

Deutsche Diabetes Gesellschaft  
Yasemin Agan  
Albrechtstraße 9  
10117 Berlin

**Antrag auf Anerkennung als Behandlungseinrichtung  
für Patienten mit Typ 1 und Typ 2 – Diabetes**

**Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG**

<input type="checkbox"/> Erstanerkennung	<input type="checkbox"/> Wiederholungsanerkennung, zertifiziert seit: _____
--	---

**1. Antragstellende Einrichtung**

Name der Einrichtung:		Abteilung/Station:	
Name des Antragsstellers/Praxisinhabers:		Verantwortlicher Diabetologe:	
Straße:		PLZ:	Ort:
Telefon:	Telefax:	E-Mail:	

**2. Art der Einrichtung**

<input type="checkbox"/> Klinik ohne Ambulanz	<input type="checkbox"/> Klinik mit Ambulanz	<input type="checkbox"/> Arztpraxis	<input type="checkbox"/> Reha-Einrichtung
---	--	-------------------------------------	---

**Hinweis**

Alle Informationen zu den Bedingungen für eine Anerkennung als Behandlungseinrichtung DDG finden Sie in den **Richtlinien der DDG zur Anerkennung einer Behandlungseinrichtung „Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG“**, die zum Herunterladen auf der DDG-Internetseite unter [www.ddg.info/zertifizierung/basisanerkennung/richtlinien.html](http://www.ddg.info/zertifizierung/basisanerkennung/richtlinien.html) bereitstehen.

### 3. Personelle Voraussetzungen (ggf. weitere Mitarbeiter in einem Anhang angeben)

	Name	Telefon
<b>Diabetologe DDG</b>	1.	
	2.	
	3.	
<b>Einzureichende Unterlagen:</b>		
<input type="checkbox"/> Anerkennungsurkunden Diabetologe DDG oder Landesärztekammer (DDG-Mitgliedschaft erforderlich) oder Facharzt Innere Medizin/Endokrinologie und Diabetologie (DDG-Mitgliedschaft erforderlich)		
<input type="checkbox"/> Nachweise über persönliche diabetologische Fortbildung (Teilnahme an DDG-Kongressen etc.) aus den zurückliegenden drei Jahren		
<input type="checkbox"/> Bescheinigungen über Teilnahme an Fortbildungsseminaren für die im Antrag aufgeführten Schulungsprogramme		
<input type="checkbox"/> <i>Stationär:</i> Bestätigung der Verwaltung über die Anstellung und Stellenumfang (Vollzeit / Teilzeit mit Angabe der jeweiligen Arbeitsstunden)		
<input type="checkbox"/> 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.		
<b>Diabetesberaterin DDG</b>	1.	
	2.	
	3.	
<b>Diabetesassistentin DDG</b>	1.	
	2.	
	3.	
<b>Einzureichende Unterlagen:</b>		
<input type="checkbox"/> Anerkennungsurkunden / Weiterbildungszertifikat Diabetesberaterin / -assistentin DDG		
<input type="checkbox"/> Nachweise über persönliche diabetologische Fortbildung		
<input type="checkbox"/> Bescheinigungen über Teilnahme an Fortbildungsseminaren für die im Antrag aufgeführten Schulungsprogramme		
<input type="checkbox"/> <i>Stationär:</i> Bestätigung der Verwaltung über die Anstellung und Stellenumfang (Vollzeit / Teilzeit mit Angabe der jeweiligen Arbeitsstunden)		
<input type="checkbox"/> <i>Ambulant:</i> Bestätigung des Steuerberaters über die Anstellung (einschließlich Stundenumfang) oder Arbeitsverträge der Mitarbeiter		
<input type="checkbox"/> Wenn insgesamt nur eine Vollzeitstelle vorhanden (Diabetesberaterin und -assistentin): Nachweis der Vertretung im Urlaubs-/Krankheitsfall (z.B. über Kooperationsvereinbarung), die Vertretung sollte im Umkreis von max. 30 km tätig sein.		
<b>Fußbehandlung</b>	1.	
	2.	
	3.	
<b>Einzureichende Unterlagen:</b>		
<input type="checkbox"/> Anerkennungsurkunde / Weiterbildungszertifikat zur Fußbehandlung: Staatlich anerkannter Podologe oder examinierte Krankenschwester/-pfleger mit Weiterbildung zum Wundassistent/-in DDG bzw. Wundmanager DGCW oder ICW, mind. ½ Stelle		
<input type="checkbox"/> <i>Nur ambulant:</i> ggf. Kooperationsnachweis und Anerkennungsurkunde / Weiterbildungszertifikat zur Fußbehandlung (Podologe etc.)		
<b>Stationspflegepersonal/ Mitarbeiter-innen in Schwerpunktpraxis</b>		
<b>Einzureichende Unterlagen:</b>		
<b>Stationär:</b>		
<input type="checkbox"/> Schreiben der Klinikleitung, dass 24 h am Tag in der Diabetesbehandlung erfahrene Krankenschwestern/-pfleger verfügbar sind		
<input type="checkbox"/> Nachweis über regelmäßige (mind. jährliche) Fortbildung des (Stations-) Pflegepersonals		
<b>Ambulant:</b>		
<input type="checkbox"/> Nachweis über regelmäßige (mind. jährliche) Fortbildung der Mitarbeiterinnen (Arzthelferinnen) in der Schwerpunktpraxis		

