



**ARBEITSGEMEINSCHAFT
DIABETISCHER Fuß in der DDG**

Selbstauskunft von ambulanten
Fußbehandlungseinrichtungen

**Antrag auf Zertifizierung als ambulante
Fußbehandlungseinrichtung der DDG**

Einrichtungsdaten:

Bezeichnung der Einrichtung: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

e-mail-Adresse: _____

Sprechzeiten: _____

Ansprechpartner: _____

Bundesland: _____

Qualitätsstandards

1.1. Strukturqualität

a) Ausstattung¹ - bitte nennen bzw. beschreiben Sie explizit:

Fußbehandlungsräume: _____

¹ Bei der Ausstattung der Einrichtung müssen die Mindeststandards nach den Richtlinien der AG-Fuß erfüllt sein:

Fußbehandlungsraum und/oder Verbandswagen hauptsächlich für Fußbehandlung, Behandlungsstuhl oder –liege bzw. Bett. Ausreichende Beleuchtung. Apparative Mindestausstattung zur neurologischen (Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament) und angiologischen Basisdiagnostik (Doppler mit Ober- und Unterschenkelmanschette), Bilddokumentationsmöglichkeit, steriles Instrumentarium.

Die vorhandenen Räume und deren Ausstattung sollten **kurz**, ev. tabellarisch **nachvollziehbar und überprüfbar** beschrieben werden, die Bemerkung „vorhanden“ oder „entsprechend den Richtlinien“ oder Vergleichbares ist nicht ausreichend.

Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß in der Deutschen Diabetes Gesellschaft e.V.

Sprechergremium:

Frau Dr. S. Brunk-Loch, Idar-Oberstein, Dr. G. Engels, Köln, Dr. J. Kersken, Rheine, Prof.Dr. R. Lobmann, Stuttgart,

Frau Dr. A.-K. Trocha, Essen

Ausstattung (Mindestausstattung s. Anlage): _____

Behandlungsstuhl bzw. alternative Lagerung: _____

Neurologische Diagnostik: _____

Angiologische Diagnostik: _____

Dopplergerät: _____

Sonstige Arbeitsmittel: _____

b) Dokumentation

Dokumentationsbogen der AG-Fuß

Anderweitige Dokumentationsbögen (Blankobogen muss in Kopie beigelegt werden)

Fotodokumentation mit (Kameratyp): _____

c) Personal²

Für die Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms **unmittelbar** zuständiges Personal:

1. _____ berufliche Qualifikation: _____

2. _____ berufliche Qualifikation _____

3. _____ berufliche Qualifikation _____

4. _____ berufliche Qualifikation _____

5. _____ berufliche Qualifikation _____

² Hier sollten alle Personen aufgeführt werden, die unmittelbar an der Wundversorgung oder der logistischen Betreuung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom in der jeweiligen Einrichtung beteiligt sind, **das Fußbehandlungsteam im engeren Sinne**. Zum Behandlungsteam gehört nur betriebsinternes Personal.

1.2. Struktur- und Prozessqualität

Interdisziplinäre Zusammenarbeit³

Kooperation per Vereinbarung (s. Anlage) mit: (Vereinbarung in Kopie beifügen)

Diabetologie _____

Die Notwendigkeit einer Kooperationsvereinbarung entfällt, wenn einer der in der Einrichtung tätigen

Ärzte Diabetologe ist: Diabetologe DDG Diabetologe LÄK **(bitte Urkunde beifügen)**

Gefäßchirurgie _____

Chirurgie / Orthopädie _____

Mikrobiologie _____

Angiologie /Interventionelle Radiologie _____

Orthopädieschuhmachermeister _____

Orthopädietechnikermeister _____

Podologie _____

Fuß-Schwerpunktstation⁴ _____

Vertretung gewährleistet durch _____

qualifizierte Notfallversorgung 24 Std. gewährleistet durch _____

1.3. Prozess-Qualität

Vorgehen nach Prozesstandards

Orientierung an: „International Consensus of the Diabetic Foot 1999/2003“

Leitlinien der Deutschen Diabetesgesellschaft

Hygieneplan vorhanden

Anzahl der innerhalb des letzten Kalenderjahres betreuten DFS-Patienten: _____

In die eingereichte Evaluation wurden _____ neue Läsionen und _____ Läsionen in chronischer Betreuung eingeschlossen.

