändigt bzw. zugesandt. Er muss von beiden Seiten unterschrieben sein.

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

**Mit dem Antrag sind in Kopie einzureichen bzw. zum Audit vorzulegen:**

- **Hospitationsberichte**, ggf. Teilnahmebestätigung für den QSW-Workshop „Erfahrungsaustausch zu den Zertifikaten“

**3.2 Behandlungszahlen**

*Antragsformular, Punkt 09*

Im Rahmen der Zertifizierung gelten folgende Mindestanforderungen:

Anzahl Betroffener	Typ-2	Typ-1	Pädiatrie <sup>1,2</sup>
Stationär (je Jahr) <sup>2</sup>	200	50	30
Ambulant (je Quartal)	200	50	30

<sup>1</sup> Kinder und Jugendliche mit Diabetes in Dauerbetreuung

<sup>2</sup> Hauptdiagnose oder Nebendiagnose: Nachweis einer diabetesbezogenen Therapieanpassung und/oder Versorgung diabetesbezogener Folgeerkrankungen oder Komorbiditäten

Die Behandlungszahlen sind im Antragsformular anzugeben.

### 3.3 Dokumentation zur Qualitätssicherung

#### Antragsformular, Punkt 11

Zur Charakterisierung der Betroffenen müssen von allen behandelten Personen regelmäßig die Qualitätsindikatoren gemäß DDG-Datensatz erfasst werden. Die Daten dürfen nicht älter als 2 Jahre sein. Eine geeignete Software als Datenbank zur Dokumentation ist zu verwenden und zu benennen, zum Beispiel DPV, EMIL, DIABASS, u. ä. Eine betroffenengerechte Dokumentation (z.B. Gesundheits-Pass-Diabetes) ist vorzuhalten.

Während des Audits werden Daten zur Patientencharakterisierung und Nachuntersuchung stichprobenartig direkt in den Akten der Praxisverwaltungssoftware eingesehen. Hierfür muss das schriftliche Einverständnis des Betroffenen für die Dateneinsicht zum Zwecke der Qualitätssicherung vorliegen.

Bitte legen Sie den Auditoren zusätzlich einen objektiven Nachweis (z.B. DMP-Evaluation, Auszug der KV) über die nötigen Behandlungszahlen vor. Die Auditoren sehen vor Ort den Nachweis der modularen Schulungslisten ein und prüfen diese.

#### Nachuntersuchung nach 12 bis 15 Monaten

(nur für ambulante Einrichtungen und stationäre Einrichtungen mit Ambulanz)

Die Nachuntersuchung muss mindestens 12 und höchstens 15 Monate nach der dokumentierten Eingangsuntersuchung erfolgen. Eine telefonische Datenerhebung ist in Ausnahmefällen zulässig, wenn ein aktueller HbA1c Wert mit lokalem Normbereich vom Hausarzt übernommen werden kann:

- Typ-1-Diabetes: eine repräsentative Stichprobe von mind. 30 Patient\*innen
- Typ-2-Diabetes: eine repräsentative Stichprobe von mind. 60 Patient\*innen
- Kinder und Jugendliche: eine repräsentative Stichprobe von mind. 25 Kindern und Jugendlichen

Der Evaluationszeitraum umfasst max. 3 Jahre.

#### Parameter (Erläuterung)

	Feldbezeichnung	Erläuterung
1	Name der Praxis/Einrichtung	
2	Interne Patient*innen-Nummer	laufende Nr. oder Datensatz-Nr. aus EMIL bzw. DPV
3	Datum der Vorstellung des/der Patient*innen	Datum des Arztbesuches (ambulant) bzw. Aufnahmedatum (stationär)
4	Diabetestyp	1= Typ-1, 2=Typ-2; 3= andere; Pankreas wie Typ-1
5	Geschlecht	w=0 ; m=1
6	Alter des/der Patient*innen (Jahre)	
7	Zeit seit Diabetesdiagnose (Jahre)	
8	Größe (cm)	Bitte den Betroffenen messen, Wert nicht erfragen!
9	Körpergewicht (kg)	Bitte den Betroffenen wiegen, Wert nicht erfragen!
10	Gesamt-Insulin-Dosis (IE/Tag)	(Mittelwert der letzten 3 Tage)
11	Zahl der Insulininjektionen /Tag	
12	Behandlung mit Insulinpumpe, aktuell	ja = 1 nein = 0
13	Orales Antidiabetikum	ja = 1 nein = 0
14	Metformin	ja = 1 nein = 0
15	Sulfonylharnstoff	ja = 1 nein = 0

16	Glinid	ja = 1 nein = 0
17	Glitazon	ja = 1 nein = 0
18	Acarbose	ja = 1 nein = 0
19	GLP-1-Analogon	ja = 1 nein = 0
20	DPP-4-Inhibitor	ja = 1 nein = 0
21	SGLT2-Inhibitor	ja = 1 nein = 0
22	HbA1c-Wert (%)	nicht älter als 12 Wochen
23	oberer Normgrenze HbA1c	bitte vom Laborzettel entnehmen oder im Labor nachfragen
24	untere Normgrenze HbA1c	bitte vom Laborzettel entnehmen oder im Labor nachfragen
25	systol. Blutdruck (von med. Personal gemessen)	Wert in mm Hg
26	diastol. Blutdruck (von med. Personal gemessen)	Wert in mm Hg
27	Glomeruläre Filtrationsrate (GFR)	Wert in ml/min
28	Schwere Hypoglykämien (Glukose i.v., Glukagon-Injektion) in den letzten 12 Mon.	Anzahl in den letzten 12 Monaten
29	Ketoazidose/Koma mit Krankenhausaufenthalt; in den letzten 12 Mon. neu aufgetreten	Anzahl in den letzten 12 Monaten

