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

Deutsche Diabetes Gesellschaft

Agnes Schaub

Albrechtstraße 9

10117 Berlin

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

**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** |
| **Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin mit Nachweis als Diabetologin / Diabetologe** | 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| **Einzureichende Unterlagen:** |
| Anerkennungsurkunden Facharzt für Kinderheilkunde und JugendmedizinAnerkennungsurkunden Diabetologe DDG oder Landesärztekammer (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. |  |
| **Einzureichende Unterlagen:** |
| Anerkennungsurkunden / Weiterbildungszertifikat Diabetesberaterin 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 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. |
| **Kinderpsychologe / Sozialarbeiter** | 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| **Einzureichende Unterlagen:** |
| Anerkennungsurkunde Kinderpsychologe (Psychologe mit pädiatrischer Weiterbildung)/ Sozialarbeiter**oder**Kooperationsvereinbarung mit einem Kinderpsychologen / Sozialarbeiter und Anerkennungsurkunde |
| **Stationspflegepersonal/****Mitarbeiter-innen in Schwerpunktpraxis** |
| **Einzureichende Unterlagen:** |
| ***Stationär*:**Schreiben der Klinikleitung, dass 24 h am Tag in der Diabetesbehandlung erfahrene Kinderkrankenschwestern/-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 |  |  |  |

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 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

Ein Raum, der nur für die Schulung und Beratung genutzt wird, für Unterrichtszwecke eingerichtet ist und über Unterrichtsmedien und

**Definition** Projektionsmöglichkeiten verfügt. In stationären Einrichtungen muss dieser in räumlicher Nähe zur Diabetesstation liegen und rollstuhlgerecht

eingerichtet sein.

## 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

## Langfristige Weiterbetreuung

nur stationär nur ambulant

ambulant und stationär

## 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 Unterrichts- stundená 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 |
| **Typ 1-Diabetes** |
| **Schulung für Kinder** |  |  |  |  |  |  |
| **Schulung für Jugendliche** |  |  |  |  |  |  |
| **Schulung für Eltern und Angehörige** |  |  |  |  |  |  |
| **Weitere Programme** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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)](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: 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

## 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.](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.