#### 4. Kooperationspartner

(bitte mit Namen, Adresse und Telefonnummer benennen und Kooperationsvereinbarungen einreichen)

	Name	Adresse	Telefon
<input type="checkbox"/> Augenarzt			
<input type="checkbox"/> Nephrologe			
<input type="checkbox"/> Neurologe			
<input type="checkbox"/> Psychologe			
<input type="checkbox"/> Angiologe o. interventioneller Radiologe			
<input type="checkbox"/> Chirurg / Gefäßchirurg			
<input type="checkbox"/> Kardiologe			
<input type="checkbox"/> Gynäkologe / Geburtshelfer			
<input type="checkbox"/> Pädiater (Versorgung von Neugeborenen bei Müttern mit Gestationsdiabetes)			
<input type="checkbox"/> Orthopädienschuhmacher			

Die Kooperation mit einem Hausarzt / verschiedenen Hausärzten wird als selbstverständlich vorausgesetzt.

<b>Einzureichende Unterlagen:</b>
<b>Stationär:</b>
<input type="checkbox"/> Kooperationen innerhalb einer Einrichtung: Nur Eintrag in obige Tabelle
<input type="checkbox"/> Kooperation extern: formlose Kooperationsvereinbarungen, die über den Inhalt der Kooperation Auskunft geben und von beiden Seiten unterzeichnet sind
<b>Ambulant:</b>
<input type="checkbox"/> Eintrag in obige Tabelle (Name, Adresse, Telefon)
<input type="checkbox"/> Kooperationsvereinbarungen (formlos, s.o.)

#### Hinweis

Die jeweiligen Kooperationspartner sind im Antragsformular zu benennen. Sofern diese nicht zur eigenen Einrichtung gehören (z.B. als Krankenhausabteilung), sind als Anlage zum Antrag **schriftliche Kooperationsvereinbarungen** einzureichen (formlos), die den Inhalt der Kooperation beschreiben und von beiden Seiten unterzeichnet sind. Ein Muster für die Kooperationsvereinbarungen finden Sie auf der DDG-Internetseite unter [www.ddg.info/zertifizierung/basisanerkennung/antragsformulare.html](http://www.ddg.info/zertifizierung/basisanerkennung/antragsformulare.html)

#### 5. Räumliche und strukturelle Voraussetzungen

- Patienten sind untergebracht auf einer Station/Behandlungseinheit
- Patienten sind untergebracht auf verschiedenen Stationen/Behandlungseinheiten
- Schulungsraum ausschließlich für Patientenschulung vorgesehen
- Schulungsraum für Unterrichtszwecke eingerichtet
- Schulungsraum räumliche Nähe zur Diabetesstation/in der Praxis
- Schulungsraum behindertengerecht
- Schulungsraum Projektionsmöglichkeiten vorhanden

