



medical e.V. \* Merheimer Str. 221-223 \* 50733 Köln

**Gesundheitsnetz Köln Nord medical e.V.**  
 Gemeinnütziger Verein  
 Schulungsgemeinschaft Köln-Nord

**<<DM>>**

## INFORMATIONSBROSCHÜRE FÜR MITGLIEDER

Wer schult was und wo? .....	2
Gesundheitspass Diabetes .....	2
Anmeldung zur Schulung.....	2
Terminvergabe .....	2
Abrechnung .....	3
Leistung des zur Schulung zuweisenden Arztes.....	3
Kosten.....	3
Offene Fragen - wer hilft?.....	4
Angebote für die Schulungskräfte .....	4
Struktur- und Prozessqualität .....	4
Ergebnisqualität.....	4

- Formular Nr. 1 „Anmeldefax“
- Formular Nr. 2 „Einladung“
- Formular Nr. 3 „Quittung Sicherheitsgebühr“
- Formular Nr. 4 „Teilnahmedokumentation“
- Formular Nr. 5 Schulungsevaluation „Vor“
- Formular Nr. 6 Schulungsevaluation „Nach“
- Formular Nr. 7 „Rückmeldung“
- Formular Nr. 8 „Patienteninfoblatt“
- Formular Nr. 9 „Anfragebogen“
- Formular Nr. 10 „Rechnungsformular“

### **Wer schult was und wo?**

Die Schulungsgemeinschaft Köln-Nord schult entsprechend dem Curriculum der sogenannten ZI-Schulung für nicht mit Insulin behandelte Diabetiker.(Typ 2 Diabetes ohne Insulin).

Das Schulungspersonal besteht aus Diabetesberaterinnen DDG, Diabetesassistentinnen DDG oder anderweitig qualifizierten und erfahrenen Schulungskräften.

Der Unterricht dauert 90 Minuten pro Schulungseinheit.

### **Gesundheitspass Diabetes**

Der vollständig ausgefüllte Gesundheitspass Diabetes ist unabdingbare Voraussetzung zur Teilnahme an der Schulung und muss vom ersten Tag an vorliegen, da die Schulungskraft daraus die Probleme und Therapieziele ersieht.

### **Anmeldung zur Schulung**

Die Anmeldung der Patienten durch die Mitgliedspraxen erfolgt mit dem Faxformular Nr. 1 (Anmeldefax), FAX-Nummer: 0221 771 22 54. Der Patient hinterlegt die Sicherheitsgebühr von 10 € in der Praxis, unterschreibt das Formular Nr. 3 (Quittung Sicherheitsgebühr) und erhält eine Kopie davon.

### **Terminvergabe**

Die Schulungskraft versucht, anhand der Angaben des Anmeldefaxes möglichst homogene Gruppen zusammenzustellen, wobei in erster Linie eine Orientierung an Alter und Gewicht erfolgt. Weitere Kriterien sind Wohnortnähe, Möglichkeit therapiebedingter Unterzuckerungen und Tageszeit.

Die Schulungskraft ruft den Patienten an, teilt die Termine mit, holt das Einverständnis ein und schickt die Patienten in die Praxis zur definitiven Bestätigung. Die Praxis erhält das Faxformular Nr. 2 (Einldefax), das Termine sämtlicher Unterrichtseinheiten enthält. Der Patient macht Termine mit der Praxis aus, zu denen er sich zwischen jeder Unterrichtseinheit einmalig in der Praxis einfindet.

Die Einladung als solche erhält der Patient, eine Kopie bleibt in der anmeldenden Praxis.

Jede Praxis erhält nach jeder erfolgten Schulungseinheit die vom Patienten unterschriebene Teilnahmedokumentation (Faxformular Nr. 4) mit Schulungsinhalten und Daten der Schulung, sowie evtl. Rückmeldungen der Schulungskraft.

