



**Erstantrag**  
**zur Zertifizierung von Diabetes-Fußbehandlungseinrichtungen**  
**nach Qualitätsstandards der**  
**Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß Rheinland-Pfalz/Saarland in der**  
**ADE**

(Stand April 2010)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Name: .....

Anschrift: .....

(Straße, PLZ/Ort)

.....

Tel.: ..... Fax: ..... E-Mail: .....

Diabetes-Schwerpunktpraxis       Klinik-Ambulanz       Krankenhaus

**Fragen zur Strukturqualität:**

**1. Wer führt die Wundbehandlung aus?**

Name:.....

Arzt/Ärztin für .....

Diabetologe/in     Diabetologe/in DDG       Diabetologe/in RLP

Mitglied in:  DDG     AG Fuß RLP/Saarland     AG Fuß DDG     ADE

Urlaubsvertretung: .....

**2. Name der Diabetesberaterin: .....**

ganztags beschäftigt       Teilzeit .... Std. pro Woche       Honorarbasis

**3. Werden in Ihrem Zentrum Diabetikerschulungen durchgeführt?**

ohne Insulin       mit Insulin       ICT       Fuß

**4. Wo befindet sich der ausschließlich zur Fußbehandlung genutzte Verbandsraum?**

.....  
.....

Ist der Zugang behindertenfreundlich gestaltet?

Stockwerk? ....    Aufzug?     Ja    Nein      Rampe?     Ja     Nein

Sonstiges? .....

**5. Ausstattung:**

Handdoppler, Verschlussdruck       Duplex-Sonographie  
 direktonaler Doppler mit  
graphischer Registrierung       Stimmgabel, Tiphtherm, Monofilament

**Fragen zur Prozessqualität:**

**1. Strukturierte Differentialdiagnose/Therapie**

- "International Consensus on the diabetic foot"
- Leitlinien der DDG
- Prozessbegleitbogen der AG Fuß DDG

**2. „Oppenheimer Erklärung“ hängt aus**  Ja  Nein

**3. Curriculum zur strukturierten Fußschulung**  ja, welches .....  Nein

**4. Dokumentation:**

- Dokumentationsbogen der AG Fuß DDG  digitale Kamera
- Dokumentationsbogen der AG Fuß RLP/Saarland  Polaroid-Kamera

**5. Hygiene**

- Hygieneplan, insbesondere MRSA-Management (bitte dem Antrag beifügen)
- Autoclav  Heißluftsteri.

**6. Kooperation (Name und Ort angeben), Vereinbarung in Kopie beiliegen**

„Fußstation“: .....interdisziplinär  Ja  Nein  
(mit Nachweis über das Führen des Amputationsbogens (Anzahl Bögen des Vorjahres))

Intervent. Radiologe: .....

Gefäßchirurg/Angiologe:.....  
(mit Nachweis über das Führen des Amputationsbogens (Anzahl Bögen des Vorjahres))

Chirurg/Orthopäde: .....  
(mit Nachweis über das Führen des Amputationsbogens (Anzahl Bögen des Vorjahres))

Mikrobiologe: .....

Orthopädieschuhmachermeister: .....

Orthopädietechnikermeister: .....

Staatl. anerkannter Podologe (mit Urkunde): .....

Einrichtung zur Einholung einer Zweitmeinung: .....

Ambulante Fußbehandlungseinrichtung (nur stat. Zentren):.....

Qualifizierte Notfallversorgung 24 Std. gewährleistet durch: .....

**7. Qualitätssicherung: (regelmäßige Teilnahme)**  FQSD

Werden alle Fußpatienten damit registriert?  Ja  Nein

Sind Sie Teilnehmer eines Qualitätszirkels?  Ja  Nein

Wenn ja, Name des Qualitätszirkels .....

Teilnahme:  AG Fuß ADE  AG Fuß DDG

**jährlich nachzuweisen sind:**

**I. Hospitationen:**

1. Vor Zulassung mindestens 5 Tage in einer zertifizierten Fußbehandlungseinrichtung
2. Nach Erstzulassung 1 Tag in einer zertifizierten Behandlungseinrichtung (Entfernung < 50 km). Es ist ein detaillierter Hospitationsbericht mit Angaben zu Struktur- und Prozessqualität zu erstellen (Vordruck s. Homepage der ADE [www.ade-rlp.de](http://www.ade-rlp.de)). Bei der Folgezertifizierung ist die aktive und passive Hospitation nachzuweisen.
3. Nachweis der gezahlten Zertifizierungsgebühr von 100 € auf das u. g. Konto der ADE
4. Die kompletten Unterlagen und Nachweise sind jedes Jahr bis zum 15.09. einzureichen (Deadline!).

**II. Regelmäßiger Fortbildungsnachweis:**

Mindestens 1 fußbezogene Fortbildung/Jahr und Teilnahme von mind. 3 Veranstaltung der AG-Fuß RLP/Saarland

**III: Falldarstellungen:**

Nachweis von 30 dokumentierten Fällen jedes Jahr mit Fotodokumentation, Dokumentationsbogen der AG-Fuß, Ergebnisdokumentationsbogen (Vordrucke s. Homepage der ADE: [www.ade-rlp.de](http://www.ade-rlp.de)).

**Fragen zur Ergebnisqualität:**

Amputations(verhinderungs)bogen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Einverständnis für Datenvergleich/Qualitätssicherung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Das Zertifikat wird auf Empfehlung der AG Diabetischer Fuß Rheinland-Pfalz/Saarland durch die ADE ausgestellt.

Die Zertifizierung ist **personen-**, nicht instituts- oder praxisbezogen. Der Wechsel des Arztes/Ärztin ist gleichbedeutend mit dem Erlöschen des Zertifikates.

Ein Wechsel der Kooperationspartner muss zeitnah gemeldet werden, jede Änderung der Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität ebenfalls.

Die erforderlichen jährlichen Fortbildungsnachweise und Hospitationsbescheinigungen, sowie die Falldarstellungen sind unaufgefordert zuzusenden. Sie sind Bestandteil des Zertifikates.

Dieser Antrag ist beim Sprecher der AG Diabetischer Fuß Rheinland-Pfalz/Saarland einzureichen. Nach Prüfung erfolgt Weiterleitung an den Vorstand der ADE zwecks Beschluss.

Ich versichere, dass die obigen Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift  
(Stempel oder Name in Druckschrift)

Ohne Überweisung der Zertifizierungsgebühr in Höhe von 100,00 Euro auf das unten genannte Konto der ADE ist eine Bearbeitung des Antrages nicht möglich.