

Konsortialführung:	pronova BKK
Förderkennzeichen:	01NVF17001
Akronym:	MamBo
Projekttitel:	Multimorbide Menschen in der ambulanten Betreuung: Patienten zentriertes, Bedarfsorientiertes Versorgungsmanagement
Autoren:	Anke Kurz, Simone Richter, Ibrahim Demirer, Dr. Ute Karbach, Prof. Dr. Holger Pfaff, Linda Kaunitz, Simon Kock, Lennart Hickstein Unter studentischer Mitarbeit von: Saskia Blütgen, Nina Goldberg, Franziska Leidig
Förderzeitraum:	1. Juli 2017 – 31. März 2021

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	3
II.	Abbildungsverzeichnis.....	3
III.	Tabellenverzeichnis.....	4
1.	Zusammenfassung.....	5
2.	Beteiligte Projektpartner.....	7
3.	Projektziele.....	8
4.	Projektdurchführung.....	10
	4.1 Beschreibung der neuen Versorgungsform MamBo.....	10
	4.2 Rechtsgrundlage der neuen Versorgungsform.....	15
	4.3 Herausforderungen bei der Implementierung.....	15
5.	Methodik.....	17
	5.1 Prozessevaluation.....	17
	5.1.1 RGL-Prozessdaten.....	17
	5.1.2 Qualitative Daten.....	18
	5.2 Evaluation der Wirksamkeit.....	19
	5.2.1 Praxisbefragung.....	19
	5.2.2 Patienten- u. Patientinnenbefragung.....	20
	5.3 Gesundheitsökonomische Evaluation.....	22
6.	Projektergebnisse.....	24
	6.1 Prozessevaluation.....	24

Akronym: MamBo
Förderkennzeichen: 01NVF17001

6.1.1 RGL-Prozessdaten	24
6.1.2 Qualitative Daten.....	25
6.2.2 Ergebnisse Befragungen von Patientinnen und Patienten.....	30
6.2.3 Gesundheitsökonomische Evaluation	34
6.4 Weitere Projektergebnisse	37
7. Diskussion der Projektergebnisse	39
8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	41
9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	42
10. Literaturverzeichnis.....	44
11. Anhang	45
12. Anlagen.....	45

I. Abkürzungsverzeichnis

ASK	Ambulant sensitive Krankenhausfälle
BM	Bedarfsmanagement/ Bedarfsmanager/ Bedarfsmanagerin
BS6	Brief Social Support Scale
CCM	Chronic Care Model
CM	Change-Management
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
DMP	Disease Management Program
DP	Dialogpartnerin
EVA	Entlastende/r Versorgungsassistentin/ Versorgungsassistenz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HI	Herzinsuffizienz
HPC	Handelndes problemorientiertes Coping
HSOPS	Hospital Survey on Patient Safety
HvZ	Hausärzte/ Hausärztinnen zentrierte Versorgung
IMVR	Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaften
InGef	Institut für angewandte Gesundheitsforschung
IPW	inverse-probability-weighting
KF	Konsortialführung
KP	Konsortialpartner
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
MamBo	Multimorbide Menschen in der ambulanten Betreuung
MARS-5D	Medication Adherence Report Scale
MFA	Medizinische Fachangestellte
MoniKa	Monitoring und Koordinationsassistent:in
PACIC	Patient Assessment of Care for Chronic Conditions
PK	Patienten u. Patientinnenkoordinator/ Koordinatorin
PSM	Propensity Score Matching
RGL	Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
TDM	Toal-Design-Method
TN	Teilnehmende/ Teilnehmerinnen, Teilnehmer
VM	Versorgungsmanagement/ Versorgungsmanagerin/ Versorgungsmanager
VSG	Versorgungsstärkungsgesetz
WHO-5	Wohlbefindens-Index (von der Weltgesundheitsorganisation)
WS	Workshop

II. Abbildungsverzeichnis

Prozessdarstellung MamBo	Abb. 1
MamBo Versorgungsstruktur	Abb. 2
Betreuungszyklus MoniKa	Abb. 3
Modell des Evaluationsdesigns	Abb. 4
Beobachtungszeitraum gesundheitsökonomische Evaluation	Abb. 5

Difference-in-Difference Schätzung	Abb. 6
Zusammenfassung wesentlicher Informationen über die stattgefundenen KV-Prozesse	Abb. 7
Geplante qualitative Evaluationselemente	Abb. 8
Realisierte qualitative Evaluationselemente	Abb. 8a
Flussdiagramm Bildung der Interventionsgruppe	Abb. 9
Flussdiagramm Bildung der Kontrollgruppe	Abb. 10
Anzahl vollstationäre Krankenhaustage	Abb. 11
Anzahl vollstationärer Krankenhaufälle	Abb. 12
Gesamtleistungskosten	Abb. 13

III. Tabellenverzeichnis

Indikatoren der Zielerreichung von MamBo in Bezug auf multimorbide Patienten u. Patientinnen (Beispiele)	Tab. 1
Aufgabenbeschreibungen BM	Tab. 2
Workshop-Themen BM/ KVP	Tab. 3
Workshop-Themen BM	Tab. 3a
Auszug aus den RGL-Prozessdaten, Werte geändert. HB= Hausbesuch; TK= Telefonkontakt	Tab. 4
Erwartete Effektstärken und benötigte Fallzahl der Endpunkte nach Gruppen	Tab. 5
Entwicklung der Fallzahlen	Tab. 6
MamBo Rücklauf Praxisbefragungen	Tab. 7
Prä-Post Vergleich der Mittelwerte mit Standardabweichung validierter Skalen	Tab. 8
Merkmalsverteilung der befragten Patienten u. Patientinnen	Tab. 9
Interne Reliabilität der Messinstrumente	Tab. 10
Cohen's d Effektschätzer	Tab. 11
Beta-Koeffizienten nach IPW-Adjustierung	Tab. 12
Interaktionseffekt der MoniKa-Intervention mit der Covid-19-Pandemie	Tab. 13
Charakteristik der Studienpopulation im Vorbeobachtungszeitraum	Tab. 14
Stationärer Sektor	Tab. 15

1. Zusammenfassung

1.1 Hintergrund

Mit dem Projekt MamBo soll die Versorgungseffizienz im Gesundheitswesen angehoben werden. Erreicht werden soll dies durch eine enge und zielgerichtete Abstimmung der am Versorgungsgeschehen beteiligten Akteure, über verschiedene Krankheiten hinweg, unter Berücksichtigung individueller und kollektiver Patienten- u. Patientinnenbedarfe. MamBo beinhaltet ein Indikations-übergreifendes Mikro- (Versorgungsmanagement_VM) u. Makromanagement (Bedarfsmanagement-BM) mit folgenden strukturellen Bestandteilen:

- Etablierung des BM auf Kostenträgerseite
- Einrichtung eines VM und Monitoring- und Koordinationsassistentinnen (MoniKa) im RGL Arztnetz
- Nutzung der bereits bestehenden Netzakte (in den Netzarztpraxen)
- Gemeinsame Identifikation (BM-VM) kollektiver und Patienten u. Patientinnen seitiger Versorgungsbedarfe anhand von Sekundärdaten und Entwicklung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP)

Die MoniKa übernehmen praxisübergreifend ärztlich delegierbare, patientinnen- u. patientennahe sowie koordinative Aufgaben. Dabei wird angenommen, dass die MoniKa zum einem mittelbar, über die verbesserte Koordination des Versorgungsprozesses, positiv auf die Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten wirkt (G). Zum anderen, dass die MoniKa für ein Teil der MamBo- Patientinnen und Patienten (MoniKa-Subgruppe G1) auch einen unmittelbaren positiven Einfluss auf die Versorgung ausübt, der durch den direkten Kontakt (bspw. Hausbesuche) entsteht. Insgesamt wird in der Evaluation von MamBo untersucht ob:

- eine Entlastung der Versorgungserbringer durch die Delegation erfolgt ist? (Befragung Ärztinnen und Ärzte & Praxismitarbeitende)
- eine Verbesserung versorgungsrelevanter Endpunkte für die Patientinnen und Patienten erfolgt ist? (Befragung Patientinnen und Patienten);
- diese Verbesserung für Patientinnen und Patienten mit direktem MoniKa-Kontakt stärker ist? (Subgruppe befragte Patientinnen und Patienten mit MoniKa-Kontakt)
- Kosten Einsparungen durch das Versorgungsmodell erfolgt sind? (gesundheitsökonomisch -Sekundärdatenanalyse)
- ob und welche Faktoren die Implementierung und Nutzung der Versorgungsstruktur hemmten oder förderten? (Prozessevaluation und qualitative Evaluation)

1.2 Methodik

IMVR - *Formative Evaluation*: Prozessbegleitende jährliche Erhebung mit qualitativer Inhaltsanalyse: a) Einzelinterviews (BM N=1, VM N=1), b) Fokusgruppen (Ärztinnen/Ärzte N=4 à 8 Pers., MoniKa N=1 à 5 Pers.). Endpunkte: Förderliche/ hemmende Faktoren der Innovationsimplementierung, Nützlichkeit des Change-Managements als Implementierungsstrategie. *Summative Evaluation*: a) Befragungen mit Prä-Post-Vergleich (Versicherte/ Evaluationsgruppe N=2617, Ärztinnen/Ärzte N=80, Praxismitarbeitende N=320) b) InGef - *Sekundärdatenanalysen mit Prä-Post-Vergleich im quasiexperimentellen Design*: Zielpopulation (N=8723), Evaluationsgruppe (n=2617), quasiexperimentelle Zwillingsgruppe aus HRI-Routinedaten (N=2617). Endpunkte: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (multiperspektivisch adressiert)

1.2 Ergebnisse

Die wesentlichen Ergebnisse der evaluierenden Institute sind getrennt dargestellt.

IMVR: In der Prä-Post Befragung der Patientinnen und Patienten stieg die soziale Unterstützung stieg für alle TN (G, G0 und G1) an, die objektive Versorgungsqualität nur für die Subpopulation mit MoniKa-Intervention (G1). Der Großteil der MoniKa-Interventionsgruppe (G) gab keinen direkten Nutzen von MamBo an. Allerdings stieg für Subpopulation G1 das mentale Wohlbefinden während der Pandemie an.

InGef – gesundheitsökonomische Evaluation: Kurz- (Jahr 1 Nachbeobachtung und mittelfristig (Jahr 2 Nachbeobachtung) wurde die Senkung von Krankenhausfällen - und tagen erreicht, sowie geringere Ausgaben im stationären Sektor. Dem stehen erhöhte Kosten im ambulanten und Arzneimittelsektor und ein nicht signifikanter Anstieg von Haus- und Facharztkontakten im ambulanten Sektor sowie erhöhte Arzneimittelverordnungen gegenüber. Die Gesamtausgaben ambulant, stationär und Arzneimittel entwickelten sich im ersten Jahr positiv aus Sicht der MamBo TN, im zweiten Jahr negativ. Die Unterschiede sind nicht signifikant. Bei den untersuchten Parametern für Patientinnen- u. Patientensicherheit (PRISCUS-Liste, Polypharmazie), Versorgungsqualität (Blutungen, Schlaganfälle) und Prozessqualität (Anteil gesicherte und spezifische Diagnosen), konnten ebenfalls keine Unterschiede nachgewiesen werden.

1.3 Diskussion

Die Anzahl der Menschen in der behandelten Gruppe war für weitere Analysen bei prä-post Beobachtungen zu gering. Auch waren die nicht randomisierten Zuweisungen der MoniKa-Intervention nur in Teilen durch z. B. Inverse-Probability-Weighting korrigierbar. Um den kausalen Charakter der Analysen zu steigern, bedarf es einer Datenverknüpfung und einer tatsächlichen Kontrollgruppe.