**Einzureichende Unterlagen:** keine

## 6. Glukose- und HbA1c-Bestimmung

- Eine qualitätsgesicherte Methode zur Glukosemessung und zur HbA1c-Messung (falls beim Antragsteller vorhanden) nach den Richtlinien der Bundesärztekammer (RiliBÄK) ist auf der Diabetesstation bzw. in der Diabetessprechstunde verfügbar.
- Methode(n) qualitätskontrolliert

Verfügbarkeit Messmethodik auf Diabetesstation bzw. in der Diabetessprechstunde

	Labor (in der Klinik / Arztpraxis oder extern)	POCT-System (auf Station / in der Arztpraxis)
Glukosemessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HbA1c-Bestimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Einzureichende Unterlagen:

- Labor: Kopien des aktuellen Zertifikates des Ringversuches (wenn zutreffend, Glucose **und** HbA1c)
- Bei Einsatz von 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 **DDG-Richtlinie zur Basisanerkennung**, Punkt 4

## 7. Schulungen

Bitte kreuzen Sie das von Ihnen verwendete DDG-anerkannte Schulungs- und Behandlungsprogramm an und tragen die entsprechenden Angaben ein.

Verwendetes Schulungs- und Behandlungsprogramm	Auflage des Programms / Jahr	Bestandteil Modulare Schulung	Zahl der Unterrichtsstunden á 45 min. insgesamt	Zeitraum, in dem das Programm durchgeführt wird (Tage)	Anzahl der Schulungen in den letzten 12 Monaten	Mittlere Anzahl der Diabetes-Patienten in einer Gruppe
<b>Typ 2-Diabetes</b>						
<input type="checkbox"/> Behandlungs - und Schulungsprogramm für Typ 2 - Diabetiker, die nicht Insulin spritzen		<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Mehr Diabetes Selbstmanagement Typ 2 (MEDIAS 2): Schulungs - und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ - 2 - Diabetes, die nicht Insulin spritzen		<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Behandlungs - und Schulungsprogramm für Typ 2 - Diabetiker, die Insulin spritzen		<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Behandlungs - und Schulungsprogramm für Typ 2 - Diabetiker, die Normalinsulin spritzen		<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Mehr Diabetes Selbstmanagement Typ 2 (MEDIAS 2 ICT): Schulungs - und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ 2 - Diabetes und einer intensivierten Insulintherapie (ICT)		<input type="checkbox"/>				

Verwendetes Schulungs- und Behandlungsprogramm		Auflage des Programms / Jahr	Bestandteil Modulare Schulung	Zahl der Unterrichtsstunden à 45 min. insgesamt	Zeitraum, in dem das Programm durchgeführt wird (Tage)	Anzahl der Schulungen in den letzten 12 Monaten	Mittlere Anzahl der Diabetes-Patienten in einer Gruppe
<b>Typ 1-Diabetes</b>							
<input type="checkbox"/>	Behandlungs - und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie		<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	PRIMAS – Leben mit Typ-1-Diabetes		<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	Diabetes bei Kindern: ein Behandlungs - und Schulungsprogramm		<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	Schulungs- und Behandlungsprogramm für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes		<input type="checkbox"/>				
<b>Hypertonie</b>							
<input type="checkbox"/>	Behandlungs - und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie		<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)		<input type="checkbox"/>				
<b>Pumpenschulung</b>							
<input type="checkbox"/>	SUBITO-Schulungsprogramm zur Insulinpumpentherapie (CSII)		<input type="checkbox"/>				
<b>Weitere DDG-anerkannte Schulungs- und Behandlungsprogramme</b>							
<b>Hypoglykämieprobleme</b>							
<input type="checkbox"/>	Blutglukosewahrnehmungstraining für Typ - 1 - Diabetiker (BGAT)		<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	Hypoglykämie – Positives Selbstmanagement Unterzuckerungen besser wahrnehmen, vermeiden und bewältigen (HYPOS)		<input type="checkbox"/>				