Zusätzliche Dokumentation bei Kindern und Jugendlichen:

Eine einmalige Dokumentation (Querschnittsuntersuchung) wird bei Kindern/ Jugendlichen dem chronischen, die altersgerechte Entwicklung gefährdenden Verlauf des Diabetes nicht gerecht. Die Daten der behandelten Personen sollen deshalb longitudinal – möglichst ab Manifestation – erfasst werden. Zur Charakterisierung der behandelten Kinder müssen von allen Betroffenen Alter, Diabetesdauer, BMI, schwere Hypoglykämien, Ketoazidose, Therapie (Insulindosis, Zahl der Injektionen/d, Insulinpräparate, Zahl der Blutglukose-Selbstkontrollen) sowie Schulungsdaten und das Therapieziel angegeben werden. Eine für die spezifisch pädiatrischen Belange geeignete Software ist zu verwenden. Bitte legen Sie den aktuellen DPV-Jahresbericht (Teilnahmebescheinigung) in Kopie bei.

Die **Prüfung der zu dokumentierenden Patientendaten** kann wie folgt durchgeführt werden:

1. Die antragstellende Person sendet die Excel-Tabelle zur Patienten-Charakterisierung und die Dokumentation der geforderten Nachuntersuchungen an die das Audit durchführende Person zum Zeitpunkt der Auditvorbereitung.- s. Anlage DDG-Homepage: Excel-Tabelle. Die das Audit durchführende Person prüft die Daten vorab und nimmt die inhaltliche Prüfung (s.u.) während des Audits vor.
2. Wird die Excel-Tabelle nicht mit den Antragsunterlagen eingeschendet, führt die das Audit durchführende Person eine Prüfung der dokumentierten Parameter (analog der Excel-Tabelle zur Patientencharakterisierung) während des Audits durch.
3. Dazu müssen folgende Unterlagen zum Audit in der Einrichtung vorliegen:
  - a. Excel-Tabelle wie in Punkt 1 beschrieben oder
  - b. Ambulant: Es muss eine Liste der im Rahmen des DMPs bzw. der KV-Abrechnung aufgeführten Patient\*innen vorgelegt werden: mind. 200 Typ-2-Pat /Quartal und 50 Typ-1-Pat/Quartal oder
  - c. Stationär: Das Krankenhaus-Controlling erstellt eine Liste der umfassend diabetologisch betreuten Patient\*innen: mind. 200 Typ-2-Pat /Jahr und 50 Typ-1-Pat/Jahr

Inhaltliche Prüfung der Patienten-Charakterisierung: Die das Audit durchführende Person wählt vor

Ort aus den vorgelegten Listen eine Stichprobe von 5 Patient\*innen mit Typ-1- und 10 Patient\*innen mit Typ-2-D.m. aus. Bei diesen Patient\*innen prüft die das Audit durchführende Person in der Patienten-Akte die Dokumentation, die Nachuntersuchungen und die Nachvollziehbarkeit der geforderten Patienten-Charakterisierung.

### **3.4 Patientenzufriedenheit**

Fragebogen oder andere Erhebungsinstrumente

## **4. Weitere Hinweise zum Anerkennungsverfahren**

### **4.1 Stationäre Einrichtungen mit Ambulanz / MVZ**

Bitte beachten Sie, dass Sie im Antrag deutlich machen müssen, ob Sie ein Krankenhaus mit einer Krankenhaus-Ambulanz ohne kassenärztliche Zulassung sind oder ob Sie die ambulante Versorgung über eine kassenärztlich zugelassene Arztpraxis/MVZ durchführen und abrechnen.

- a) Wenn keine kassenärztliche Zulassung vorliegt: Hier ist der gemeinsame Antrag für Klinik mit Ambulanz zu stellen. Die ambulanten Patient\*innen können in die Gesamtzahl der stationären Patient\*innen eingerechnet werden.
- b) Das Krankenhaus hat eine kassenärztlich zugelassene Praxis/MVZ: Hier müssen zwei getrennte Anträge gestellt werden und die Patient\*innen des Krankenhauses sind getrennt zu sehen von den Patient\*innen der Praxis. Beide Anträge müssen eigenständig die in dieser Richtlinie genannten Anforderungen erfüllen.

### **4.2 Berufsausübungsgemeinschaften**

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

### **4.3 Wegfall der Voraussetzungen**

Sollten nach Anerkennung als Behandlungseinrichtung „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ die Voraussetzungen für die Anerkennung länger als sechs Monate nicht mehr gegeben sein, muss dies der Geschäftsstelle der DDG gemeldet werden. Ebenso zu melden sind Änderungen der Voraussetzungen, insbesondere des qualifizierten Personals, damit der Fortbestand der Zertifizierung unter den neuen Rahmenbedingungen geprüft werden kann. Hierbei können auch Fachärzt\*innen in diabetologischer Weiterbildung oder medizinisches Assistenzpersonal (Diabetesberater\*in, Diabetesassistent\*in, Wundassistent\*in oder ähnliche) in Weiterbildung kurz vor erfolgreichem Abschluss (<6 Monate) berücksichtigt werden.

### **4.4 Vorgehen bei Verstößen gegen die niedergeschriebenen Richtlinien oder Beschwerden**

Regelverstöße und Beschwerden können der Geschäftsstelle gemeldet werden. Im Rahmen der regelmäßigen Sitzungen des Ausschuss QSW werden diese gemeinsam mit allen Ausschussmitgliedern erörtert. Der Ausschuss QSW behält sich vor, Verstöße gegen die Richtlinien sowie vorsätzliche Täuschungen zu ahnden.