### **Abrechnung**

Typ 2 ohne Insulin	Abr.Nr. 98013	4x, je UE zu 90 min	25,00 €
Schulungsmaterial	Abr.Nr. 98015	1x	9,00 €
Quartalspauschale	Abr.Nr. 90321	1x	25,56 €

### **Leistung des zur Schulung zuweisenden Arztes**

- Motivation des Patienten zur Teilnahme an der Schulung
- Patienteninfoblatt (Formular Nr. 8) in Kopie an den Patienten weiterreichen
- Führen des Gesundheitspasses Diabetes und Vereinbarung der Therapieziele mit dem Patienten
- Beratung des Patienten in der Praxis zwischen den Schulungseinheiten
- ggf. absetzen der oralen Antidiabetika nach der 2. Unterrichtseinheit
- Abschlussgespräch

### **Kosten**

Die Schulungskraft stellt eine Rechnung über Ihr Honorar von z.Z. 40.-- € pro Patient für die gesamte Schulung an medical. Die Schatzmeisterin von medical zieht vom Konto der Anmeldepraxis dann die Summe von 58, -- € ein, die sich wie folgt zusammensetzt:

- 40,-- € als Honorar der Dozentin
- 10,-- € als Verwaltungspauschale
- 8,-- € für Schulungsmaterial.

### **Offene Fragen - wer hilft?**

Per Fax können jederzeit Anfragen an folgende Fax-Nummer geschickt werden: **0221 709 927 29**.

Benutzen Sie dazu am besten Formular Nr. 9, dadurch ist direkt erkennbar, zu welchem Bereich die Anfrage gehört.

### **Angebote für die Schulungskräfte**

Die Dozentinnen treffen sich 5 mal im Jahr und besprechen Abläufe der Schulungsaktivität, bzw. nehmen an Fortbildungen teil.

### **Struktur- und Prozessqualität**

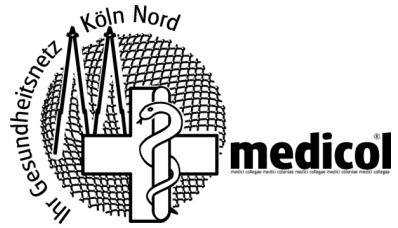
- Schulung durch besonders qualifizierte Kräfte.
- Verwendung des evaluierten Schulungsprogramms der sog. ZI-Schulungen
- Fachliche und pädagogische Fortbildung der Schulungskräfte durch Diabetologen / -innen, Ökotrophologen /-innen und Pädagogen /-innen

### **Ergebnisqualität**

Evaluation der Ergebnisse alle drei Jahre anhand einer Stichprobe von 50 konsekutiven Patienten /-innen mit Erhebung vor und 12 Monate nach der Schulung der folgenden Parameter:

- rel. HbA1c (Erhebung des Messergebnisses sowie der Ober- und Untergrenze des Normalbereichs)
- Gewicht in leichter Bekleidung ohne Schuhe in der Arztpraxis
- Medikation (SH: ja/nein, Glinid: ja/nein, Metformin: ja/nein, Acarbose: ja/nein, Glitazon: ja/nein)
- Fette (Cholesterin, Triglyceride, HDL, LDL nüchtern)
- Blutdruck (in der Praxis mit Sphygmomanometer gemessen)

Die Auswahl des Zeitraumes und der Patientenzahl erfolgte in Anlehnung an die Arbeitsgemeinschaft für strukturierte Diabetestherapie der Deutschen Diabetesgesellschaft (<http://www.med.uni-jena.de/asd/>), die Auswahl der Parameter in Anlehnung an die Evaluation des Schulungsprogrammes (Kronsbein P, Lancet 1988)



medical e.V. \* Merheimer Str. 221-223 \* 50733 Köln

**Gesundheitsnetz Köln Nord medical e.V.**  
Gemeinnütziger Verein  
Schulungsgemeinschaft Köln-Nord

**<<DM>>**

## Anmeldefax

Formular Nr. 1

**Fax-Nummer des Anmeldebüros: 0221 771 22 54**

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. des Patienten: \_\_\_\_\_

Faxnummer der anmeldenden Praxis: \_\_\_\_\_

Derzeitige Therapie:

Metformin

Glinid

Sulfonylharnstoff

Glitazon

Acarbose

Sonstiges

Hypertonie

Fußprobleme

Vermehrte körperliche Bewegung medizinisch wünschenswert?