2. Beteiligte Projektpartner

Rolle	Institution	Ansprechperson	Verantwortlichkeiten (laut Konsortialvertrag bzw. Kooperationsvertrag)
Konsortialführung	pronova BKK	Dr. Thorsten Wolf Anke Kurz	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau Bedarfsmanagement • Mitwirkung am übergreifendem KVP • Projektkoordination für Gesamtvorhaben
Konsortialpartner	Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG – RGL	Dr. Manfred Klemm (bis 06.2020) Nicole Balke-Karrenbauer (bis 31.05.2021) Ralf Grünhofer	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau Versorgungsmanagement aus Versorgungsmanager/in NM + Monikas (Pflege + Praxis) • Unterstützt durch externer Berater <ul style="list-style-type: none"> ▪ Akquise von Ärzten zur Teilnahme ▪ Akquise von Patienten u. Patientinnen ▪ Etablierung des gemeinsamen KVP
Konsortialpartner	Uni Köln, IMVR- Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft	Dr. Ute Karbach Ibrahim Demirer	<ul style="list-style-type: none"> • Erfüllung der sich aus den Förderregeln des G-BA ergebenden Berichtspflichten • Nachweis der Verwendung von Fördermitteln gegenüber der Konsortialführung • Evaluation nach geltendem wissenschaftlichen Standard

3. Projektziele

Die adäquate und effiziente Behandlung von Patientinnen und Patienten, die sich in einer komplexen – multimorbiden – Krankheitssituation befinden, verlangt nach einer gut strukturierten, informierten und indikationsübergreifenden Behandlung. Dabei setzt MamBo an den Bedarf an Koordination und Integration in der segmentierten Versorgung im deutschen Gesundheitssystem an [Sachverständigenrat 2009]. Die Vorteile einer strukturierten Behandlung sind durch die Erfahrungen mit Disease Management Programmen (DMP) belegt [Bericht BVA – Evaluation DMP]. DMPs adressieren jedoch lediglich isolierte Krankheitsentitäten, zudem können krankheitsspezifische Versorgungsstrukturen nicht für jede Krankheit vorgehalten werden. Zur Effizienzsteigerung bedarf es krankheitsübergreifender Metastrategien. MamBo setzt an diese Problematik mit einer Indikations-übergreifenden Kombination aus BM und VM [Percac-Lima 2016], welches die Gesundheit eines Versichertenkollektivs adressiert (Public-Health Ziele, siehe Tab. 1), an und stellt eine solche Metastrategie dar. Kontinuierliche Verbesserungsprozesse (KVP) unterstützen hierbei die Erhöhung der Versorgungseffizienz zusätzlich. Zur Behandlung komplexer Bedarfslagen ist ein umfassender Informationsumfang des Arztes, der Ärztin notwendig, dessen Beschaffung sehr aufwändig ist und weder über das Vergütungssystem abgebildet ist, noch dem Zeitbudget der Ärztin/ des Arztes Rechnung trägt. Regulatorische Ansätze, Lösungswege zu etablieren, finden sich im „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“. Sie beschränken sich aber auf einzelne Sektoren und befinden sich im Anfangsstadium (z.B. Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung). Mit der Einführung einer elektronischen Netzakte im Jahr 2014 wurde eine Grundvoraussetzung für eine informierte Patienten- u. Patientinnenkoordination zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung im RGL-Netz bereits geschaffen. Für eine Indikations-übergreifende Kollektivversorgung, welche Public-Health Ziele und Individualziele gleichermaßen fokussiert, bedarf es weitergehender struktureller Lösungen. So sollen mit MamBo a) Rahmenbedingungen geschaffen werden, in denen Patienten u. Patientinnen relevante, alle Sektoren umfassende Informationen den Arzt erreichen (Substitution ärztlicher Informationsbeschaffung) und b) Ärzte entlastet werden durch eine praxisübergreifende Delegation Patienten u. Patientinnen naher und koordinativer Aufgaben. Abbildung 1 zeigt die Prozessdarstellung von MamBo.

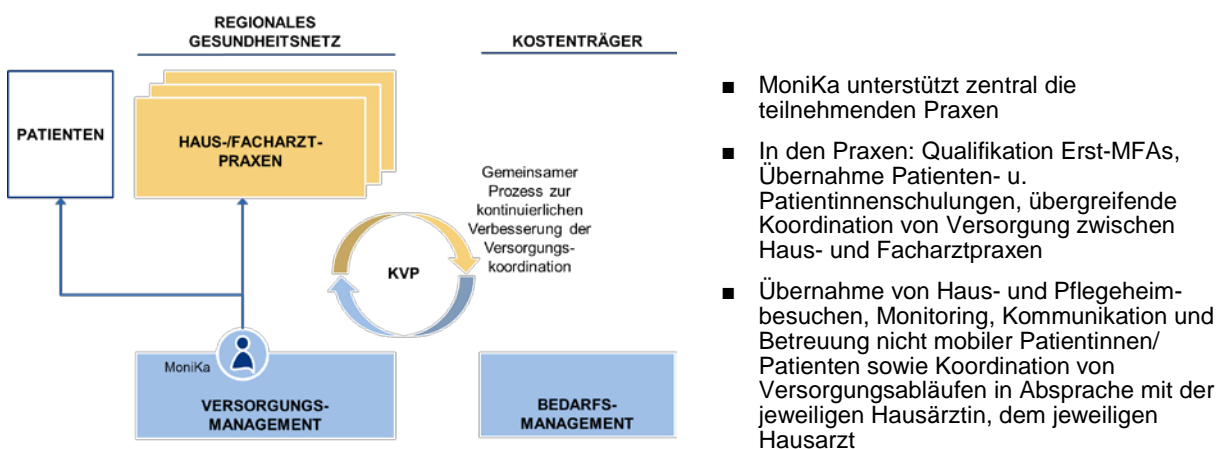


Abb. 1 – Prozessdarstellung MamBo

Das Projekt verfolgt die Umsetzung einer skalierbaren Versorgungsstruktur, hier am Beispiel der Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten. Dabei wird die Wirkung des Versorgungsmodells auf die Patientinnen und Patienten unterschieden in mittelbare Effekte, die über die Versorgungsstruktur wirken und unmittelbaren Effekte, die durch den direkten Kontakt mit der MoniKa entstehen. Vor diesem Hintergrund ist das Patientenkollektiv in die Subgruppe derer zu differenzieren, die direkten Kontakt mit der MoniKa erhielten (MoniKa-Subgruppe G1). Mit Blick auf das zu versorgende (Versicherten-)Kollektiv (Public-Health Ziele), wurden kollektive wie individuelle Versorgungsbedarfe (akut wie präventiv) auf Basis von Routinedaten ermittelt und in der Versorgungspraxis entsprechende Veränderungsprozesse vorangetrieben und kontinuierlich fortgesetzt. Ein weiterer Punkt war und ist, dass die strukturellen Voraussetzungen zur praxisübergreifenden Delegation ärztlicher Aufgaben und zur Substitution ärztlicher Informationsbeschaffung regional unabhängig und auf andere Regionen mit anderen Kostenträgern und Arztnetzen übertragbar sind. Zur Erfolgsmessung der oben genannten Ziele finden beispielhaft für Multimorbidität folgende Ergebniskennzahlen Anwendung – Tabelle 1:

Zieldimension	Ziele	Kennzahlen	Datenquelle
Patienten- u. Patientinnenbezogene Versorgungsziele	Vermeidung von Hospitalisierungen	Anzahl an Hospitalisierungen	Sekundärdaten (BKK)
		LOH-Score	Sekundärdaten (BKK)
	Senkung des kardiovaskulären Risikos	Arriba-Score	Sekundärdaten (Netzakte)
	Versorgungsverbesserung anhand von drei paradigmatischen Krankheitsfeldern	Anz. Dekompensation einer Herzinsuffizienz	Sekundärdaten (BKK)
		Anz. Exazerbation einer COPD	Sekundärdaten (BKK)
		Anz. TIA/ Schlaganfall bei VHF-Patienten u. Patientinnen	Sekundärdaten (BKK)
	Verbesserte Versorgungs koordinierung	Schnittstelle Weiterbehandlung	Befragungsdaten
Steigerung der Lebensqualität und Zufriedenheit	Wohlbefinden/ WHO-5	Befragungsdaten	
Leistungserbringerbezogene Ziele	Entlastung des Arztes bei der Informationsbeschaffung	Informationsüberlastung	Befragungsdaten
	Entlastung des Arztes durch Delegation ärztlicher Aufgaben	Wahrgenommene Entlastung des Arztes	Befragungsdaten
Kostenträgerbezogene Ziele	Verbesserte Versorgungs koordinierung	Anzahl an Kontakten zum ärztlichen Bereitschaftsdienst	Sekundärdaten (BKK)
	Senkung von Leistungsausgaben	Senkung der KH-Kosten für ambulant sensitive	Sekundärdaten (BKK)

		Diagnosen,	
--	--	------------	--

COPD: Chronisch obstructive Lungenerkrankung; LOH-Score Likelihood of hospitalization-Score; TIA: Transischämische Attacke, / WHO: World Health Organisation

Tab. 1: Indikatoren der Zielerreichung von MamBo in Bezug auf multimorbide Patienten u. Patientinnen (Beispiele)

4. Projektdurchführung

4.1 Beschreibung der neuen Versorgungsform MamBo

MamBo steht für **M**ultimorbide **M**enschen in der **a**mbulanten **B**etreuung: Patienten u. Patientinnenzentriertes, **B**edarfsorientiertes Versorgungsmanagement. Mehr Patienten u. Patientinnennähe, mehr Zeit für ärztliche Beratung, mehr Übersicht über aktuelle Behandlungen und mehr Struktur in den medizinischen Abläufen versprach das Projekt „MamBo“ und verfolgte die Strategie, optimale Rahmenbedingungen für mehrfach chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten zu schaffen. Im Mittelpunkt des Projektes stand die Versorgung durch Delegation und Substitution nicht-ärztlicher Leistungen, durch Fachkräfte, den sogenannten **MoniKas**. Zu ihren Aufgaben gehörten die Koordination von Terminen, Patienten u. Patientinnenschulungen und die Betreuung von Patientinnen und Patienten zu Hause oder in Heimen. Als Zielgruppe für die neue Versorgungsform wurden prinzipiell ganze Versichertenkollektive von der Versorgungsinnovation adressiert. Die Zielpopulation MamBo waren Patientinnen und Patienten mit mindestens drei schwerwiegenden chronischen Krankheiten oder Zuständen¹ im Referenzkalenderjahr 2016. Kernpunkte der MamBo-Struktur waren:

- a) Bedarfsmanagement (BM),
- b) Versorgungsmanagement (VM), bestehend aus der Versorgungsmanagerin und MoniKas, welche die ärztliche Delegation bewerkstelligen, sowie
- c) Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP).

Abb. 2 stellt die Versorgungsstruktur bildlich dar.

¹ Die berücksichtigten Krankheiten entstammen der Krankheitsauswahl im Rahmen der Anpassung des Klassifikationsmodells des Morbi-RSAs für das Ausgleichsjahr 2016 und berücksichtigen dabei mittelbar die wissenschaftlich begründeten Auswahlkriterien des wissenschaftlichen Beirats (§ 31 Abs. 1 RSAV).

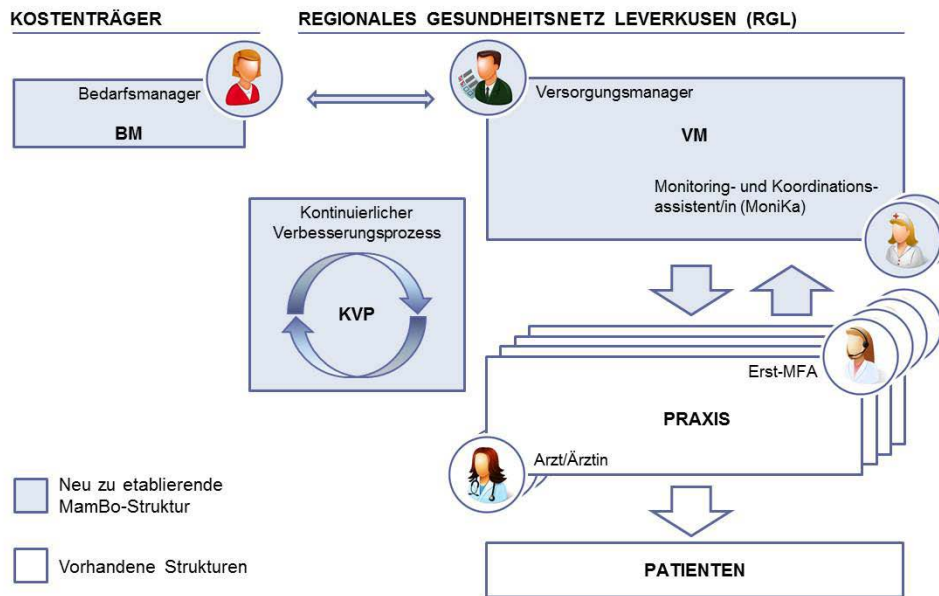


Abb. 2 – MamBo Versorgungsstruktur

Eine Patienten- u. Patientinnen zentrierte Versorgung findet derzeit noch nicht in der Fläche, sondern nur in Ansätzen statt, z.B. in der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) (§ 73b SGB V). Notwendige Ressourcen für Hausärzte oder die für eine indikationsübergreifende Behandlung geeigneten Strukturen, fehlen jedoch. Hier sollte die MamBo-Struktur mittels einer indikationsübergreifenden Steuerung des Versichertenkollektivs ansetzen und zwar anhand von Public-Health Zielen und durch Einsatz eines kombinierten Bedarfs- und Versorgungsmanagements, durch die Institutionalisierung einer praxisübergreifenden Koordination durch das Versorgungsmanagement, durch die Substitution der ärztlichen Informationsbeschaffung (unter Einnahme einer holistischen patientenzentrierten Perspektive (BM und VM)) und durch Delegation ärztlicher patientennaher und koordinativer Leistungen durch die MoniKa. Ein begleitender und erwünschter Effekt soll eine Entlastung und neue Rollendefinitionen aller an der Versorgung Beteiligten (MFA, Mediziner und Ärztinnen, Kostenträger) und bei Patientinnen und Patienten sein. Die aktive Unterstützung bei der Rollenfindung/ der notwendigen Change-Management-Prozesse durch eine professionelle Beratung ist hierbei ebenso neu, wie der Einbau von Elementen der Versorgungsentwicklung und des Change-Managements.

Bedarfsmanagement:

Auf Basis von Routinedaten ermittelte das BM

- populationsbezogene Bedarfe (z. B. Entlassungsmanagement im Rahmen des GKV-VSG, eine hohe Anzahl von Arzneimittelverordnungen ohne Zusatznutzen) sowie
- patientenbezogene Versorgungsbedarfe (z. B. das Vorliegen von Multimorbidität und weitere individuelle Bedarfe).

