## AUSSCHUSS QUALITÄTS- SICHERUNG, SCHULUNG UND WEITERBILDUNG (QSW)

Deutsche Diabetes Gesellschaft

Agnes Schaub

Albrechtstraße 9

10117 Berlin

# Antrag auf Anerkennung als Behandlungseinrichtung für Patienten mit Typ 2 – Diabetes

**Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG**

**Erstanerkennung**

**Wiederholungsanerkennung, zertifiziert seit:**

## Antragstellende Einrichtung

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

1. **Art der Einrichtung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Klinik ohne Ambulanz | Klinik mit Ambulanz | Arztpraxis | 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.

1. **Personelle Voraussetzungen** (ggf. weitere Mitarbeiter in einem Anhang angeben)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Name** | **Telefon** |
| **Diabetologe DDG** | 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| **Einzureichende Unterlagen:** |
| Anerkennungsurkunden Diabetologe DDG oder Landesärztekammer (DDG-Mitgliedschaft erforderlich) oder Facharzt Innere Medizin/Endokrinologie und Diabetologie (DDG-Mitgliedschaft erforderlich)Nachweise über persönliche diabetologische Fortbildung (Teilnahme an DDG-Kongressen etc.) aus den zurückliegenden drei Jahren Bescheinigungen über Teilnahme an Fortbildungsseminaren für die im Antrag aufgeführten Schulungsprogramme*Stationär*: Bestätigung der Verwaltung über die Anstellung und Stellenumfang (Vollzeit / Teilzeit mit Angabe der jeweiligen Arbeitsstunden)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. |
| **Diabetesberaterin DDG** | 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| **Diabetesassistentin DDG** | 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| **Einzureichende Unterlagen:** |
| Anerkennungsurkunden / Weiterbildungszertifikat Diabetesberaterin / -assistentin DDG Nachweise über persönliche diabetologische FortbildungBescheinigungen über Teilnahme an Fortbildungsseminaren für die im Antrag aufgeführten Schulungsprogramme*Stationär*: Bestätigung der Verwaltung über die Anstellung und Stellenumfang (Vollzeit / Teilzeit mit Angabe der jeweiligen Arbeitsstunden)*Ambulant*: Bestätigung des Steuerberaters über die Anstellung (einschließlich Stundenumfang) oder Arbeitsverträge der MitarbeiterWenn 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. |
| **Fußbehandlung** | 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| **Einzureichende Unterlagen:** |
| 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*Nur ambulant:* ggf. Kooperationsnachweis und Anerkennungsurkunde / Weiterbildungszertifikat zur Fußbehandlung (Podologe etc.) |
| **Stationspflegepersonal/****Mitarbeiter-innen in Schwerpunktpraxis** |
| **Einzureichende Unterlagen:** |
| ***Stationär*:**Schreiben der Klinikleitung, dass 24 h am Tag in der Diabetesbehandlung erfahrene Krankenschwestern/-pfleger verfügbar sind Nachweis über regelmäßige (mind. jährliche) Fortbildung des (Stations-) Pflegepersonals***Ambulant:***Nachweis über regelmäßige (mind. jährliche) Fortbildung der Mitarbeiterinnen (Arzthelferinnen) in der Schwerpunktpraxis |

## Kooperationspartner

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Name** | **Adresse** | **Telefon** |
| Augenarzt |  |  |  |
| Nephrologe |  |  |  |
| Neurologe |  |  |  |
| Psychologe |  |  |  |
| Angiologe o. interventioneller Radiologe |  |  |  |
| Chirurg / Gefäßchirurg |  |  |  |
| Kardiologe |  |  |  |
| Gynäkologe / Geburtshelfer |  |  |  |
| Pädiater (Versorgung von Neugeborenenbei Müttern mit Gestationsdiabetes) |  |  |  |
| Orthopädieschuhmacher |  |  |  |

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

|  |
| --- |
| **Einzureichende Unterlagen:** |
| ***Stationär:*** |
| Kooperationen innerhalb einer Einrichtung: Nur Eintrag in obige Tabelle |
| Kooperation extern: formlose Kooperationsvereinbarungen, die über den Inhalt der Kooperation Auskunft geben und von beiden Seiten unterzeichnet sind |
| ***Ambulant:*** |
| Eintrag in obige Tabelle (Name, Adresse, Telefon) |
| 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)