Größe: \_\_\_\_\_ cm; Gewicht: \_\_\_\_\_ kg; BMI: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Terminausschlüsse: \_\_\_\_\_

Terminwunsch: Tagsüber  € Abends  beides möglich

Schulungsziel: \_\_\_\_\_

Bemerkungen / Sonstiges: \_\_\_\_\_

Datum

Stempel

Unterschrift

### Wichtig bei Anmeldung:

- Gesundheitspass Diabetes ausgefüllt mitgeben
- 10 € Sicherungsgebühr quittieren (Formular Nr. 3)
- Urinteststreifen (z.B. Diaburtest 5000) rezeptieren



medical e.V. \* Merheimer Str. 221-223 \* 50733 Köln

**Gesundheitsnetz Köln Nord medical e.V.**  
Gemeinnütziger Verein  
Schulungsgemeinschaft Köln-Nord

**<<DM>>**

## Einladung

Formular Nr. 2

Name: \_\_\_\_\_

Praxis: \_\_\_\_\_ Fax-Nr. der Praxis: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir haben für Sie einen Platz in der Schulung für Diabetiker ohne Insulintherapie reserviert und freuen uns auf Ihre Teilnahme. Die Termine sind:

1. \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ Uhr
2. \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ Uhr
3. \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ Uhr
4. \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ Uhr

Die Schulung findet in Räumen des \_\_\_\_\_ statt. Melden Sie sich bitte an der Pforte des hier genannten Krankenhauses. Dort wird Ihnen der Weg zum Schulungsraum erklärt.

Wir haben Ihnen diese Termine unter Berücksichtigung medizinischer Erfordernisse und Ihrer Wünsche vorgeschlagen. Bitte kommen Sie pünktlich zu den vereinbarten Schulungsterminen. Bringen Sie Ihren Gesundheitspass Diabetes, die verordneten Harnzuckerstreifen und gegebenenfalls Ihre Brille mit.

Ihr Schulungsteam

---

### Erklärung des Patienten:

Ich melde mich verbindlich für den oben angeführten Kurs an. Die Sicherheitsgebühr habe ich hinterlegt. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten innerhalb der Schulungsgemeinschaft und ihrer Qualitätssicherung gespeichert und verwendet werden.

Ort, Datum ..... Unterschrift .....



medical e.V. \* Merheimer Str. 221-223 \* 50733 Köln

**Gesundheitsnetz Köln Nord medical e.V.**  
Gemeinnütziger Verein  
Schulungsgemeinschaft Köln-Nord

**<<DM>>**

## **Quittung Sicherheitsgebühr**      Formular Nr. 3

Name des Patienten \_\_\_\_\_

Im Interesse von Schulungsteilnehmern und Schulungskräften muß die Anmeldung einen verbindlichen Charakter haben.

Dafür hinterlegt die Patientin/der Patient eine Sicherheitsgebühr von 10,-- €, die sie/er nach Teilnahme an allen Unterrichtseinheiten der Schulung wieder zurückbekommt.

Für die Schulung beginnend am \_\_\_\_\_

wurde die Gebühr am \_\_\_\_\_ hinterlegt.

Praxisstempel

Unterschrift \_\_\_\_\_

---

Die Sicherheitsgebühr wurde am \_\_\_\_\_ wieder zurückgegeben.

