



Entlastung für Ihre Praxis

Geriatric-Case- Management im PNHL

Wir stehen in den Startlöchern! Für unser Geriatrie-Projekt „RubiN – Regional ununterbrochen betreut im Netz“ haben wir bereits die wichtigsten Vorbereitungen erfolgreich abschließen können. Wir freuen uns, im Januar 2019, mit Unterstützung unserer vier Case-Managerinnen, die koordinierte Betreuung und Begleitung der geriatrischen Patienten im Kreisgebiet zu starten.

Wie wir bereits in der Dezemberausgabe 2017 berichteten, sind wir eine von insgesamt fünf Netzregionen, für die über drei Jahre hinweg sogenannte Case-Managerinnen und die notwendige Infrastruktur (PKWs, Notebooks, Telefone, Projektmanagement, etc.) für die koordinierte Betreuung geriatrischer Patienten aus dem Innovationsfonds finanziert werden. Mithilfe der Case-Managerinnen, oder auch „Geri-Nurses“, sollen unsere Netzpraxen von unnötigen Kontakten entlastet und gleichzeitig die patientenbezogene Informationslage der Behandlungsteams verbessert werden.

Die Evaluation erfolgt über vier Hochschulinstitute bundesweit. Nach drei Jahren der Finanzierung über den Innova-

tionsfonds, wird das Projekt dann in einen Selektivvertrag mit den heute schon beteiligten Krankenkassen überführt.

Entlastung durch Delegation

Mit „RubiN“ und den beim PNHL angestellten Case-Managerinnen (Vorstellung ab Seite 4), stellen wir Ihnen eine weitere Versorgungsunterstützung für Ihre Patienten zur Verfügung. Die Mehrheit von Ihnen ist im Rahmen der professionellen Wundversorgung bereits mit dem erfolgreichen Hinzuziehen netzweiser Wundmanagerinnen vertraut. Wie auch in der Wundversorgung, bleiben Sie in „RubiN“ als Hausarzt der Koordinator in der Versorgung Ihrer Patienten.

Die Case-Managerinnen werden unterstützend tätig und sollen die hausärztliche Versorgung entlasten und die Praxis im Erhalt der Selbständigkeit geriatrischer Patienten stärken. Für die Betreuung und Koordination von Patienten mit besonderem geriatrischem Versorgungsbedarf können Sie die Case-Managerinnen jederzeit hinzuziehen. Das Konzept ist bewusst praxiszentriert konzipiert – die ärztliche Kompetenz steht im Mittelpunkt, die Case-Managerin wird als Teil des Praxisteams verstanden. Ihre Patienten profitieren durch präventive Hausbesuche, bedarfsgerechte telefonische Betreuung und Koordination von Hilfebedarf. Ziel ist es, mit dem Versorgungskonzept den Krankheitsprogress zu verhindern bzw. zu verzögern, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und somit die bestmögliche Selbständigkeit im häuslichen Wohnumfeld zu erhalten.

26. September 2018

1. Kick-off Veranstaltung im Nordkreis für alle Ärzte und Praxisteams
 - Vorstellung der Case-Managerinnen
 - Projektvorstellung
 - Zeit für Fragen und Antworten

Am **1. Oktober 2018** werden unsere vier Case-Managerinnen ihre Tätigkeit im PNHL beginnen. Das 4. Quartal 2018 wird genutzt, um den persönlichen Kontakt in die Praxen des Netzes herzustellen. Zudem können in den drei Monaten gemeinsam bereits potenzielle Patienten für RubiN gescreent werden.

5. bis 11. November 2018
 Professionelle Schulung für unsere Case-Managerinnen durch das GeriNet Leipzig.

14. November 2018
 2. Kick-off Veranstaltung im Südkreis für alle Ärzte und Praxisteams
 → Vorstellung der Case-Managerinnen
 → Projektvorstellung
 → Zeit für Fragen und Antworten

Zum **1. Januar 2019** werden unsere Case-Managerinnen dann mit der Einschreibung und der anschließenden Betreuung der geriatrischen Patienten beginnen.

Arbeitsschwerpunkte und Abläufe im Case-Management

1. Intake – Der Patient wird mittels ANGELINA-Fragebogen in der Arztpraxis gescreent, durch den Arzt aufgeklärt und dann von der Case-Managerin in das Projekt eingeschrieben. Die Erstellung und Pflege der jeweiligen Fallakte übernimmt Ihre Case-Managerin für Sie.



2. Assessment – In der Folge macht die Case-Managerin ein strukturiertes Assessment mittels verschiedener standardisierter Assessmentinstrumente, um den Hilfe-/Versorgungsbedarf des Patienten zu ermitteln. Dies erfolgt im Rahmen eines Hausbesuches beim Patienten. Dabei wird der Hilfebedarf nach drei Kategorien (leicht - mittel - schwer) eingruppiert.