Eine ausführliche Beschreibung zur Ermittlung der Sekundärdaten-basierten Bedarfe kann dem Anhang 2 zu diesem Bericht entnommen werden.

Gerade bei multimorbiden Versicherten liegen Daten von einer Vielzahl unterschiedlicher Leistungserbringer vor, die häufig unzureichend untereinander kommuniziert werden. Allein

der Kostenträger hat Zugang zur Gesamtheit dieser Daten. Das BM stellte alle notwendigen Informationen (Leistungserbringer-übergreifende Behandlungs- und Leistungsdaten) für eine patientenzentrierte und bedarfsorientierte Versorgung im Ärztenetz zusammen (Substitution ärztlicher Informationsbeschaffung). Über diese Aufgaben hinaus sicherte das BM die Kommunikation zwischen Ärztenetz und Kostenträger. Stand heute sind im Rahmen der Regelversorgung gerade die artzseitig initiierten Kontakte zum Kostenträger mit hohem zeitlichen Aufwand und wechselnden Ansprechpartnern verbunden.

Bezeichnung	Aufgaben	Einsatz mittelbar/ unmittelbar
Bedarfsmanager (BM)	Zentraler Ansprechpartner bei der Kasse für alle Angelegenheiten, die Patienten/ innen und die Praxen betreffen („VIP-Zugang“) - Identifiziert potentielle Teilnehmende aus Kassendaten - Rekrutiert Teilnehmende aus Kassendaten „Patientencoaching“ – Schnittstelle andere Fachbereiche - Vermittelt den initialen Kontakt in das Netz bei Rekrutierung durch Kasse - Erfolgscontrolling auf Kassenseite - Schnittstelle VM: - Übermittelt Patientencockpit / einmalig im Rahmen der Einschreibung und bei Bedarf - Formuliert Gesundheitsziele, patientenzentriert - Unterstützt den VM, vermittelt kassenspezifische Leistungen nach Bedarf	unmittelbar

Tab. 2 – Aufgabenbeschreibungen BM

Aufgaben Versorgungsmanagement:

- Bildet das Pendant zum Bedarfsmanagement (BM) und ist somit die direkte Kommunikationsebene bezüglich der operativen Projektumsetzung seitens des Gesundheitsnetzes zur Pronova BKK (BM)
- Die Versorgungsmanagerin (VM) identifiziert Versorgungsbedarfe der Ärzte und Patienten und kommuniziert diese einzelfall- und kollektivbezogen in das Ärztenetz (Institutionalisierung einer praxisübergreifenden Koordination)
- Zusammen mit dem BM erörtert die VM regionale Versorgungsbedarfe, gleich ab sowie priorisiert diese nach Dringlichkeit (indikationsübergreifende Steuerung des Versichertenkollektivs, orientiert an Public Health Zielen)
- VM entwickelt gemeinsam mit dem Ärztenetz praxisübergreifende umsetzbare Lösungsansätze für die Versorgungsbedarfe (KVP, kontinuierliche Verbesserungsprozesse) im Versorgungsalltag. Dies werden von der VM initiiert und etabliert
- Im Rahmen der KVPs erarbeitet VM unter Hinzuziehung relevanter Experten (z. B. Einbezug eines Experten für Pflege, Mitarbeit eines IT-Spezialisten zur Anpassung der elektronischen Netzakte, spezielle Facharztgruppen) entsprechenden Arbeitspakete zur Umsetzung.

- Kommunikation der erarbeiteten Lösungen oder Hilfestellungen aus den KVPs in alle beteiligten Arztpraxen und Operationalisierung der Anwendung im Versorgungsalltag mit Fokus auf der praxisübergreifenden Harmonisierung von Abläufen und Methoden (patientenzentrierte Versorgungsentwicklung)
- Strategische Koordination der Monitoring- und Kommunikations-Assistentinnen (MoniKa). Dabei wird sie in der Einsatzkoordination der MoniKa durch die Projektkoordinatorin (siehe Stellenbeschreibung) unterstützt
- Inhaltliche Entwicklung und Weiterentwicklung der MoniKa-Tätigkeiten und Beratungseinsätze unter Berücksichtigung der Public Health Ziele und der ökonomischen Umsetzbarkeit bzw. Machbarkeit.
- Kompetente und zielgruppenadäquate Aufklärung zu den Versorgungsinhalten und Zielen, als auch zum aktuellen Umsetzungsstand Mambo
- Planung und übergeordnete Organisation von Veranstaltungen und Workshops für Patienten, Kunden und Praxen

MoniKa-Intervention in MamBo:

Mit der MoniKa wurde allen teilnehmenden Netzpraxen eine zusätzliche und für die Netzpraxen kostenfreie Personalressource zur Verfügung gestellt. Von dieser zusätzlichen Kommunikations-Instanz konnten auch Praxen profitieren, die bereits EVA - entlastende Versorgungsassistenz und/ oder /VERAH - Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis beschäftigen. Obwohl die Einsätze dieser Assistenzen im EBM-Katalog verankert und damit Bestandteil der Regelversorgung sind, konnten EVA und VERAH (in der Modellregion Leverkusen) noch nicht in der Fläche etabliert werden. Es wird angenommen, dass dies den Praxisstrukturen geschuldet ist. Die Möglichkeit, eine ärztliche Entlastung durch Koordination zu erfahren, die das Arzt eigene Praxisbudget nicht belastet, wurde durchgängig als positiver Mehrwert wahrgenommen. Die MoniKa nahm auf Basis der strukturiert angeforderten Arztinformationen durch das RGL (Stammdaten, wichtigste chronische Erkrankungen/Diagnosen, Medikationsplan, DMP-Teilnahme, Besonderheiten) Kontakt zu Patientinnen und Patienten auf und führt Eingangs-Assessments durch. Die Ergebnisse des Assessments werden, um pflegfachliche Versorgungsempfehlungen ergänzt, an die Hausarztpraxis weitergeleitet. In gemeinsamer Abstimmung erfolgen die weitere Organisation und Koordination der Versorgung. Ergänzend beraten und schulen MoniKas die Betroffenen zu individuellen Bedarfsthemen. Der Betreuungsablauf ist in der Abbildung 3 bildlich dargestellt.



Abb. 3 – Betreuungszyklus MoniKa nach Case-Management Prinzip

Abgrenzung MoniKa, VERAH und EVA:

EVA und VERAH

- Ausbildung MFA (medizinische Fachangestellte)
- Zusatzausbildung ca. 200 Stunden
- Übernahmen von Hausbesuchen
- Patientennahe Tätigkeiten (Blutdruckmessung, Gewichtsmessung, Wundkontrolle)
- Case Management im Ansatz (bedarfsorientierte Koordination der Versorgung, kaum Einsatz von Case Management Instrumenten)
- Ziel: Übernahme delegierter nicht-ärztlicher Leistungen zur Entlastung des Arztes

MoniKa

- Ausbildung Pflegefachkraft
- Weiterbildung Pflegeberatung § 7a SGB XI / Ambulantes Case Management
- Individuelle Bedarfsermittlung des Klienten
- Erstellung eines abgestimmten Versorgungsplans
- Verbindung unterschiedlicher und sinnvoller Angebote aus dem regionalen Versorgungsgefüge (Steuerung aus einer Hand)
- Nutzung eines Versorger-Netzwerks
- Ziel: Stabilisierung der gesundheitlichen Situation, Überwindung von Schnittstellen, wirkungsvolle- und effiziente Einzelfallunterstützung

KVP, Change-Management und BM

Das Projekt strebte die Etablierung der MamBo-Struktur in den Regelbetrieb der Praxen (KVP), zwecks Optimierung der Behandlungsabläufe, an. In einem ersten Schritt wurde im Rahmen der Patienten- u. Patientinnen zentrierten Versorgungsentwicklung das Thema „Umgang mit Arzneimitteln“ zur Versichertenkollektivsteuerung bearbeitet. Ziel war die Verbesserung

qualitätsbezogener Parameter der Pharmakotherapie, der Patienten- u. Patientinnen-Therapiesicherheit. Dafür wurden Erst-MFAs in Workshops zum verbesserten Umgang mit Multimedikation durch eine approbierte Apothekerin geschult. Die Schulungen bauten aufeinander auf. Die Inhalte können der Tabelle 3 entnommen werden.

WS 1 (Anlage 50 zum EB)	WS 2 (Anlage 32 zum EB)	WS 3 (Anlage 51 zum EB)
<i>Faktoren Therapiesicherheit</i> Darreichungsformen, Einnahmeempfehlungen, besondere Probleme älterer Menschen bei Medikamenteneinnahme, Neben- u. Wechselwirkungen von Arzneimitteln	<i>Stärkung der Arzneimittel-Kompetenz</i> TOP 15 der meist verordneten Medikamente im Praxisalltag (Basis Praxisrecherchen)	<i>Wichtige Interaktionen zwischen Arzneimitteln und Nahrungsmitteln</i> Theoretische Grundlagen, allgemeine Einnahmeempfehlungen, praxisrelevante Beispiele

Tab. 3 – Workshop Themen BM/ KVP

Zum KVP „Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen“ mit dem Fokus Herzinsuffizienz fanden zwei interdisziplinäre und sektorenübergreifende Expertenworkshops statt – Tabelle 3a.

WS 1 (Anlage 20 zum EB)	WS 2 (Anlagen 27/ 30 zum EB)
Erstellung einer <i>Situations- bzw. Bedarfsanalyse</i> aus unterschiedlicher Versorgerperspektive, gemeinsam mit dem BM und Ermittlung von <i>Handlungsansätzen</i>	<i>Monitoring Herzinsuffizienz</i> zur Ermittlung/ Konstruktion von Vermeidungsansätzen von Dekompensationen
Erstmalige Patienten- u. Patientinnenselektion (zwei Praxen) zur Überprüfung der Machbarkeit des Monitorings.	

Tab. 3a – Workshop Themen BM

4.2 Rechtsgrundlage der neuen Versorgungsform

Rechtsgrundlage von MamBo ist ein Modellvorhaben-Vertrag nach §§ 63, 64 Abs. 1 SGB V zwischen der Konsortialführung (pronova BKK) und dem Regionalen Gesundheitsnetz Leverkusen eG – RGL. Der Vertrag liegt als Anlage 47 bei.

4.3 Herausforderungen bei der Implementierung

Die Arbeitsplanung musste im Projektlaufzeitraum mehrfach angepasst werden. Es veränderte sich die zeitliche Abfolge und ebenfalls wurden Meilensteine neu definiert und benannt. Unter anderem hat dazu wesentlich das späte positive Ethikvotum beigetragen. Obwohl das Team Versorgungsinnovationen der pronova BKK über eine hohe Expertise bei der Selektivvertragsgestaltung verfügt, erforderte die Formulierung der vertraglichen Anlagen (hier: Teilnahmeerklärung und Patienten- u. Patientinneninformation) einen besonders hohen Aufwand. Die summative Evaluation erforderte die Einholung von Ethikvoten der Ethikkommission und der Ärztekammer. Die von dort geforderte Anforderung an eine laienverständliche Sprache, stand teilweise in Konkurrenz zum Umfang der gesetzlichen Informationspflicht zum Interventionsinhalt und Patienten- u. Patientinnen, die für die wissenschaftliche Bewertung herangezogen werden mussten. Diverse Bearbeitungsschleifen waren die Folge. Eine zusätzliche Herausforderung bedeutete das Einholen der Genehmigung des Sozialdatenaustausches nach § 75 SGB X durch das BAS. Der Mehrwert von MamBo für die