## 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

## 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 |  |  |
| HbA1c- Bestimmung |  |  |

|  |
| --- |
| **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

## 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 Unterrichts- stundená 45 min. insgesamt | Zeitraum, in dem das Programm durchgefüh rt wird (Tage) | Anzahl der Schulungen in den letzten 12 Monaten | Mittlere Anzahl der Diabetes- Patienten in einer Gruppe |
| **Typ 2-Diabetes** |
| Behandlungs‐ und Schulungsprogramm für Typ 2 ‐ Diabetiker, die nicht Insulin spritzen |  |  |  |  |  |  |
| Mehr Diabetes Selbstmanagement Typ 2 (MEDIAS 2): Schulungs‐ und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ‐2‐Diabetes, die nicht Insulin spritzen |  |  |  |  |  |  |
| Behandlungs‐ und Schulungsprogramm für Typ 2 ‐ Diabetiker, die Insulin spritzen |  |  |  |  |  |  |
| Behandlungs‐ und Schulungsprogramm für Typ 2 ‐ Diabetiker, die Normalinsulin spritzen |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mehr Diabetes Selbstmanagement Typ 2 (MEDIAS 2 ICT): Schulungs‐ und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ 2‐Diabetes und einer intensivierten Insulintherapie (ICT) |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Verwendetes Schulungs- und Behandlungsprogramm** | Auflage des Programms/ Jahr | Bestandteil Modulare Schulung | Zahl der Unterrichts- stundená 45 min. insgesamt | Zeitraum, in dem das Programm durchgefüh rt wird (Tage) | Anzahl der Schulungen in den letzten 12 Monaten | Mittlere Anzahl der Diabetes- Patienten in einer Gruppe |
|  **Typ 1-Diabetes**  |
| Behandlungs‐ und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie |  |  |  |  |  |  |
| PRIMAS – Leben mit Typ-1- Diabetes |  |  |  |  |  |  |
| Diabetes bei Kindern: ein Behandlungs‐ und Schulungsprogramm |  |  |  |  |  |  |
| Schulungs- und Behandlungsprogramm für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes |  |  |  |  |  |  |
|  **Hypertonie**  |
| Behandlungs‐ und Schulungs- programm für Patienten mit Hypertonie |  |  |  |  |  |  |
| Strukturiertes Hypertonie- Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) |  |  |  |  |  |  |
|  **Pumpenschulung**  |
| SUBITO-Schulungsprogramm zur Insulinpumpentherapie (CSII) |  |  |  |  |  |  |
|  **Weitere DDG-anerkannte Schulungs- und Behandlungsprogramme**  |
| **Hypoglykämieprobleme** |
| Blutglukosewahrnehmungstrainin g für Typ‐1‐Diabetiker (BGAT) |  |  |  |  |  |  |
| Hypoglykämie – Positives Selbstmanagement Unterzuckerungen besser wahrnehmen, vermeiden und bewältigen (HYPOS) |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Verwendetes Schulungs- und Behandlungsprogramm** | Auflage des Programms/ Jahr | Bestandteil Modulare Schulung | Zahl der Unterrichts- stundená 45 min. insgesamt | Zeitraum, in dem das Programm durchgefüh rt wird (Tage) | Anzahl der Schulungen in den letzten 12 Monaten | Mittlere Anzahl der Diabetes- Patienten in einer Gruppe |
| **Diabetischer Fuß** |
| Strukturiertes Behandlungs‐ und Schulungsprogramm für Menschen mit Diabetes und einem diabetischen Fußsyndrom Den Füssen zu liebe (BARFUSS) |  |  |  |  |  |  |
| **Geriatrische Patienten** |
| Fit bleiben und älter werden mit Diabetes: Strukturiertes Schulungsprogramm (SGS) für Typ‐2‐Diabetiker im höheren Lebensalter, die Insulin spritzen |  |  |  |  |  |  |
|  **Weitere Programme**  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**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

|  |
| --- |
| **Einzureichende Unterlagen:** |
| Stundenpläne der bei Ihnen durchgeführten Schulungs- und Behandlungsprogramme |
| *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)](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung/basisanerkennung/antragsformulare.html%29) |

**Hinweis**

Die **Liste der von der DDG anerkannten Schulungsprogramme** finden Sie auf der DDG-Webseite unter

<http://www.ddg.info/zertifizierung/schulungsprogramme.html>

## Hospitation

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

|  |
| --- |
| **Einzureichende Unterlagen:** |
| **Passive Hospitation:** |
| Hospitationsbericht Arzt/Ärztin |
| Hospitationsbericht Diabetesberater/-in |
| **Aktive Hospitation**: |
| Hospitationsbericht Arzt/Ärztin |
| 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).

1. **Behandlungszahlen**

stationär: Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die in den letzten 12 Monaten ärztlich betreut wurden

ambulant: Anzahl der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die im letzten Quartal ärztlich betreut wurden

**Einzureichende Unterlagen:** siehe Punkt 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:**

**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.](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. 7% 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.