3. Inhaltlich erfolgt eine Einschätzung der Selbstständigkeit bzw. der Selbstversorgungskompetenz. Die verordneten Medikamente bzw.

deren Einnahmen werden überprüft sowie Informationen zu Heil- und Hilfsmitteln, Hausnotruf, Patientenverfügung, Vorsorgevollmachten, etc. erhoben.



4. Versorgungsplanung – Danach wird nach den Wünschen des Patienten und seinen An- und Zugehörigen und in enger Abstimmung mit dem Arzt ein Hilfe-/Maßnahmenplan erstellt. Die Case-Managerin wird anhand des sozialrechtlichen Basisassessments und der sozialmedizinischen Testungen/Assessments die Hilfe- und Maßnahmenplanung vornehmen und die Vorbefundung dem Haus- und Facharzt vorstellen.

5. Intervention – Umsetzung von (ärztlichen) Verordnungen. Dies umfasst die zielgerichtete Überleitung zu anderen Leistungserbringern/Versorgungsinstanzen und die Überführung bzw. Begleitung in andere Versorgungsebenen (zum Beispiel Physiotherapie, Pflegeberatung, Krankenhaus-einweisung und Entlassung).



6. Monitoring – Die Umsetzung dieser Maßnahmen wird in der Folge begleitet und kontrolliert. Weiterhin koordiniert die Case-Managerin für die Patienten Termine mit anderen Leistungserbringern und begleitet die pflegerischen Leistungen, sofern diese bereits beim Patienten vorhanden sind. In enger Abstimmung mit unseren Wundmanagerinnen wird dabei selbstverständlich auch die professionelle Wundversorgung berücksichtigt.

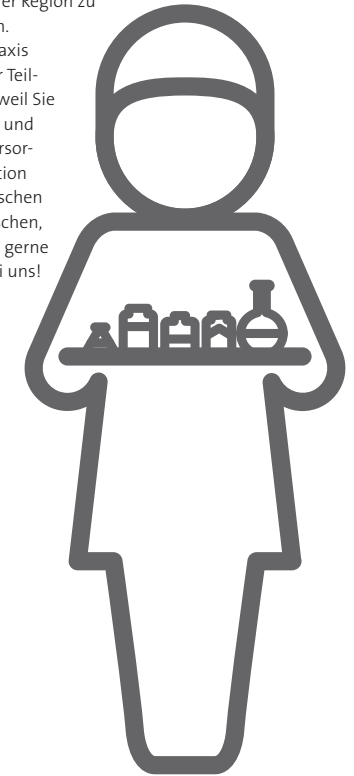


Neben den Leistungen, die nahe am Patienten durchgeführt werden, umfasst der zweite Arbeitsschwerpunkt der Case-Managerinnen die Analyse und ggf. den Aufbau und die Pflege der regionalen Netzwerkstrukturen bezogen auf die Patientenversorgung.



Sie und Ihre Patienten immer eine vertrauensvolle Ansprechpartnerin haben.

Wir freuen uns, gemeinsam mit Ihnen dieses innovative Versorgungsprojekt in unserer Region zu implementieren. Wenn Sie als Praxis Interesse an der Teilnahme haben, weil Sie sich Entlastung und eine bessere Versorgungskoordination für Ihre geriatrischen Patienten wünschen, melden Sie sich gerne heute schon bei uns!



Was habe ich als Leistungserbringer davon?	
Ihre Patienten erhalten	Sie und Ihre Mitarbeiterinnen profitieren durch
Ein strukturiertes geriatrisches Assessment	Professionelle/Fachliche Unterstützung
Regelmäßige Besuche in der Häuslichkeit	Regelmäßige/Sorgfältige Dokumentation
Einen individuellen Versorgungs- und Maßnahmenplan	Einbezug in ein multiprofessionelles Versorgungsnetzwerk
Eine passgenaue und kontinuierliche Versorgungsbegleitung in der Region	Entlastung in der Praxis durch Delegation

Unsere Case-Managerinnen werden mit Diensthands ausgestattet, sodass diese für Sie erreichbar sind. Zudem werden wir in der Geschäftsstelle des Netzes eine zentrale Telefonnummer für Ihre Anliegen rund um „RubiN“ einrichten. Jede Case-Managerin bekommt ein festes Versorgungsgebiet zugeteilt, sodass

Unser gemeinsames Ziel:
 Erhalt der bestmöglichen Selbstständigkeit multimorbider und geriatrischer Patienten vorrangig im häuslichen Umfeld!