Arztpraxen und die Patientinnen und Patienten wurde erst nach mehrfacher Vermittlung der Kernbotschaften der neuen Versorgungsform deutlich. Die Übertragung von der Praxis zum Patienten u. Patientinnen und zur Patientin (und Einschreibung) bedurfte einer wiederholenden Motivation, trotz adäquater Honorierung des Mehraufwandes. Die zeitaufwendige Patienten- u. Patientinneneinschreibung in MamBo wurde gerade zu Beginn der neuen Versorgungsform häufig als „Zusatzbelastung“ empfunden und bezeichnet. Die Arztansprache wurde deshalb mittels zusätzlicher Materialien (z. B. Gesprächsleitfäden, praxisinterne Schulungen der MFA) gestützt, um den Informationsbedarfen der Ärztinnen und Ärzte auf unterschiedlichen Anforderungsebenen begegnen zu können. Ergänzend unterstützte die KF die Teilnehmendenrekrutierung. Die geringeren Einschreibungen von Ärztinnen und Ärzten beeinflusste die Datenerhebung der nicht-teilnehmenden Praxen. Sie musste zeitlich verschoben werden, um Doppelbefragungen zu vermeiden. Der ebenfalls im ersten Projekthalbjahr zu entwickelnde „Kontinuierliche Verbesserungsprozess – KVP“, stand aufgrund des oben beschriebenen, mäßigen Schubs bei der Rekrutierung, in unmittelbarer Ressourcenkonkurrenz zur Arzt- und Patienten- u. Patientinnenrekrutierung, was die Aufnahme erster Gespräche zwischen BM (kassenseitig) und VM (netzseitig) erschwerte. In 2019 zog sich die externe Beratung schleichend zurück und wurde schließlich im Juni 2019 beendet, mit Ausnahme punktueller Unterstützung der Expertenworkshops zum Monitoring schwerer Erkrankungsbilder wie Herzinsuffizienz und COPD. Es zeigte sich, dass sich eingespielte Abläufe in den Praxen nur schwer bzw. mittel- bis langfristig verändern lassen. Die Umsetzung der MamBo-Strukturen in den ärztlichen Praxen wurde vor allem durch einen zusätzlichen Ressourcenaufwand erschwert. Mit dem Wegfall der Netzakte ging auch noch ein Mehrwert des Versorgungsmodells, Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen untereinander und mit dem VM digital zu vernetzen, sogar zeitweise verloren. Die Micro Nova AG (Entwickler der Netzakte) zog sich aus dem Bereich „eHealt Solutions“ zurück und kündigte den Vertrag zum 31.12.2018. Mit der Firma „SMART-Q Softwaresysteme GmbH“ konnte die Entwicklung der „Netzakte“ nach einiger Zeit wieder aufgenommen werden. Die Dokumentation und Abbildung der MoniKa-Tätigkeiten für das MamBo-Projekt konnten erfolgreich implementiert werden. Insgesamt aber erwies sich, in Übereinstimmung mit der Theorie Rogers [Rogers 2003], ein Mangel an wahrgenommenem Vorteil als hemmend für den Implementierungsprozess. Andere Versorgungsstrukturen, die ähnlich gelagert waren, in der Betreuung der Patientinnen und Patienten, führten ebenfalls auf Seiten der ärztlichen MamBo-TN zu Irritationen. So erhöhten unter anderem unterschiedliche Einschreibekriterien die Komplexität der Implementierung. Die zu geringe Entwicklung der Fallzahlen und die oben beschriebenen Herausforderungen führten zu einem Antrag auf Laufzeitverlängerung. Diverse inhaltliche Nachforderungen des Projektträgers (im Auftrag des Förderers) in diesem Zusammenhang, erforderten, insbesondere in der 2. Jahreshälfte 2019, einen wiederholenden und intensiven Austausch mit den Konsortialpartnern und dem Projektträger DLR. Das Projekt wurde um 9 Monate verlängert. Gleichzeitig wurde die ursprünglich angenommene TN-Zahl von $n=5.670$ auf $n=2.615$ gesenkt. Insgesamt führten die Anstrengungen zur Rekrutierung und die längere Laufzeit zum Erfolg. Die neu festgelegte Fallzahl konnte fristgerecht erreicht werden². Mit Entstehen von Covid-19 musste sich MamBo seiner letzten Herausforderung stellen. Die Jahre 2020/ 2021 waren

² Die Interventionen wurden fortgeführt, jedoch nicht mehr im Rahmen der Mittelfinanzierung. Die Konsortialführung setzte Eigenmittel ein, um eine Weiterbeschäftigung der MoniKas und damit die Betreuung der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten u. Patientinnen bis Projektende zu ermöglichen.

geprägt von der Corona Pandemie. Dies hatte und hat Einfluss auf die Betreuung der Patientinnen und Patienten durch die MoniKa. Bereits im Frühjahr 2020 mussten die Besuche in der Häuslichkeit erstmalig eingestellt werden. Um die Intervention dennoch aufrecht zu erhalten, wurde die Betreuungsstruktur an die neuen Umstände angepasst. Bedingt durch die erneut ansteigenden Corona Fallzahlen, wurden die MoniKa Hausbesuche im Oktober 2020 erneut ausgesetzt. Wie auch im Frühjahr 2020, erfolgte die Intervention ausschließlich telefonisch. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden weiterhin umfassend unterstützt. Die MoniKa nahm in der Pandemie zunehmend eine Vermittlerrolle ein; sie unterstützte u. a. bei der Vernetzung zu Einkaufsdiensten, Pflege- u. Betreuungsdiensten und 24 Std.-Pflege. Die neue Situation wurde im Rahmen der formativen Evaluation berücksichtigt. Als Fazit kann festgehalten werden, dass die Betreuten diese Unterstützungsleistungen als sehr wertvoll empfanden und sie sogar das Wohlbefinden der Teilnehmenden steigern konnten.

5. Methodik

Ziel der Evaluation ist, das Versorgungsmodell MamBo hinsichtlich seiner Eignung zur Übertragung in die Regelversorgung zu beurteilen. Dafür wurde 1.) der Implementierungsprozess im Rahmen der Prozessevaluation und 2.) die Wirksamkeit des Versorgungsmodells im Rahmen der Befragung von Patientinnen und Patienten und gesundheitsökonomischen Evaluation untersucht. Abb. 4 stellt die die beiden Stränge des Evaluationsdesigns mit den jeweiligen Datenquellen und Zielen dar. Die Abbildung 4 zeigt das Evaluationsdesign.

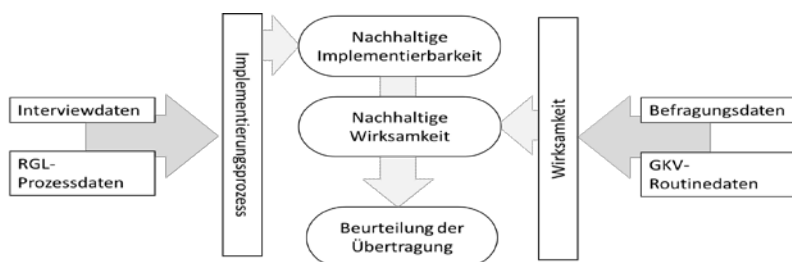


Abb. 4: Modell des Evaluationsdesigns

5.1 Prozessevaluation

Die Beurteilung des Implementierungsprozesses stützte sich zum einen auf von Beginn bis zum Ende des Projektes übermittelte Sekundärdaten aus der Dokumentation der Netzpraxen (RGL-Prozessdaten) und zum anderen auf Ergebnisse qualitativer Interviewdaten mit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten und den operativen Akteurinnen des VM und BM.

5.1.1 RGL-Prozessdaten

Das RGL dokumentierte alle MoniKa-Aufträge, deren Dauer, Datum, Empfänger, Auftraggeber und Tätigkeiten. Zusätzlich enthalten sind auch Informationen zum Einschreibedatum der/des jeweilige/n Patienten/in. Tabelle 4 gibt eine exemplarische Übersicht der Daten mit künstlichen Werten.

Pat.ID	Einschr.	MoniKa	Datum	Start	Ende	Arzt.ID	Praxis.ID	MoniKa-ID
20151	09.10.2017	HB	20.10.2017	10:00	11:00	111	112	1
21577	23.10.2017	HB	27.10.2017	09:15	10:30	112	110	2
21577	23.10.2017	HB	02.11.2017	11:00	12:30	112	110	2
21073	12.10.2017	HB	02.11.2017	15:00	16:15	114	105	1
20151	09.10.2017	TK	03.11.2020	11:00	11:20	111	112	1

Tab 4: Auszug aus den RGL-Prozessdaten, Werte geändert. HB= Hausbesuch; TK= Telefonkontakt

Diese Daten wurden quartalsweise über den dreijährigen Projektzeitraum durch das RGL an das IMVR übermittelt, dort aufbereitet und entsprechend der Evaluationszwecke ausgewertet. Das IMVR konnte alle relevanten Informationen generieren, bspw. Dauer und Art des MoniKa-Kontakttest und ID der Auftragspraxis. Dabei wurde ein Matching der Prozessdaten und Befragungsdaten aufgrund von ethischen Bedenken ausdrücklich (erleichterte Reidentifizierbarkeit) nicht vorgesehen und nicht möglich. Die Prozessdaten dokumentieren also den Verlauf der Implementierung, anhand der Frequenz der Delegation von MoniKa-Aufträgen und Patienteneinschreibungen in das Versorgungsmodell über den gesamten Zeitraum des Projektes. Aussagen zur Strukturetablierung und insbesondere zur Nachhaltigkeit der implementierten Versorgungsstruktur können anhand der Prozessdaten getroffen werden. Erfasst wurde die Anzahl der an MamBo teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, die Anzahl der von den Ärztinnen u. Ärzten eingeschriebenen Patientinnen und Patienten, der Einsatz der Monikas, die Anzahl der KVP-Meetings, ihre Teilnehmerzahl und deren Inhalte. Die Daten wurden in aggregierter Form. Die Ergebnisse wurden deskriptiv, quartalsweise über die gesamte Projektlaufzeit dargestellt, die Analyse erfolgte mittels Stata /MP 16.1 und Microsoft Excel.

5.1.2 Qualitative Daten

Ziel der Interviews war es ein Verständnis über die Implementierungsphasen des MamBo-Versorgungsmodells aus Sicht der Akteure zu erlangen und die gewonnenen Erkenntnisse zur Optimierung der MamBo-Strukturen zu nutzen. Zu den Interviews eingeladen wurden alle an dem Projekt teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen sowie MoniKas. Ziel war es bei den Ärzten und Ärztinnen eine A) „early adopter“ und B) „late adopter“ Gruppe zu bilden und zu untersuchen. Gruppe A) und B) unterscheiden sich mit Blick auf Ihr Einschreibedatum in das Projekt. Zusätzlich wurde auch eine wenig aktive Gruppe C) gebildet, die sich durch eine nicht-Nutzung des Versorgungsmodells, trotz Einschreibung in das Versorgungsmodell kennzeichnet. Das samplen der Gruppen wurde von dem IMVR initiiert und über das RGL direkt an die Ärztinnen und Ärzte kommuniziert. Insbesondere zur Identifikation und Erhebung der Gruppe C) war dieses Vorgehen vorteilhaft. Insgesamt wurde beabsichtigt, alle Ärzte und Ärztinnen innerhalb der jeweiligen Gruppen zu erheben, was jedoch aufgrund der Freiwilligkeit zur Teilnahme an der qualitativen Evaluation nicht möglich war.

Um eine Vergleichbarkeit gewährleisten zu können, wurden basierend auf der Diffusionstheorie Rogers [Rogers 2003], halb-strukturierte Interviewleitfäden entwickelt. In allen Interviews und Fokusgruppen wurden die Erwartungen an MamBo, die Beurteilung der Strukturen von MamBo, die Nützlichkeit des Change- Managements, sowie deren wahrgenommene Vorteile und ein Ausblick mittels Übertragung in die Regelversorgung thematisiert. Später wurden auch die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Implementierung und die Nutzung des Versorgungsmodells MamBo thematisiert. Die Leitfäden wurden an den Hintergrund und die Funktion der jeweilig interviewten Zielgruppe angepasst. Alle durchgeführten Interviews

wurden aufgezeichnet, anonymisiert und transkribiert [Fuß und Karbach 2014; Patton 2015]. Anschließend erfolgte eine inhaltsanalytische Auswertung der Transkripte nach Mayring, indem mit Hilfe der Analysesoftware MAXQDA sowohl deduktive Themenkategorien als auch induktive Kategorien abgeleitet wurden und die Aussagen der Interviewten entsprechend zugeordnet (kodiert) wurden [Mayring 2008].

5.2 Evaluation der Wirksamkeit

Für die Evaluation der Wirksamkeit des Versorgungsmodells wurden zum einen Ergebnisse aus prä-post Befragungen von teilnehmenden Versicherten und Arztpraxen (ärztliches Personal und Mitarbeitende) und zum anderen Analysen im quasiexperimentellen Design aus GKV-Routinedaten herangezogen. Mit Einschreibung in das Projekt erhielten die Ärztinnen u. Ärzte, Praxismitarbeitenden und Patientinnen und Patienten eine Einladung und die Einwilligung zur Befragung zugeschiedt (t0 Fragebogen). Die Interventionsdauer, also der Abstand zwischen Baselinemessung (t0 Fragebogen) und post-Messung (t1 Fragebogen) wurde mit einem 1 Jahr definiert. Aufgrund der schleppenden Fallzahlentwicklung in den Jahren 2018 und 2019 wurde die Interventionsdauer sowohl für das ärztliche Personal als auch für eingeschriebene MamBo-Teilnehmende ab November 2019 von 12 Monaten auf sechs Monate verkürzt. Somit erfolgte keine Befragung innerhalb von generalisierten Erhebungswellen, sondern entlang individueller Interventionszeiträume.

5.2.1 Praxisbefragung

Ziel der Befragung der teilnehmenden Netzpraxen war es, den wahrgenommenen Nutzen des Versorgungsmodells MamBo auf Seiten der Leistungserbringenden zu erheben (Wirkung). Die Annahme war, dass mit der Teilnahme am Versorgungsmodell eine Entlastung der ärztlichen Praxen, ein Informationsgewinn auf Seite der Ärztinnen u. Ärzte sowie einer effizienteren Ressourcenallokation, einhergeht. Neben soziodemografischen Daten wurden Strukturkennzahlen der Praxis (z.B. Anzahl MFAs, Gemeinschaftspraxis/Einzelpraxis) und Prozesskennzahlen (z.B.: Praxisbelastung, Informationsbeschaffung, Ablauforganisation, Patienten- u. Patientinnensicherheit) erhoben.

Zu den Endpunkten der Praxisbefragung zählen u. A. die Arbeitsbelastung (Psychophysische Überforderung) [Bartholomeyczik 1997], die Patienten- u. Patientinnensicherheit (Subskala: Overall perceptions of safety (HSOPS)) [Hammer et al. 2011], das Sozialkapital der Mitarbeitenden einer Organisation [Pfaff 2003] und die Ablauforganisation (Subskala: Planabweichung; Subskala: interne Koordination) [Pfaff 2003] erhoben (für genauere Details, u. A. weitere Endpunkte sehen Sie bitte Evaluationsbericht Seite: 108-109).