Verwendetes Schulungs- und Behandlungsprogramm	Auflage des Programms / Jahr	Bestandteil Modulare Schulung	Zahl der Unterrichtsstunden à 45 min. insgesamt	Zeitraum, in dem das Programm durchgeführt wird (Tage)	Anzahl der Schulungen in den letzten 12 Monaten	Mittlere Anzahl der Diabetes-Patienten in einer Gruppe
<b>Diabetischer Fuß</b>						
<input type="checkbox"/>	Strukturiertes Behandlungs - und Schulungsprogramm für Menschen mit Diabetes und einem diabetischen Fußsyndrom Den Füßen zu liebe (BARFUSS)		<input type="checkbox"/>			
<b>Geriatrische Patienten</b>						
<input type="checkbox"/>	Fit bleiben und älter werden mit Diabetes: Strukturiertes Schulungsprogramm (SGS) für Typ - 2 - Diabetiker im höheren Lebensalter, die Insulin spritzen		<input type="checkbox"/>			
<b>Weitere Programme</b>						
			<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>			

**Angaben zu den Gruppenschulungen**

- Zusammensetzung der Gruppen: Patienten mit Typ 2-und Typ 1-Diabetes getrennt
- die Gruppe besucht das Behandlungsprogramm von Anfang bis Ende
- die Gruppe besucht das Behandlungsprogramm überwiegend von Anfang bis Ende
- nur stationäre Einrichtungen*: Patienten werden auch modular geschult

<b>Einzureichende Unterlagen:</b>
<input type="checkbox"/> Stundenpläne der bei Ihnen durchgeführten Schulungs- und Behandlungsprogramme
<i>Nur stationäre Einrichtungen:</i>
<input type="checkbox"/> Angaben zu modularen Schulungen in Excel-Tabelle (Datenerfassungsblatt, auf der DDG-Webseite unter <a href="http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung/basisanerkennung/antragsformulare.html">http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung/basisanerkennung/antragsformulare.html</a> )

**Hinweis** Die Liste der von der DDG anerkannten Schulungsprogramme finden Sie auf der DDG-Webseite unter <http://www.ddg.info/zertifizierung/schulungsprogramme.html>

### 8. Hospitation

	Passive Hospitationen (wir wurden besucht)	Aktive Hospitationen (wir haben andere besucht)
<b>Einrichtung/Praxis</b> (Name, Anschrift, Telefon)		
Datum der Hospitation		
Hospitierende/r <b>Ärztin/Arzt</b>		
<b>Einrichtung/Praxis</b> (Name, Anschrift, Telefon)		
Datum der Hospitation		
Hospitierende/r <b>Diabetesberaterin / -assistentin</b>		

<b>Einzureichende Unterlagen:</b>
<b>Passive Hospitation:</b>
<input type="checkbox"/> Hospitationsbericht Arzt/Ärztin
<input type="checkbox"/> Hospitationsbericht Diabetesberater/-in
<b>Aktive Hospitation:</b>
<input type="checkbox"/> Hospitationsbericht Arzt/Ärztin
<input type="checkbox"/> Hospitationsbericht Diabetesberater/-in

**Hinweis** Bitte beachten: Wechselseitige aktive und passive Hospitationen werden nicht anerkannt. Gleichfalls nicht anerkannt werden Hospitationen an Einrichtungen, die durch vertragliche Regelungen verbunden sind. Die Hospitationsorte sollten in einer Entfernung über 50 km liegen, darunterliegende Entfernungen sind zu begründen. Die hospitierte und die hospitierende Einrichtung müssen eine **DDG-Anerkennung** (Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG oder Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG) aufweisen. Über die jeweils eintägigen Hospitationen (Arzt und Diabetesberaterin) sind entsprechende Hospitationsberichte anzufertigen (siehe **Richtlinien zur Anerkennung einer Behandlungseinrichtung** „Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG“, Punkt 6). Die Hospitation darf bei Antragstellung nicht älter als 18 Monate sein (Datum und Unterschriften auf dem Hospitationsbogen).

