

Deutsche Diabetes Gesellschaft  
Yasemin Agan  
Albrechtstraße 9  
10117 Berlin

**Antrag auf Anerkennung als Behandlungseinrichtung  
für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus**

**Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG**

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

**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>Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin mit Nachweis als Diabetologin / Diabetologe</b>	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
<b>Einzureichende Unterlagen:</b>		
<input type="checkbox"/> Anerkennungsurkunden Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin <input type="checkbox"/> Anerkennungsurkunden Diabetologe DDG oder Landesärztekammer (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>Einzureichende Unterlagen:</b>		
<input type="checkbox"/> Anerkennungsurkunden / Weiterbildungszertifikat Diabetesberaterin 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 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>Kinderpsychologe / Sozialarbeiter</b>	1.	
	2.	
	3.	
<b>Einzureichende Unterlagen:</b>		
<input type="checkbox"/> Anerkennungsurkunde Kinderpsychologe (Psychologe mit pädiatrischer Weiterbildung)/ Sozialarbeiter <b>oder</b> <input type="checkbox"/> Kooperationsvereinbarung mit einem Kinderpsychologen / Sozialarbeiter und Anerkennungsurkunde		
<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 Kinderkrankenschwestern/-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			

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
- Mitaufnahme der Eltern möglich
- Schulungsraum ausschließlich für Patientenschulung vorgesehen
- Schulungsraum entspricht den didaktischen Anforderungen der verschiedenen Altersstufen
- Schulungsraum eignet sich auch für Eltern- / Erwachsenenschulung (z.B. Projektionsmöglichkeiten)
- separate Schulungsgruppen für unterschiedliche Altersstufen
- Angebote für Einzelschulung

**Einzureichende Unterlagen:** keine

#### 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 eingerichtet sein.

### 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:	
<input type="checkbox"/>	Labor: Kopien des aktuellen Zertifikates des Ringversuches (wenn zutreffend, Glucose <b>und</b> HbA1c)
<input type="checkbox"/>	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. Langfristige Weiterbetreuung

- nur stationär
- nur ambulant
- ambulant und stationär

### 8. Schulungen

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

	Verwendetes Schulungs- und Behandlungsprogramm	Zahl der Unterrichtsstunden à 45 min. insgesamt	Zeitraum, in dem das Programm durchgeführt wird (Tage)	Anzahl der Schulungen in den letzten 12 Monaten	schriftliche Stundenpläne vorhanden (Kopien bitte beilegen)	Curriculum liegt in Schriftform vor
<b>Typ 1-Diabetes</b>						
<b>Schulung für Kinder</b>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schulung für Jugendliche</b>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schulung für Eltern und Angehörige</b>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Weitere Programme</b>						
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Altersgerechte Unterlagen für Eltern und Patienten sind verfügbar
- alterskohärente Patientengruppen oder Einzelschulung
- die Gruppe besucht das Behandlungsprogramm komplett / überwiegend\* von Anfang bis Ende  
\*Nichtzutreffendes bitte streichen
- nur stationäre Einrichtungen*: Patienten werden modular geschult

**Einzureichende Unterlagen:**

- Stundenpläne der bei Ihnen durchgeführten Schulungs- und Behandlungsprogramme
- Bei Einsatz eigener Schulungs- und Behandlungsprogramme: Kopie des Curriculums

*Nur stationäre Einrichtungen:*

- Angaben zu modularen Schulungen in Excel-Tabelle (Datenerfassungsblatt, auf der DDG-Webseite unter <http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung/basisanerkennung/antragsformulare.html>)

**Hinweis**

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

## 9. 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).

## 10. Behandlungszahlen

stationär:  Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus, die in den letzten 12 Monaten ärztlich betreut wurden

ambulant:  Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus, die im letzten Quartal ärztlich betreut wurden

**Einzureichende Unterlagen:** siehe Punkt 11

## 11. Dokumentation zur Qualitätssicherung

Zum Nachweis der Qualitätssicherung ist die Teilnahme an einem QS-System erforderlich (z.B. DPV).

Bitte legen Sie den letzten Jahresbericht (Teilnahmebescheinigung) in Kopie bei.

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:

Stationär mindestens 25 Patienten innerhalb eines Jahres; ambulant: mindestens 25 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

Französisch

Spanisch

Türkisch

Russisch

Polnisch

Serbokroatisch

Italienisch

Ungarisch

Bulgarisch

Kurdisch

Rumänisch

Arabisch

Kroatisch

Serbisch

Griechisch

Tschechisch

Persisch

**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.