Fallzahlenplanung

Beruhend auf der Theorie Rogers wurde angenommen, dass im ersten Projektjahr 40 % der potenziellen 40 RGL-Netzpraxen am Versorgungsmodell teilnehmen [Rogers 2003]. Im zweiten und dritten Projektjahr wurde mit einer weiteren Beteiligung von n = 40 Praxen gerechnet. Pro Praxis wurden im Durchschnitt vier Praxismitarbeiterinnen erwartet. Mit Verlängerung des Projektes wurde die Fallzahl für die Praxisbefragung, entsprechend der bis dahin beobachtbaren Entwicklungen, auf 40 Ärztinnen und Ärzte und rund 160 Mitarbeitende angepasst. Geplant war eine Erhebung im Längsschnitt für die Ärztinnen und Ärzte (Individualebene) sowie für die Mitarbeitenden (auf Praxisebene). Aufgrund des geringen Rücklaufs und der zu geringeren und verspäteten Einschreibung von teilnehmenden Praxen an Mambo hatte die Längsschnitterhebungen erhebliche Limitationen (für näheres sehen Sie bitte Evaluationsbericht Seiten: 20; 102; 118-119). Ziel war es alle an dem Projekt teilnehmenden zu zwei Zeitpunkten zu befragen. Insgesamt wurde die Fallzahlplanung der zu evaluierenden Ärztinnen und Ärzte sowie deren Mitarbeitenden nicht entlang einer vorab Powerberechnung

erstellt, sondern die Fallzahlplanung hatte eine Vollerhebung der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte zum Ziel. Insgesamt wurden während der Projektlaufzeit 44 Ärztinnen und Ärzte in MamBo eingeschrieben, da die Ärztinnen und Ärzte Befragung eine Vollerhebung der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte zum Ziel hatten, waren diese 44 die tatsächliche Zielgröße. Davon wurden 19 Ärztinnen und Ärzte zu zwei Zeitpunkten und 28 zu mindestens einem Zeitpunkt befragt, was eine Rücklaufquote von etwa 43% bzw. 63% entsprach. Zusätzlich erfolgte eine Querschnittsbefragung nicht-teilnehmender Praxen, um potenzielle systematischen Unterschiede zwischen teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Arztpraxen zu ermitteln. Leider wies die Querschnittsbefragung der nicht-teilnehmenden Praxen eine sehr geringe Rücklaufquote auf, da diese, aufgrund von Auflagen der Ethikkommission, zunächst eine Einwilligung zu Befragung (n=32), dann eine Zusendung der Befragung und Rücksendung (n=5) erforderte (siehe auch Evaluationsbericht Seite: 20). Die Fallzahlplanung der Praxismitarbeitendenbefragung ging von einer Teilnahme von vier Praxismitarbeitenden pro Praxis aus, in Realität wurde jedoch der Fragebogen von je einem Praxismitarbeitenden je Praxis ausgefüllt. Sodass insgesamt die Praxismitarbeitenden Befragung eine ähnlich zu der Ärzte- und Ärztinnenbefragung hohe Anzahl an Längsschnittbefragungen aufweist (n=22).

Auswertung

Die postalische Arzt- und Mitarbeitendenbefragung können nur deskriptive Auskünfte geben, da die Anzahl der Observationen nicht ausreichend ist, um signifikante Effekte abschätzen zu können. Zudem erfolgte zu keinem Zeitpunkt eine Powerberechnung für etwaige Effektstärken, sodass die Analysen einen deskriptiven Charakter besitzen. Dennoch wurden für den Vergleich der Gruppen und der prä-post Vergleiche der Endpunkte zweiseitige t-Test für unabhängige und abhängige Stichproben vorgenommen [Mohler 2000].

5.2.2 Patienten- u. Patientinnenbefragung

Für die MamBo Patienten und Patientinnenbefragung wurden nur an dem Versorgungsprojekt MamBo teilnehmende Patienten und Patientinnen befragt. Zudem wurden nur Patienten und Patientinnen befragt, die eine Einwilligung zur Befragung angegeben haben. Die Einwilligung (EV) zur Befragung wurde mit Einschreibung in das Projekt durch die / Ärztin oder den Arzt gegeben oder nicht gegeben. Eine Einschreibung in das Projekt war unabhängig von der Teilnahme an der Befragung möglich. Anschließend wurden die EVs zur Teilnahme an der Befragung durch das RGL an das IMVR gesendet. Es erhielten nur Patientinnen und Patienten einen Fragebogen, von denen eine positive EV zur Befragung am IMVR eingingen. Eine Längsschnittsbefragung von allen Patienten und Patientinnen wurde angestrebt. Als **primäre patienten- u. patientinnenbezogene Endpunkte** wurde **die Bewertung der objektiven Versorgungsqualität** (PACIC-11) [Götz et al. 2012], **die soziale Unterstützung** (BS6 Skala), die **Medikationsadhärenz** (MARS-5D) [Mahler et al. 2020] sowie das **mentale Wohlbefinden** (WHO-5) [Topp et al. 2015] festgelegt. Hierzu wurden jeweils international validierte Befragungsinstrumente zum Zeitpunkt t0 und t1 verwendet. Auskunft zu den primären Endpunkten und deren angenommenen Effektstärke gibt Tabelle 3.

Insgesamt wird die Wirksamkeit von MamBo bei der Patienten und Patientinnenbefragung für alle in das Projekt eingeschriebene und zu zwei Zeitpunkten befragten Patienten und Patientinnen bestimmt. Dabei wird zwischen der Gesamtpopulation G und den Subpopulationen G0 und G1 unterschieden.

Fallzahlenplanung

Insgesamt ist anzunehmen, dass bei den Patient:innen aus der Gesamtpopulationen G mit einer MoniKa-Intervention (G1) stärkere Effekte auftreten, als bei der Gesamtpopulation G, da diese

noch die Informationen der Subgruppe (G0) beinhalten, die lediglich über die MamBo-Versorgungsstruktur profitieren können. Es gilt daher:

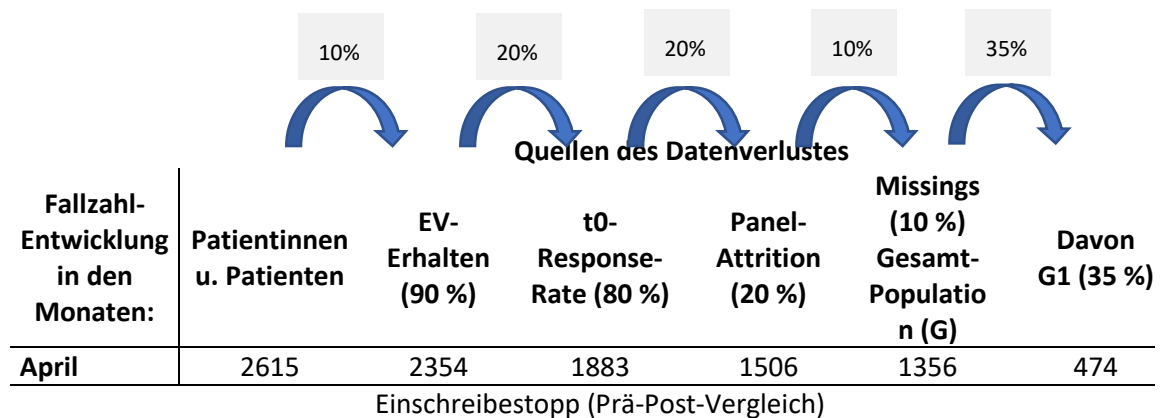
$$\text{Annahme 1: } dG_1 \left(\frac{\mu_{it1} - \mu_{it0}}{\sigma_i} \right) > dG \left(\frac{\mu_{it1} - \mu_{it0}}{\sigma_i} \right) > dG_0 \left(\frac{\mu_{it1} - \mu_{it0}}{\sigma_i} \right)$$

wobei d die Effektstärke ist, G_1 für Patient:innen mit MoniKa-Intervention und G_0 , die Effektstärke für die Patient:innensubgruppe mit der MamBo-Intervention lediglich über die Struktur und G die Gesamtpopulation darstellt; μ der Mittelwert, i der Laufindex (Zählvariable) für den jeweiligen Endpunkt zum jeweiligen Zeitpunkt t_0 oder t_1 und σ_i die gepoolte Standardabweichung für des jeweiligen Endpunkts ist. Basierend auf dieser Annahme zeigt die Tabelle 5 die Powerberechnung, das n und die Effektstärken für die Gesamtpopulation und der Subgruppe G1 der prä-post befragten Patienten und Patientinnen an:

Endpunkte	Erw. Cohen's d in G0	N für 80 % Analyse-Power	Erw. Cohen's d in G1	N für 80 % Analyse-Power
BS-6 TS (Verfügbare Unterstützung)	0.125	1005	0.300	175
BS-6 ES (Emotionale Unterstützung)	0.110	1298	0.200	400
MARS-5D (Medikationsadhärenz)	0.130	929	0.185	459
PACIC-11 (Obj. Versorgungsqualität)	0.130	929	0.185	459
WHO-5 (Mentales Wohlbefinden)	0.130	929	0.185	459

Tab. 5: Erwartete Effektstärken und benötigte Fallzahl der Endpunkte nach Gruppen

Die benötigte Anzahl eingeschriebener MamBo-Teilnehmender ist abhängig von der Responserate, der Attrition, basierend auf Panelmortalität, sowie den fehlenden und unvollständigen Werten. Tabelle 6 gibt Auskunft über die Verlustquellen und ihre Anteile zum Endpunkt der Patienten- u. Patientinneneinschreibung.



Tab. 6: Entwicklung der Fallzahlen

Auswertung:

Die t_0 befragten und die t_0 und t_1 befragten Versicherten wurden mit Blick auf soziodemographische Charakteristika verglichen um systematische Dropouts zu identifizieren. Die bivariaten statistischen Analysen erfolgten für die Gesamtpopulation G sowie der G0 und G1 Subpopulation entlang der prä-post Mittelwertunterschiede in den genannten Endpunkten (verbundener t-Test) sowie den Cohen's D Effektschätzern. Zudem wurde auf signifikante

Unterschiede zwischen Gesamtpopulation und G0 und G1 mittelst unverbundenem t-Test geprüft.

Die komplexeren, multivariaten Analysen, erfolgten mittels gewichteten Regressionsmodellen. Die Gewichte wurden anhand des inverse-probability weighting (IPW) Verfahren geschätzt. Für die IPW Schätzung wird die Wahrscheinlichkeit für die Zuweisung in die G1, also den Erhalt der MoniKa-Intervention, geschätzt. Als Vorhersagevariablen wurden Merkmale genommen wie u. A. die Mobilität, Morbidität und das Alter, die einen Erhalt der MoniKa-Intervention (G1) wahrscheinlich gemacht haben (siehe auch, Evaluationsbericht Seite: 27.). Die Unterschiede zwischen G0 und G1, die nicht durch die Intervention verursacht wurden, sind durch die IPWs reduziert, sodass die gewichteten Regressionsmodelle die Unterschiede in den Endpunkten auf Unterschiede in den Erhalt der MoniKa-Intervention (G1) oder nicht Erhalt der MoniKa-Intervention (G0) zurückführen lässt.

Aufgrund der fehlenden Befragung multimorbider Patienten, die nicht in MamBo teilnehmen (weder G0 und noch G1), handelt es sich bei der G0 Gruppe der Befragten um keine klare Kontrollgruppe, da diese Patienten und Patientinnen durch die Struktur des MamBo Versorgungsmodell vermeintlich profitierten. Aufgrund von Vorgaben der Ethikkommission, durften die Informationen der Praxisbefragung und Patientenbefragung nicht miteinander gematcht werden. Ein Matching dieser Daten hätte bei der Berechnung der Gewichte zusätzlich Rücksicht finden können. Die interne Reliabilität der Untersuchung leidet aufgrund der fehlenden „saubere“ Kontrollgruppe und das fehlende Matching der Daten (und hat eine potenzielle Unterschätzung der Effekte der MoniKa-Intervention (G1) zur Folge (siehe auch, Evaluationsbericht Seiten: 26-28, 118).

5.3 Gesundheitsökonomische Evaluation

Datengrundlage der vergleichenden retrospektiven Beobachtungsstudie sind die Abrechnungsdaten der Versicherten der pronova BKK, welche gemäß projektbezogener Datenfreigabe aus dem zentralen Data-Warehouse der Bitmarck extrahiert wurden. Die Informationen aus den einzelnen Leistungsbereichen können Versicherten individuell miteinander verknüpft werden. Die Operationalisierung der Kovariaten und Zielparameter erfolgte anhand der Versicherteninformationen (Geburtsdatum, Sterbedatum, Wohnort; Versicherungsstatus) sowie der Diagnosen (ambulant gesicherte sowie stationäre Entlassungsdiagnosen nach ICD-10-Schlüssel), der durchgeführten Prozeduren (Gebührenordnungspositionen im ambulanten Bereich sowie OPS-Codes im ambulanten und stationären Bereich) und der Arzneimittelverordnungen (ATC-Code oder PZN-Ebene) der Versicherten. Die Kosten sind aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung (Zahler-Perspektive) dargelegt. Sofern möglich, wurden Nettokosten ausgewiesen. Die Programmkosten der Intervention (einmalig 49 € bei Einschreibung und zusätzlich 149 € an das Ärztenetz) waren nicht in den Abrechnungsdaten enthalten, sondern wurden nachträglich jeder/m Teilnehmer*in zugewiesen.