Unterschrift Patient \_\_\_\_\_



medical e.V. \* Merheimer Str. 221-223 \* 50733 Köln

**Gesundheitsnetz Köln Nord medical e.V.**  
Gemeinnütziger Verein  
Schulungsgemeinschaft Köln-Nord

**<<DM>>**

## **Teilnahmedokumentation** Formular Nr. 4

Frau/Herr \_\_\_\_\_

Praxis: \_\_\_\_\_ Fax-Nr. der Praxis: \_\_\_\_\_

hat an den folgenden Terminen der ZI-Schulung für Typ 2 Diabetiker ohne Insulin teilgenommen:

1. Datum: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Unterschrift Pat.

2. Datum: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Unterschrift Pat.

**Erklärung des Patienten:** Ich habe das zum Schulungsprogramm gehörende Buch „Wie behandle ich meinen Diabetes“ erhalten.

2a. Datum: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Unterschrift Pat.

3. Datum: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Unterschrift Pat.

4. Datum: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Unterschrift Pat.

Inhalte:

Block 1: Was ist Diabetes? Glucosuriekontrolle

Block 2: Wiederholung, Besprechung der Protokolle, Grundlagen, kalorienreduzierte Kost,

Block 3: Wiederholung, Besprechung der Protokolle, Fußpflege, Fußgymnastik, Bewegung

Block 4: Wiederholung, Besprechung der Protokolle, Risikofaktoren, Kontrolluntersuchungen, Fußgymnastik

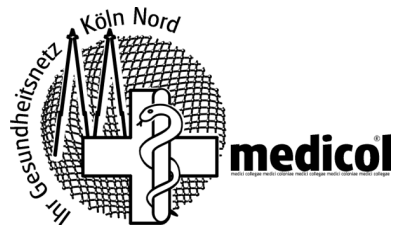
\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schulungskraft

### **Wichtig:**

Liebes Praxisteam, bitte jetzt die Ziffern 98013 (Schulung) und 1 mal 98015 (Material) abrechnen!





medical e.V. \* Merheimer Str. 221-223 \* 50733 Köln

**Gesundheitsnetz Köln Nord medical e.V.**  
Gemeinnütziger Verein  
Schulungsgemeinschaft Köln-Nord

<<DM>>

**Evaluationsbogen „vor“** Formular Nr. 5  
**Fax-Nummer des Anmeldebüros: 0221 771 22 54**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Ihr(e) Patient(in) \_\_\_\_\_  
macht zur Zeit eine Diabetikerschulung in der Schulungsgemeinschaft Köln-Nord mit. Gemäß unseres Statuts wird die Effektivität der Schulung durch Erhebung der unten angeführten Parameter vor und ein Jahr nach der Schulung überprüft. Wir bitten Sie daher, die Parameter auf diesem Bogen einzutragen und ihn ausgefüllt dem(r) Patienten(in) mitzugeben. Sollten keine aktuellen Werte vorliegen (**letzte 3 Monate**) oder die Werte in Ihrer Praxis nicht auf die unter angeführte Art bestimmt werden, so müssen die Werte neu erhoben werden.

HbA1c: \_\_\_\_\_ Normalbereich: Untergrenze: \_\_\_\_\_ Obergrenze \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Blutzuckerwirksame Medikation vor Schulung

Sulfonylharnstoff	€
Metformin	€
Acarbose	€
Glinid	€
Glitazon	€
Insulin	€

Fette: Cholesterin \_\_\_\_\_ Triglyceride \_\_\_\_\_ HDL \_\_\_\_\_ LDL \_\_\_\_\_ mg/dl

Blutdruck \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg

Alle Werte müssen **in der Praxis** bestimmt werden, Selbstmessungen können nicht verwendet werden.