1.4. Hospitation

aktive Hospitation: Das Teammitglied _____ hat am

_____ folgende Behandlungseinrichtung hospitiert:

passive Hospitation: Die Einrichtung ist am _____ hospitiert worden von:

³ In der Liste müssen die jeweiligen externen und „betriebsinternen“ Kooperationspartner namentlich genannt werden. Zum Nachweis der interdisziplinären Zusammenarbeit muss eine individuelle Kooperationsvereinbarung vorgelegt werden, die mindestens folgende Inhalte umfasst: Kooperationspartner, spezifizierte Kooperationsinhalte, individuelle Schnittstellendefinition. Für die Prozessqualität sollten zudem vereinbarte Behandlungsprozesse der jeweiligen Kooperationspartner in der Vereinbarung beschrieben sein. Übernommene Muster von Kooperationsvereinbarungen können der individuellen Vereinbarungsgestaltung nicht gerecht werden. Hausinterne Kooperationen können durch Vorlage interner QM-Module z.B. im Rahmen von KTQ, QMKD, DQM oder ähnlichem belegt werden.

⁴ Angabe ist für einen Antrag auf **ambulante Anerkennung** obligatorisch

Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß in der Deutschen Diabetes Gesellschaft e.V.

Sprechergremium:

Frau Dr. S. Brunk-Loch, Idar-Oberstein, Dr. G. Engels, Köln, Dr. J. Kersken, Rheine, Prof. Dr. R. Lobmann, Stuttgart,

Frau Dr. A.-K. Trocha, Essen

1.5. Ergebnisqualität

Beiliegende Excel-Tabelle (CD-Rom o. ä.)

Beiliegende Patientenliste (Papierversion)

Der Unterzeichner / die Unterzeichnerin als für die Fußbehandlung zuständige/r Ärztin/Arzt⁵ bestätigt mit seiner / ihrer Unterschrift die Richtigkeit der unten genannten Angaben.

Stempel der Institution

Ort _____ Datum _____

Unterschrift

Senden an: **Geschäftsstelle der Deutschen Diabetesgesellschaft**
Reinhardtstrasse 31
10117 Berlin

⁵ Der für die Behandlung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom zuständige Arzt / die Ärztin ist nicht zwangsläufig der ärztliche Leiter der Behandlungseinrichtung, sondern der/diejenige, der/die verantwortlich die Fußbehandlung der Patienten durchführt bzw. die Behandlungsdurchführung unmittelbar delegiert. Er / Sie hat stets Facharztstatus.

Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß in der Deutschen Diabetes Gesellschaft e.V.

Sprechergremium:

Frau Dr. S. Brunk-Loch, Idar-Oberstein, Dr. G. Engels, Köln, Dr. J. Kersken, Rheine, Prof.Dr. R. Lobmann, Stuttgart,
Frau Dr. A.-K. Trocha, Essen



Deutsche Diabetes Gesellschaft

Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß

Sprecher der AG Zertifizierung:
Dr. Carin Groene, Dr. Joachim Kersken,
PD Dr. Ralf Lobmann

Kontakt über:
DDG-Geschäftsstelle
z. H. Susa Schmidt-Kubeneck
Reinhardtstr. 31
10117 Berlin
Tel.: 030 / 311 69 37 - 18 Mo-Fr. 8.30-17.00 Uhr
Fax: 030 / 311 69 37 - 20
Internet: <http://www.ag-fuss-ddg.de/>
Email: schmidt-kubeneck@ddg.info

Bestätigung

der

**Mindestkriterien für eine ambulante oder stationäre
Fußbehandlungseinrichtung**

(Strukturqualität)

1. 1 Diabetologe (DDG oder Landesärztekammer), Nennung eines Vertreters; falls Antragsteller kein Diabetologe: Kooperationsvereinbarung mit Diabetologen
2. Med. Assistenz: Diabeteberater-/in oder Diabetesassistent-/in und ein/e Mitarbeiter-/in mit Qualifikation Weiterbildung in der Wundbehandlung (Wundassistent-/in DDG, Wundexperte ICW) oder Podologe-/in
3. Mindestens ein Behandlungsraum: ausschl. zur Wundbehandlung mit Behandlungs- und Verbandmaterialien
4. Diagnostik: Doppler, Stimmgabel/Monofilament, Fotoapparat
5. Hygieneplan, einschl. MRSA-Behandlungsstrategie
6. Klinik: ein Verbandwagen
7. Sonstiges:

Das Vorhandensein der oben angegebenen Strukturqualität in der von mir heute besuchten Fußbehandlungseinrichtung

Name und Adresse der Einrichtung, für die diese Bestätigung erfolgt.

wird von mir bestätigt.

Name und Adresse der bestätigenden Person.

Bitte beachten Sie, dass dieses Formular von Dritten unterschrieben sein muss.)

Datum

Stempel/Unterschrift