Der Beobachtungszeitraum (Vor- und Nachbeobachtungszeitraum) der vorliegenden Evaluation erstreckte sich vom 01.07.2016 bis zum 30.06.2020. Die Berücksichtigung der MamBo-Teilnehmenden für die Interventionsgruppe erfolgte im Einschreibzeitraum vom 01.07.2017 bis zum 31.03.2019 (Zeitraum 1 für Zielparameter aus TP1, TP3, TP4a und Pflege) bzw. vom 01.07.2017 bis zum 30.09.2019 (Zeitraum 2 für Zielparameter aus TP3, TP4a und Pflege). Das Quartal der Einschreibung wurde für MamBo-Teilnehmende zur Differenzierung des Vor- und Nachbeobachtungszeitraums verwendet. Für die Versicherten der potenziellen Kontrollgruppe erfolgte - basierend auf der Verteilung der Einschreibung der MamBo-Teilnehmenden - eine

quasi-zufällige Zuteilung ihres Einschreibequartal / Pseudo-Einschreibequartals. Es wurde immer mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeitraum gefordert. Der patienten- u. patientinnenindividuelle Vorbeobachtungszeitraum umfasste vier Quartale und endete am letzten Tag vor Beginn des Einschreibequartal/ Pseudo-Einschreibequartals. Darin wurden die relevanten Kovariaten bestimmt, anhand derer die Angleichung der MamBo-Teilnehmenden und Nicht-Teilnehmenden mithilfe des Propensity Score Matching Verfahrens (PSM) erfolgten. Die Erhebung der Zielparameter erfolgte im patienten- u. patientinnenindividuellen Nachbeobachtungszeitraum von vier bzw. acht Quartalen beginnend mit dem ersten Tag des Einschreibequartal/ Pseudo-Einschreibequartals plus den drei bzw. sieben folgenden Quartalen. Siehe hierzu bitte Abbildung 5. Die Versicherten der Kontrollgruppe werden so gewählt, dass sie, mit Ausnahme der Teilnahme an dem MamBo -Vertrag, die gleichen Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen wie die Teilnehmer:innen.

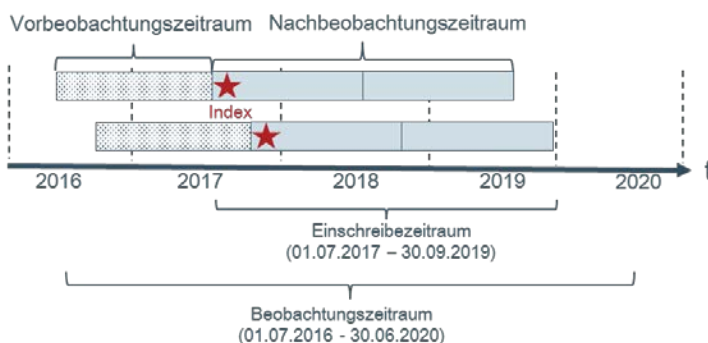


Abb. 5 Beobachtungszeitraum gesundheitsökonomische Evaluation

Die Auswertung erfolgte sowohl deskriptiv als auch testend (inferenzstatistische Verfahren, z.B. Test auf Mittelwertunterschiede mittels T-test und SMD) auf bestehende Unterschiede zwischen Teilnehmenden (Interventionsgruppe/ IG) und Nicht-Teilnehmenden (Kontrollgruppe/ KG). Die Quantifizierung des Gruppenunterschiedes zwischen Interventions- und Kontrollgruppe erfolgte bei diskreten Variablen mittels zweiseitigem t-Test und bei binären bzw. kategorialen Variablen mittel Chi²-Test. Als Maß für die Effektstärke wurde die Standardisierte Mittelwertdifferenz (SMD) in Form von Cohens D gebildet. Um für bestehende Unterschiede im Vorbeobachtungszeitraum zwischen beiden Gruppen (IG und KG) zu berücksichtigen, erfolgte zusätzlich die Ausgabe der Difference-in-Difference – Abbildung 6. Hierbei wurde der Unterschied im Anstieg einer Kennzahl zwischen IG und KG von Vorbeobachtungszeitraum zu Nachbeobachtungszeitraum gemessen. Die zu beobachtende Differenz zwischen beiden Gruppen kann als Effekt von MamBo interpretiert werden.

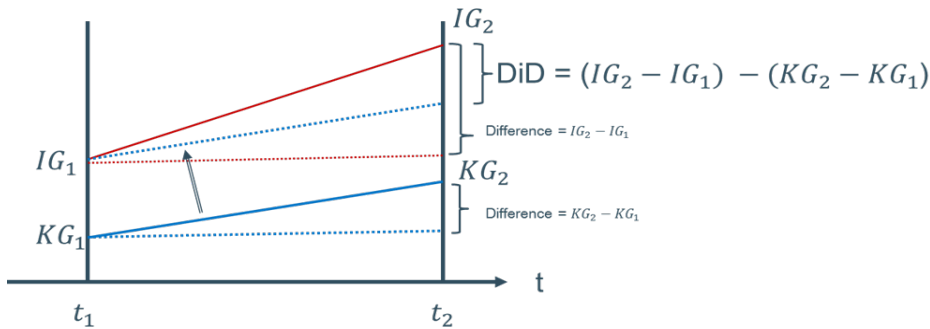


Abb. 6 Difference-in-Difference Schätzung

Für weitere Details zu Methodik der Gesundheitsökonomischen Evaluation sowie der Bildung der Interventions- aus MamBo-Teilnehmenden und Kontrollgruppe aus Nicht-Teilnehmenden sei auf den Evaluationsbericht verwiesen.

6. Projektergebnisse

6.1 Prozessevaluation

6.1.1 RGL-Prozessdaten

Diesem Bericht können aggregierte Projektergebnisse entnommen werden. Details und tiefergehende Informationen können im Evaluationsbericht nachgelesen werden.

- Zum Projektende nahmen 40 Ärztinnen und Ärzte aus 26 niedergelassenen Praxen an der neuen Versorgungsform teil, die durchschnittlich 72,46 Teilnehmende in MamBo einschrieben. Rund 36% der 2681 eingeschriebenen Teilnehmenden waren MoniKa-Patientinnen- und Patienten. Während der Laufzeit stieg der Anteil von eingeschriebenen TN mit MoniKa-Intervention auf 76 % an. Im Durchschnitt war eine Patientin/ ein Patient 2,3-mal persönlich im Kontakt mit einer MoniKa, wobei der persönliche Patienten- u. Patientinnenkontakt dabei durchschnittlich 90,72 Min. pro Patientin/ pro Patient in Anspruch nahm (inkl. Besuchs-, Dokumentations-, Koordinations- und Fahrtzeit). Die Auswirkungen der Corona-Pandemie lassen sich an den im Vergleich verringerten persönlichen Kontakten und gleichzeitig hohen Anzahl von erbrachten MoniKa-Leistungen im zweiten Quartal 2020 ablesen. Auch im dritten Quartal 2020 fanden weniger persönliche Kontakte statt. Teil der Prozessevaluation waren ebenfalls 27 KVP Workshops, zusammengefasst dargestellt in der Abbildung 7. Die Konzepte und Materialien für die Schulungen und Workshops im Rahmen des KVP und des BM (z. B. Konzeptpapiere, Präsentationen, Handouts, Ergebniszusammenfassungen etc., analog zu Abb. 7) sind als Anlagen 1-47 beigefügt. Schulungsmaterialien für das BM liegen nicht vor, da diese nicht durchgeführt wurden. Die bei Antragstellung, in dem Finanzplan deklarierten (gesperrten) Kosten, wurden nicht abgerufen. Es zeigte sich im Projektverlauf, dass die vorhandenen Kompetenzen vorhanden ausreichend waren. Darüber hinaus lies die sehr aufwändige Projektadministration nur noch wenig zeitlichen Spielraum. Freie Ressourcen wurden für den BM-Einsatz verwendet.



Abb. 7: Zusammenfassung wesentlicher Informationen über die stattgefundenen KV-Prozesse

6.1.2 Qualitative Daten

In drei Erhebungswellen (2018, 2019, 2020) wurden jeweils eine Fokusgruppe und ergänzende persönliche sowie telefonische Einzelinterviews mit teilnehmenden ärztlichem Fachpersonal realisiert. In zwei Erhebungswellen (2019, 2020) wurden jeweils eine Fokusgruppe mit den Monitoring- und Koordinationsassistentinnen (MoniKas) interviewt und Einzelinterviews mit den Akteurinnen u. Akteuren des BM- und VM geführt. Die Nützlichkeit des Change-Managements als Implementierungsstrategie wurde zudem um die Perspektive der Organisationsberatung (Change-Management) selbst erweitert. Abbildung 8 und Abbildung 8a kontrastieren die geplanten qualitativen Evaluationselemente von den realisierten qualitativen Evaluationselementen. Die Unterschiede verdeutlichen den Mehraufwand bei der qualitativen Evaluation, der durch den verzögerten Start des gesamten Projektes bedingt wurde (z.B. verzögerte Einschreibung von Ärzt:innen in das Projekt). Zudem wurde auf mangelnde Teilnahme auf an den Fokusgruppen mit Einsatz von Einzelinterviews durch den Evaluator reagiert.