### 9. Behandlungszahlen

- stationär:  Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, die in den letzten 12 Monaten ärztlich betreut wurden
- stationär:  Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die in den letzten 12 Monaten ärztlich betreut wurden
- ambulant:  Anzahl der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, die im letzten Quartal ärztlich betreut wurden
- ambulant:  Anzahl der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die im letzten Quartal ärztlich betreut wurden

**Einzureichende Unterlagen:** siehe Punkt 10

## 10. Dokumentation zur Qualitätssicherung

Patientengerechte Dokumentation, z. B. Gesundheitspass-Diabetes, vorhanden

geeignete Software für eine Patientendatenbank vorhanden

Software für Patientendatenbank bitte benennen:

### Einzureichende Unterlagen:

Eine **Excel-Tabelle** mit Basisdaten der geforderten Mindestbehandlungszahlen (siehe Hinweis) ist dem Antrag, dokumentiert in **elektronischer Form** (z.B. auf CD-ROM), beizufügen.

### Hinweis

#### Mindestpatientenzahlen:

Typ 1-Diabetes: **Stationär** mindestens 50 Patienten innerhalb eines Jahres; **ambulant**: mindestens 50 Patienten innerhalb von 3 Monaten  
Typ 2-Diabetes: **Stationär** mindestens 200 Patienten innerhalb eines Jahres; **ambulant**: mindestens 200 Patienten innerhalb von 3 Monaten

Ein Muster der für die Datenerfassung zu verwendenden **Tabelle** (Datenerfassungsblatt) finden Sie auf der DDG-Webseite unter

<http://www.ddg.info/zertifizierung/basisanerkennung/antragsformulare.html>.

Bitte keine Patientennamen eintragen!

**Ich bestätige, dass ich die Angaben im Antrag auf Anerkennung als Behandlungseinrichtung sowie den eingereichten Patientendatensatz auf Richtigkeit geprüft habe.**

**Sollten nach Anerkennung als Behandlungseinrichtung DDG die Voraussetzung für die Anerkennung länger als drei Monate nicht mehr erfüllt sein, muss dies der Geschäftsstelle der DDG mitgeteilt werden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum der Antragstellung

\_\_\_\_\_  
Ltd. Arzt / Praxisinhaber

\_\_\_\_\_  
verantw. Diabetologe

**Nach Eingang Ihres Antrages in der Geschäftsstelle der DDG erhalten Sie eine Eingangsbestätigung/Rechnung. Erst nach Erhalt der Bearbeitungsgebühr in Höhe von 1200,00 Euro zzgl. 5% USt. 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.**



**Anlage****Angaben zur fremdsprachlichen Schulungen**

In unserer Behandlungseinrichtung werden fremdsprachliche Schulungen angeboten:

ja  nein

Wenn ja: Folgende fremdsprachlichen Schulungen werden angeboten:

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

**Einzureichende Unterlagen:** keine

Ich versichere, dass die oben genannten Schulungen ausschließlich von Schulungskräften durchgeführt werden, die der entsprechenden Sprache mächtig sind. Einer Veröffentlichung dieser Angaben auf der Internetseite der DDG stimme ich zu.

Ort, Datum

Unterschrift des Ltd. Arztes / Praxisinhabers

Deutsche Diabetes Gesellschaft  
Albrechtstraße 9  
10117 Berlin

## Datenschutzerklärung für den Antrag als Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Einrichtung)

Ich nehme zur Kenntnis, dass zur Durchführung der Zertifizierung die Weitergabe der von mir/uns korrekt pseudonymisierten Patientendaten 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.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ärztlichen Antragsstellers und STEMPEL

Sie haben ein 14-tägiges Rücktrittsrecht, von dem Sie per Post oder E-Mail Gebrauch machen können.