**Gewicht:** in leichter Bekleidung ohne Schuhe in der Arztpraxis

**Fette:** nüchtern

**Blutdruck:** mit auskultatorischer Messung am Arm, höherer Wert bei beidseitiger Messung, im Sitzen nach 5 min Ruhe



medical e.V. \* Merheimer Str. 221-223 \* 50733 Köln

**Gesundheitsnetz Köln Nord medical e.V.**  
Gemeinnütziger Verein  
Schulungsgemeinschaft Köln-Nord

<<DM>>

**Evaluationsbogen „nach“** Formular Nr. 6  
**Fax-Nummer des Anmeldebüros: 0221 771 22 54**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Ihr(e) Patient(in) \_\_\_\_\_  
hat vor 11 Monaten eine Diabetikerschulung in der Schulungsgemeinschaft Köln-Nord mitgemacht. Gemäß unseres Statuts wird die Effektivität der Schulung durch Erhebung der unten angeführten Parameter vor und ein Jahr nach der Schulung überprüft.

Wir bitten Sie daher, die Parameter zwischen dem \_\_\_\_\_ und dem \_\_\_\_\_ zu erheben, auf diesem Bogen einzutragen und ihn ausgefüllt zurückzufaxen.

HbA1c: \_\_\_\_\_ Normalbereich: Untergrenze: \_\_\_\_\_ Obergrenze \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Blutzuckerwirksame Medikation nach Schulung

Sulfonylharnstoff	€
Metformin	€
Acarbose	€
Glinid	€
Glitazon	€
Insulin	€

Fette: Cholesterin \_\_\_\_\_ Triglyceride \_\_\_\_\_ HDL \_\_\_\_\_ LDL \_\_\_\_\_ mg/dl

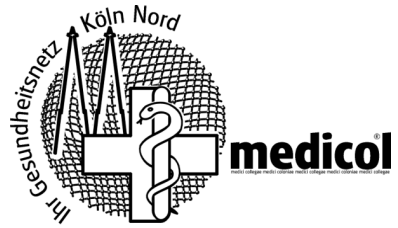
Blutdruck \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg

Alle Werte müssen **in der Praxis** bestimmt werden, Selbstmessungen können nicht verwendet werden.

**Gewicht:** in leichter Bekleidung ohne Schuhe in der Arztpraxis

**Fette:** nüchtern

**Blutdruck:** mit auskultatorischer Messung am Arm, höherer Wert bei beidseitiger Messung, im Sitzen nach 5 min Ruhe



medical e.V. \* Merheimer Str. 221-223 \* 50733 Köln

**Gesundheitsnetz Köln Nord medical e.V.**  
Gemeinnütziger Verein  
Schulungsgemeinschaft Köln-Nord

**<<DM>>**

## Rückmeldung der Schulungskraft Formular Nr. 7

Die Anmeldung von Frau / Herr \_\_\_\_\_

Praxis: \_\_\_\_\_ Fax-Nr. der Praxis: \_\_\_\_\_

müssen wir aus nachstehendem Grund stornieren:

- Die Patientin/der Patient ist seit ca. 4 Wochen seit der Anmeldung telefonisch nicht zu erreichen. (Anzahl der Versuche: \_\_\_\_ )
- Es lässt sich seit ca. 2 Monaten keinen geeigneten Termin für die Patientin/den Patienten finden.
- Drei bereits vereinbarte Schulungstermine wurden wieder abgesagt.
- Die Patientin/der Patient wünscht keine Teilnahme an einer Schulung.
- Die Patientin/der Patient ist für einen längeren Zeitraum verreist.
- Die Patientin/der Patient wird mit Insulin behandelt.
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Sollte eine spätere Teilnahme gewünscht werden, so bitten wir um erneute Anmeldung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schulungskraft



medical e.V. \* Merheimer Str. 221-223 \* 50733 Köln

**Gesundheitsnetz Köln Nord medical e.V.**  
Gemeinnütziger Verein  
Schulungsgemeinschaft Köln-Nord

**<<DM>>**

## **Patienteninfoblatt zum Schulungsablauf**

Formular Nr. 8

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir möchten Sie kurz zum Ablauf der Diabetikerschulung informieren, zu der Sie  
Ihr Hausarzt angemeldet hat.