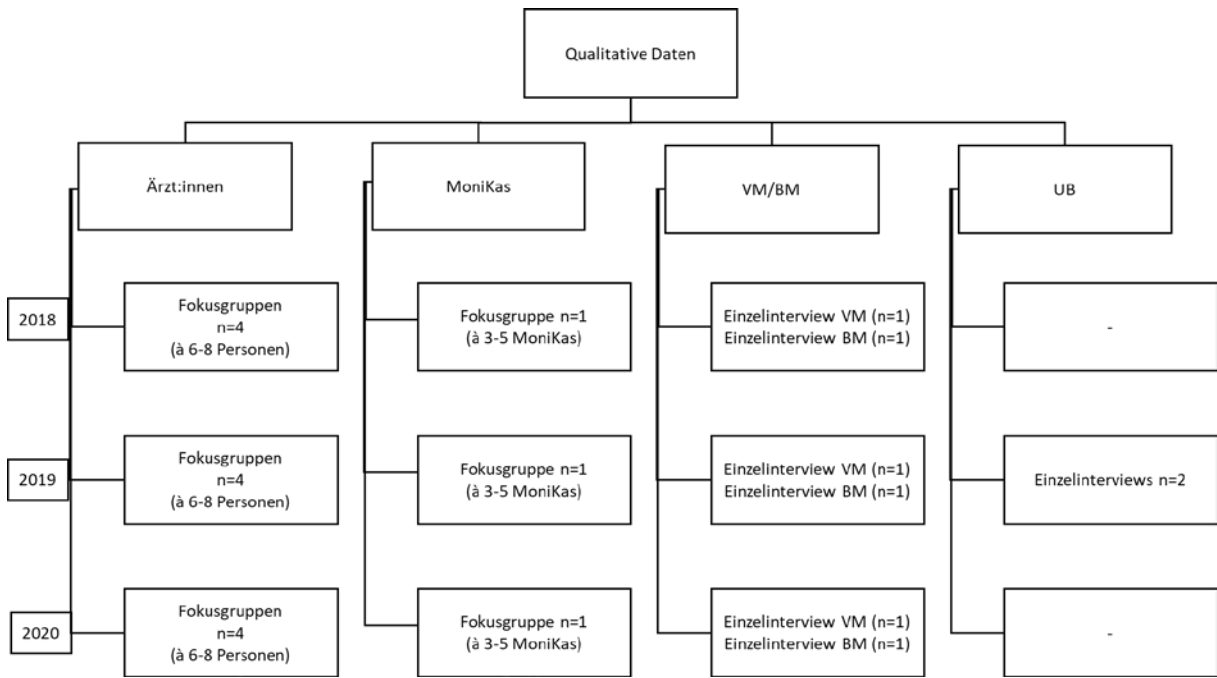


Abb. 8 Geplante qualitative Evaluationselemente

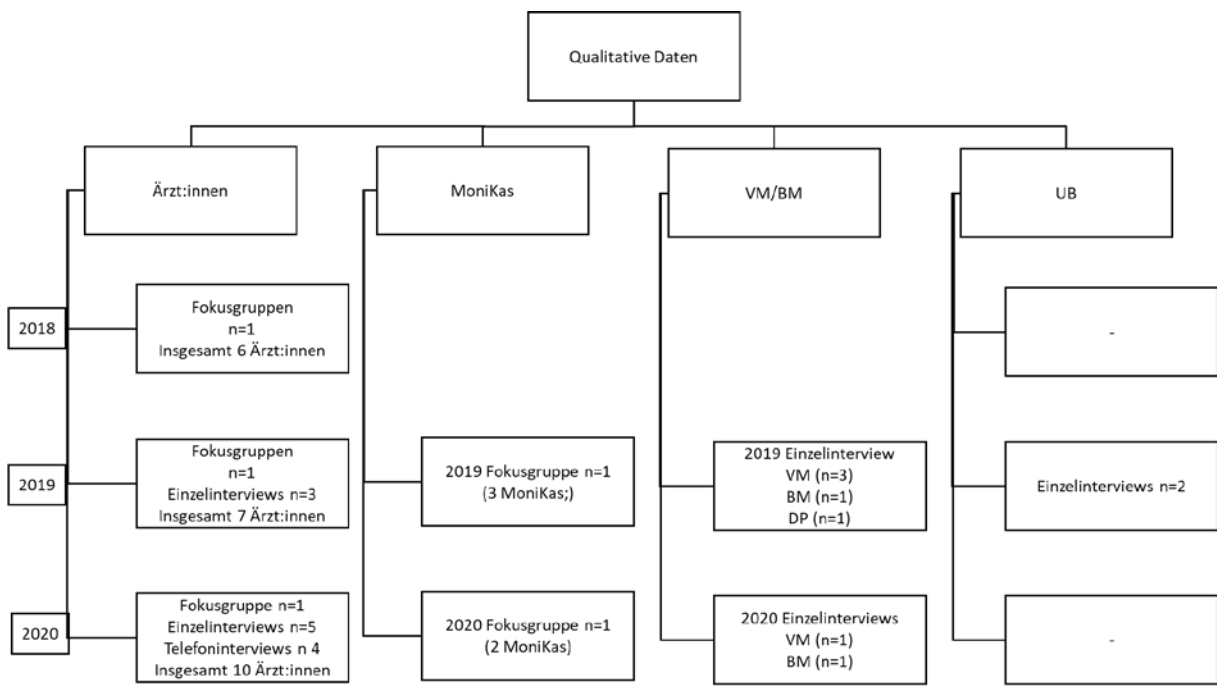


Abb. 8a Realisierte qualitative Evaluationselemente

Nachhaltige Implementierbarkeit

Aus der formativen Evaluation wurde im Projektverlauf deutlich, dass die Innovation an der ersten Versorgungsebene bei den Hausärztinnen und Hausärzten ansetzt. Es zeigte sich im Verlauf eine steigende Akzeptanz der Leistungserbringenden und daraus resultierend eine Verbreitung in der Zielregion Leverkusen. Dies gilt allerdings ausschließlich für die Strukturen der „MoniKa-Intervention“. Die Struktur des BM, inklusive der Bedarfsanalysen und KVP-Workshops mit Kostenträgern und Leistungserbringenden, konnte nicht nachhaltig

implementiert werden. Darüber hinaus hielt die Nutzung einer Netzakte, zwecks digitaler Vernetzung, den Anforderungen der Netzpraxen nicht stand.

Förderliche Faktoren

Das extern begleitete Change-Management und KVP wirkten sich positiv auf den Aufbau der MamBo-Strukturen aus. Regelmäßige am Bedarf orientierte Prozessanpassungen sowie Workshops in den teilnehmenden Praxen förderten die Annahme der neuen Versorgungsform. Förderlich für die Verbreitung des innovativen Versorgungsmodells MamBo war die Nutzung und Kommunikation über verschiedene Medien und regelmäßige Informationsveranstaltungen (für TN und Ärztinnen und Ärzte). Vor allem die persönlichen Praxisbesuche und Aufklärungsgespräche (externe Beratung, RGL) wirkten sich als positiver Akzeptanzhebel auf Arztseite aus.

Nützlichkeit des Change - Managements

Auf Grundlage der Interviews mit den Akteurinnen u. Akteuren des VM und BM sowie mit der externen Beratung erwies sich die Begleitung des Implementierungsprozesses durch ein externes Change-Management für MamBo als nützlich. Dies zeigte sich insbesondere auf konzeptioneller und organisatorischer Ebene und im Aufbau der Strukturen im VM und BM. Die Kommunikation zwischen den verschiedenen Projektbeteiligten konnte durch spezifische Methoden der Unternehmensberatung, wie Moderation und Mediation, gefördert und verbessert werden. Die Unternehmensberatung verfolgte die Strategie, Kompetenzen zu vermitteln und die Projektbeteiligten für ein nachhaltiges Projektmanagement zu befähigen. Die KVP-Workshops erwiesen sich als geeignetes Instrument um Ziele und Strategien kooperativ und unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Interessen (VM, BM, Praxen) zu entwickeln. Weniger erfolgsversprechend zeigte sich der Einfluss des extern begleiteten Change-Managements für die Optimierung interner Praxisstrukturen. Die Veränderungsbereitschaft in den Praxen konnte aber durch Maßnahmen des VM (KVP-WS, Feedbackschleifen, Vertrauensförderung, regelmäßiger Praxiskontakt) zumindest angestoßen werden.

Hemmende Faktoren

1. Wesentlicher Baustein des Projektantrages war der Einsatz der elektronischen Netzakte. Diese hatte das Ziel der Effizienzsteigerung der Kommunikation innerhalb der Versorgungsstruktur. In der praktischen Umsetzung zeigte sich jedoch, dass vor allem durch einen zusätzlichen Ressourcenaufwand für die Dokumentation in der Netzakte, die Umsetzung der MamBo-Strukturen in den ärztlichen Praxen erschwert wurde. Die gewünschte digitale Vernetzung Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen untereinander und mit dem Versorgungsmanagement war aus den vorgenannten Gründen erschwert. Ein weiteres Hemmnis war der Wegfall der Netzakte im Projektverlauf, der durch einen Anbieterwechsel (theracase Smart-Q) teilweise kompensiert werden konnte.
2. Für einige befragte Ärztinnen/ Ärzte war ein Mehrwert für die Einschreibung "fitter" Patientinnen und Patienten nicht erkennbar, da nicht unmittelbar nach Einschreibung eine Betreuung durch die MoniKa erforderlich war. Insgesamt erwies sich, in Übereinstimmung mit der Theorie Rogers, ein Mangel an wahrgenommenem Vorteil als hemmend für den Implementierungsprozess.
3. Andere Versorgungsstrukturen, die ähnlich gelagert waren, in der Betreuung der Patientinnen und Patienten, führten ebenfalls auf Seiten der ärztlichen MamBo-TN zu Irritationen. So erhöhten unter anderem unterschiedliche Einschreibekriterien die Komplexität der Implementierung.

Auswirkungen der Corona Pandemie

Während der ersten Phase der Covid-19-Pandemie im Frühjahr 2020, fand ausschließlich eine telefonische Betreuung durch die MoniKas statt. Die MoniKas sowie die Leitung des VM berichteten über einen erhöhten Bedarf an emotionaler Unterstützung und eine Verschiebung relevanter Versorgungsbedarfe. Neben Ängsten vor der Erkrankung an Corona, brachen zahlreiche ambulante Strukturen für die Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten weg (u.a. Tagespflege, 24 Stundenpflege, Betreuungsdienste). Menschen die vor der ersten Welle der Pandemie bereits die MoniKa-Versorgung in Anspruch nahmen, wurden weiter von den MoniKas betreut. Die Interviewten verdeutlichen die Relevanz der MoniKa-Intervention in solchen Krisenphasen. Die erste Pandemiewelle hatte einen Rückgang von Einschreibungen zur Folge. Auch fielen regelmäßige Praxisbesuche durch den Außendienst des VM weg. Die für die Implementierung bzw. nachhaltige Nutzung der Strukturen förderlichen regelmäßige Erinnerungen erfolgten somit in dieser Phase des Projektes nicht. Da die Strukturen des BM nicht weiter genutzt wurden, hatte die Pandemie hier keine negative Auswirkung.

6.2 Effektevaluation

6.2.1 Praxisbefragungen

Folgend sind in Tabelle 7 die Rücklaufquoten Praxisbefragungen aufgezeigt.

	<i>TN Ärzte / Ärztinnen N</i>	<i>Prozent</i>	<i>Praxis- mitarbeitende N</i>	<i>Prozent</i>	<i>Nicht-TN Ärzte/ Ärztinnen N</i>	<i>Prozent</i>
EV für Fragebogen	43	100 %	97	100 %	32	100%
t0 Fragebogen – Netto Responserate t0 & t1 Fragebogen	28	65,21 %	47	48,45 %	5	15,63 %
	19 (Netto-Panel-Attrition: 32,14 %)	44,19 %	22 (Netto-Panel-Attrition: 53,19)	22,68 %	-	

Tab. 7 MamBo Rücklauf Praxisbefragungen

Legende: TN= Teilnehmende; EV=Einverständniserklärung;

Netto-Responserate = (F0 Fragebogen / EV und Fragebogen)*100 ; Netto-Panel-Attrition = [1-(t0 & t1 Fragebogen / t0 Fragebogen)]*100

Die Netto-Panel-Attrition gibt den Anteil der Ärzte und Ärztinnen bzw. der Praxismitarbeitenden an, der zwar zu t0 befragt werden konnte aber nicht zu t1. Dieser beträgt für die Ärzte und Ärztinnen 32,14 %, wohingegen die Netto-Panel-Attrition für die Praxismitarbeitenden bei 53,19 % liegt. Gründe für die höhere Attrition bei den Praxismitarbeitenden sind zum einen die nicht klare Pseudonymisierung innerhalb der Praxis der Mitarbeitenden (siehe auch, Evaluationsbericht Seiten: 20; 112-116) und mögliche Fluktuationen der Praxisbelegschaft. Insgesamt nehmen Ärztinnen und Ärzte MamBo als Entlastung, Informationsgewinn (Gesundheitszustand und häusliches Patienten- u. Patientinnenumfeld) und verbesserte Ressourcenallokation (z. B. Verbesserung der Zusammenarbeit mit Pflegediensten und

Hospizen) für die Arztpraxis wahr, jedoch überwiegend im Zusammenhang mit der MoniKa-Intervention. Die befragten Praxismitarbeitenden nehmen eine stärkere Einbindung in die Patienten- u. Patientinnenversorgung (62%) wahr. Knapp über die Hälfte der befragten Mitarbeitenden gibt einen (nicht signifikant) erhöhten Dokumentationsaufwand (prä-post Vergleich) an. Eine signifikante Veränderung bei Arbeitspensum, Arbeitsbelastung oder allgemeiner Belastung (Ziel: Entlastung) und in der Ablauforganisation (Ziel: verbesserte Ressourcenallokation) konnte nicht beobachtet werden. Auch bei den validierten Skalen *Patienten- u. Patientinnensicherheit* und *Sozialkapital der Mitarbeitenden einer Organisation* zeigen sich keine signifikanten Unterschiede im prä-post Vergleich der Praxisbefragungen (siehe Tab. 8).

Validierte Erhebungsinstrumente	Ärzte- u. Ärztinnenbefragung				Mitarbeitendenbefragung			
	Prä-MamBo (t0)		Post-MamBo (t1)		Prä-MamBo (t0)		Post-MamBo (t1)	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Arbeitsbelastung [5] Psychophysische Überforderung	14,84	2,48	15,21	3,44	11,23	3,89	12,36	3,79
Patienten- u. Patientinnensicherheit [6] Subskala: Overall perceptions of safety (HSOPS)	17,37	1,71	16,79	1,90	17,90	2,84	17,14	2,94
Sozialkapital (der Mitarbeitende einer Organisation) [12]	20,78	2,62	20,84	2,22	21,79	2,97	20,79	3,51
Ablauforganisation [12] Subskala: Planabweichung	6,05	2,17	6,11	1,88	5,71	1,87	5,81	1,78
Subskala: interne Koordination	6,47	1,74	7,05	2,93	6,71	2,41	6,71	2,67

* $p < 0,05$; signifikante prä-post Unterschiede

Tab. 8: Prä-Post Vergleich der Mittelwerte mit Standardabweichung validierter Skalen

Eine Übersicht der nicht prä-post Unterschiede zu den nicht validierten Skalen kann dem Evaluationsbericht (Seite 104 Tabelle 18) entnommen werden. Es zeigt sich eine signifikant erhöhte Beanspruchung zeigt sich bei der Informationsbeschaffung, zur ärztlichen Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten, nach der Erklärung der Teilnahme bei den Ärztinnen und Ärzten. Entgegen der angenommenen Wirkung und des, bei direkter Erfragung, beobachtbaren Informationsgewinns lässt sich dieser Effekt nur schwer erklären und könnte Stichprobengrößen bedingt auch zufällig sein (siehe auch Evaluationsbericht Seite 109). Möglicherweise wurde die Komplexität der Informationsbeschaffung bei der Behandlung von multimorbiden TN durch die MoniKa-Intervention vom ärztlichen Fachpersonal stärker wahrgenommen. Im Rahmen der Nicht-Teilnehmenden Befragung wurde ein zu geringer Kontakt mit multimorbiden Patientinnen und Patienten als häufigster als Grund für die nicht-Teilnahme genannt. Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass nur fünf nicht-teilnehmende

Ärztinnen und Ärzte an der Befragung teilnahmen und diese, aufgrund ihrer Fachrichtungen nicht die gewünschte Zielgruppe für die nicht-Teilnehmenden Befragung darstellte. Insgesamt handelt es sich bei der Befragung des ärztlichen Personals und Mitarbeitender um eine Stichprobenbetrachtung. Somit können keine Aussagen zur signifikanten Verbesserung der Versorgung durch das Versorgungsmodell auf Leistungserbringerebene getroffen werden. Die Ergebnisse der Praxisbefragung haben somit einen deskriptiven Charakter und müssen in Kombination mit den Erkenntnissen aus der Prozessevaluation betrachtet werden.