### **Wie werden Sie kontaktiert?**

Frau Sabine Selder oder Frau Stephanie Meuthen ruft Sie in den nächsten zwei bis  
drei Wochen an und bespricht mit Ihnen den Schulungsablauf.

### **Wer führt die Schulungen durch?**

Unser Schulungsteam besteht aus den Dozentinnen: Seval Atak, Filiz Bilski, Filiz  
Erdogan, Nermin Korkmaz, Claudia Louhichi, Stephanie Meuthen und Sabine Selder

### **Wann finden Schulungen statt?**

Die vier Schulungsveranstaltungen finden einmal wöchentlich am gleichen Wochen-  
tag, am selben Ort, zur selben Uhrzeit statt.

### **Wo finden die Schulungen statt?**

In folgenden Krankenhäuser werden Schulungen durchgeführt:

1. St. Vinzenz-Hospital, Köln-Nippes, Mehrheimer Straße 221-223,  
Tel.: 0221 77 12 0
2. St. Agatha-Krankenhaus, Köln-Niehl, Feldgärtenstraße 97  
Tel.: 0221 71 75 0
3. Heilig-Geist-Krankenhaus, Köln-Longerich, Graseggerstraße 105  
Tel.: 0221 74 91 0

### **Wie erreichen Sie die Krankenhäuser mit öffentlichen Verkehrsmitteln?**

1. St. Vinzenz-Hospital mit den Linien 6,12,15 bis Florastraße, Linie 13 bis Gel-  
dernstraße/Parkgürtel, Buss 137 bis Geldernstraße/Parkgürtel, jeweils wei-  
ter mit Bus 147 bis Vinzenz Hospital
2. St. Agatha-Krankenhaus mit der Linie 16 bis Sebastianstraße (Endhaltestel-  
le), Buss 134 bis Sebastianstraße
3. Heilig-Geist-Krankenhaus mit den Bussen 121,127,139 bis Longericher Straße,  
126 bis Wilhelm-Sollmann-Straße, weiter mit den Linien 6,12,15 bis Herfor-  
der Straße

### **Was benötigen Sie für die Schulungen?**

Den Blauen Gesundheitspass von Ihrem Hausarzt und eine Packung Urinzu-  
ckerstreifen (Rezept stellt Ihnen der Hausarzt aus).

Wir freuen uns auf Sie und wünschen Ihnen einige informationsreiche Stunden.  
Ihr Schulungsteam



medical e.V. \* Merheimer Str. 221-223 \* 50733 Köln

**Gesundheitsnetz Köln Nord medical e.V.**  
Gemeinnütziger Verein  
Schulungsgemeinschaft Köln-Nord

**<<DM>>**

## **Anfragebogen**

Formular Nr. 9

**Fax-Nummer für Anfragen: 0221 709 927 29**

**Sehr geehrter Herr Dr. Wilhelmi,**

Name  
Adresse

Bankverbindung:

MEDICOL  
Schulungsgemeinschaft Köln-Nord  
z.Hd. Herrn Walter Klüwer  
Bergstraße 12b

50739 Köln

Formular Nr. 10

Köln, \_\_\_\_\_

**Rechnung Nr.:** \_\_\_ / \_\_\_ (1. Ziffer: fortlaufende Nummerierung der eigenen Rechnung)  
(2. Ziffer: laufendes Kalenderjahr)

**Patientin/Patient** : \_\_\_\_\_ **geb.:** \_\_\_\_\_  
(Geschlecht kenntlich machen)

**Hausarzt** : \_\_\_\_\_  
(Herr oder Frau Dr.)

**Schulungsdaten** : \_\_\_\_\_  
(alle Anwesenheitstage des Patienten aufführen)

für die Schulung der oben genannten Patientin / des oben genannten Patienten in  
der Schulungsgemeinschaft Köln-Nord zusammen mit der Hausärztin / dem  
Hausarzt stelle ich in Rechnung

€

=====

Unterschrift der Schulungskraft