6.2.2 Ergebnisse Befragungen von Patientinnen und Patienten

Tab. 9 beschreibt die Merkmalsverteilung der MamBo-Stichprobe aus der Patienten- u. Patientinnenbefragung. Es wurden 1.754 Versicherte zu t0 befragt und 1.342 zu t0 und t1 befragt. Es kann eine geringfügige Selektion gegen ältere Befragte festgestellt werden, da das Durchschnittsalter von 73,30 zu t0 auf 73,05 zu t1 sank. Insgesamt wurden etwas mehr weibliche Versicherte als männliche Versicherte befragt. 30,48% der prä-post befragten Patienten u. Patientinnen hatten zumindest einen Befragungszeitpunkt während der Covid-19-Pandemie und 7,75% der Patienten u. Patientinnen hatten beide Befragungszeitpunkte und somit Ihre komplette Interventionszeit während der Covid-19-Pandemie. Von Interesse für die Effektanalyse ist die prä-post befragte Gruppe. In dieser beobachteten Gruppe haben ca. 26 % (n = 354) eine MoniKa-Intervention erhalten. Damit wird die anvisierte Anzahl von 474 prä-post beobachteten Patienten u. Patientinnen mit MoniKa-Intervention unterschritten.

Merkmale	Prozent/ Mittelwert	n
Alter	73,30	1751
Geschlecht		
Weiblich	52,80%	918
Männlich	47,20%	820
Prä & Post Befragte Patientinnen u. Patienten		
Alter	73,05	1341
Geschlecht		
Weiblich	51,69%	688
Männlich	48,31%	643
Hospitalisierung		
Ja	25,71%	345
Nein	74,29%	997
Intervention während Covid-19 Pandemie (t1)		
Ja	30,48%	409
Nein	69,52%	933
Intervention während Covid-19 Pandemie (t0 & t1)		
Ja	7,75%	104
Nein	92,25%	1238
MoniKa-Intervention erhalten		
Ja	26,38%	354
Nein	73,62%	988
Sechs-Monate Intervention (t0 & t1)		
Ja	17,59%	236
<i>Von Ja: während Covid-19 Pandemie (t0 & t1)</i>	44,06%	104
Nein	82,41%	1,106

Tab. 9 Merkmalsverteilung der befragten Patienten u. Patientinnen u. Patientinnen

Insgesamt wurden 236 Patienten u. Patientinnen mit nur sechs Monaten Interventionszeit beobachtet (t1 Erfassung sechs-Monate nach t0 Erfassung). Von diesen 236 liegen 104 auf dem Zeitraum der Covid-19-Pandemie.

Eine detaillierte Beschreibung der deskriptiven Charakteristiken der Befragten Patienten u. Patientinnen, differenziert nach Gesamtpopulation G und Subpopulation G0 und G1 kann dem Evaluationsbericht entnommen werden (Seite 118-119: Tabelle 25). Auffällig ist, dass mit einem Durchschnittsalter von 73 und einer Prävalenz der Herzinsuffizienz von 31,5% bei den Prä-Post Befragten, von einer stark morbid Population ausgegangen werden kann.

Die Werte der internen Reliabilität der für die prä-post Evaluation verwendeten validierten Instrumente werden in Tabelle 10 abgebildet. Insgesamt zeigen die bereits validierten Befragungsinstrumente eine hohe interne Reliabilität (Cronbach's Alpha >0,8). Lediglich die Medikationsadhärenz hat eine „nur gute“ interne Reliabilität mit einem Cronbach's alpha von <0,8; >0,7.

<i>Endpunkte</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>	
	<i>Reliabilität t0</i>	<i>Reliabilität t1</i>
<i>BS-6 TS (Verfügbare Unterstützung)</i>	0.868	0.847
<i>BS-6 ES (Emotionale Unterstützung)</i>	0.881	0.879
<i>BS-6 (Gesamt)</i>	0.891	0.885
<i>MARS-5D (Medikationsadhärenz)</i>	0.725	0.773
<i>PACIC-11 (Obj. Versorgungsqualität)</i>	0.843	0.851
<i>WHO-5 (Mentales Wohlbefinden)</i>	0.912	0.909
<i>HPC (Coping)</i>	0.896	0.917

Tab. 10 Interne Reliabilität der Messinstrumente

Die Cohen's d Effektschätzer sind in Tabelle 11 abgebildet. Es zeigt sich, dass nur die soziale Unterstützung einen signifikant positiven Effekt für die Gesamtpopulation (G) und die Subpopulationen G1 und G0 zwischen t0 und t1 gestiegen ist. Diese Effekte liegen zudem über den Erwartungen. Für die MoniKa-Interventionsgruppe ist der Effekt auf die objektive Versorgungsqualität (PACIC-11) zwar positiv (0.075), fällt aber 50% schwächer aus als erwartet und ist knapp insignifikant. Die prä-post Unterschiede auf das mentale Wohlbefinden wurden in allen Populationen, entgegen den Erwartungen, als negativ evaluiert, wobei diese nur für die Gesamtpopulation G und die Subgruppe G0 signifikant unterschiedlich von 0 sind. Alle weiteren Endpunkte sind nicht positiv signifikant.

<i>Gesamtpopulation (G)</i>	<i>PACIC</i>	<i>BS-6</i>	<i>WHO5</i>	<i>MARS-5D</i>	<i>HPC</i>
<i>Erwartet</i>	0.130	0.110	0.130	0.130	0.125
<i>Gemessen</i>	-0.075	0.181*	-0.096*	0.015	0.035
Oberes 95 % KI	-0.153	0.104	-0.173	-0.062	-0.042
Unteres 95 % KI	0.002	0.258	-0.019	0.093	0.113
<i>Subgruppe (G1)</i>	<i>PACIC</i>	<i>BS-6</i>	<i>WHO5</i>	<i>MARS-5D</i>	<i>HPC</i>
<i>Erwartet</i>	0.150	0.200	0.185	0.185	0.130
<i>Gemessen</i>	0.075	0.247*	-0.110	-0.032	0.053
Oberes 95 % KI	-0.076	0.097	-0.260	-0.182	-0.097
Unteres 95 % KI	0.226	0.396	0.040	0.118	0.203
<i>Subgruppe (G0)</i>	<i>PACIC</i>	<i>BS-6</i>	<i>WHO5</i>	<i>MARS-5D</i>	<i>HPC</i>
<i>Gemessen</i>	-0.131	0.158*	-0.093*	0.035	0.029
Oberes 95 % KI	-0.223	0.068	-0.183	-0.054	-0.061
Unteres 95 % KI	0.001	0.247	-0.003	0.125	0.119

Tab. 11 Cohen's d Effektschätzer *Effekt signifikant unterschiedlich von 0 innerhalb des 95 Konfidenzintervalls

Nach quasi-experimenteller Adjustierung für die Zuweisungswahrscheinlichkeit in die MoniKa-Interventionsgruppe mittels inverse-probability-weighting (IPW), kann ein signifikant positiver Effekt der MoniKa-Intervention auf die objektive Versorgungsqualität in einem Regressionsmodell festgestellt werden. Tabelle 12 zeigt die IPW-adjustierten Effekte an.

<i>MoniKa-Intervention</i>	<i>PACIC-11</i>	<i>BS-6</i>	<i>WHO5</i>	<i>MARS-5D</i>	<i>HPC</i>
<i>Beta-Koeff.</i>	0.113***	0.032	-0.037	-0.004	-0.028
<i>p-Wert</i>	0.000	-0.172	-0.112	-0.885	-0.325
<i>R²</i>	0.361	0.345	0.401	0.270	0.230
<i>n</i>	1192	1231	1223	1198	1214

Tab. 12 Beta-Koeffizienten nach IPW-Adjustierung

Beta-standardisierte Koeffizienten; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$. IPW-Modelle mit t0 Adjustierung der jeweiligen Endpunkte. Anzahl der Fälle N unterschiedlich basierend auf gültigen Angaben zu t0 und t1 auf den jeweiligen Endpunkten.

Die weiteren Endpunkte verbleiben und werden jedoch insignifikant nach IPW-Adjustierung. Die zuvor signifikante soziale Unterstützung, ist nach IPW-Adjustierung knapp insignifikant. Ein möglicher Grund hierfür ist das für die Berechnung des IPW nötige Set der Variablen. Sie bilden bereits einen Teil der sozialen Unterstützung ab, sodass die Gruppen (G0 und G1) nun auch in der sozialen Unterstützung ähnlicher gewichtet werden. Nähere Informationen zum Vorgehen der IPW-Gewichtung können dem Evaluationsbericht (Seiten 26-28) entnommen werden. Eine weitere Besonderheit der Patienten- u. Patientinnen lag in dem Covid-19-Zeitraum, der in Teilen mit der Interventionszeit überlappte. Der Covid-19-Zeitraum war ein zufälliges Ereignis ohne Einflussnahme Möglichkeit der TN auf ihre Zuweisung innerhalb oder außerhalb des Zeitraumes der Covid-19-Pandemie. Vor diesem Hintergrund können quasi-experimentelle Verfahren verwendet werden, die eine differenzierte Analyse der Wirkung der MoniKa-Intervention und der Covid-19-Pandemie ermöglichen. Tabelle 13 zeigt den Effekt der MoniKa-Intervention, der Covid-19-Pandemie und der Interaktion beider zueinander auf das mentale Wohlbefinden (WHO-5). Die Effekte werden als Beta-Koeffizienten abgebildet, die Prädiktoren sind jeweils binär (0 / 1) kodiert, sodass der Effektstärken vergleichbar sind.

<i>WHO-5</i>	<i>Beta-Koeff.</i>	<i>p-Wert</i>
<i>MoniKa-Intervention (M)</i>	-0.054*	0.034
<i>Covid-Zeitraum (C)</i>	-0.010	0.688
<i>Interaktionseffekt M*C</i>	0.056*	0.036
<i>R²</i>	0.4031	
<i>n</i>	1223	

Tab. 13 Interaktionseffekt der MoniKa-Intervention mit der Covid-19-Pandemie

Beta-standardisierte Koeffizienten; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$. IPW-Modelle mit t0-Adjustierung des mentalen Wohlbefindens (WHO-5). Patienten u. Patientinnen u. Patientinnen mit MoniKa-Intervention während Covid-19 N=43.

Der Interaktionseffekt ist signifikant ($p = 0.036$) und der Beta-Koeffizient beträgt 0.056. Der Interaktionseffekt zeigt an, dass wenn eine MoniKa-Intervention innerhalb des Covid-Zeitraumes erfolgt, das mentale Wohlbefinden steigt, obwohl der separate Effekt der MoniKa-Intervention signifikant negativ geschätzt wird (-0.054 ; $p = 0.034$). Somit ändert die MoniKa-Intervention innerhalb des Covid-19-Zeitraumes seine Effektrichtung.

6.2.3 Gesundheitsökonomische Evaluation

Nach Durchführung des Propensity-Score-Matching bilden 2.057 MamBo-Teilnehmende (Interventionsgruppe / IG) und 2.057 Nicht-Teilnehmende (Kontrollgruppe / KG) die finale Studienpopulation. Durch das Propensity-Score-Matching wurde eine Angleichung zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe erreicht und beide Gruppen können als weitestgehend strukturgleich angesehen werden. So können statistisch beobachtbare Unterschiede im Nachbeobachtungszeitraum zurückgeführt werden auf die bestehende Intervention. Nach Einschätzungen der Evaluatoren ist nach Propensity-Score-Matching die Repräsentativität der Population in Bezug auf die MamBo-Teilnehmenden ebenfalls als ausreichend hoch anzusehen. Eine schematische Übersicht liefert zur Erstellung der Studienpopulation für die Interventionsgruppe Abbildung 9 und für die Bildung der Kontrollgruppe Abbildung 10.

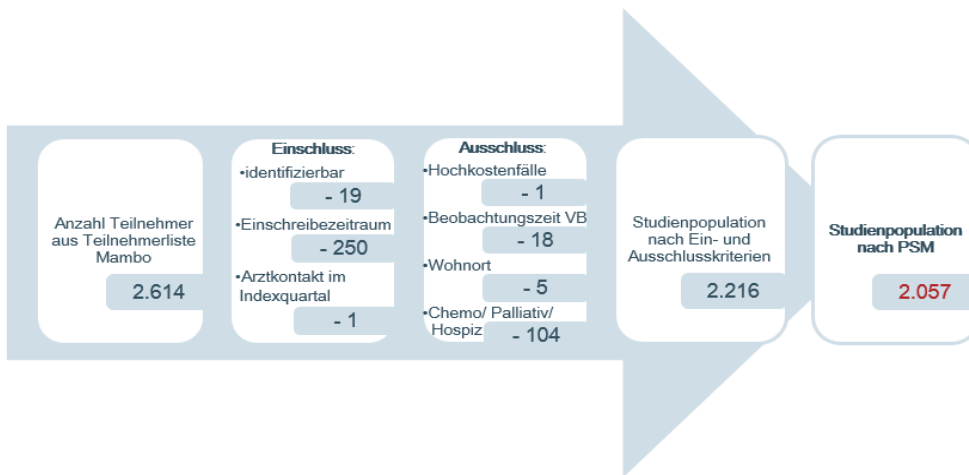


Abbildung 9 Flussdiagramm Bildung der Interventionsgruppe

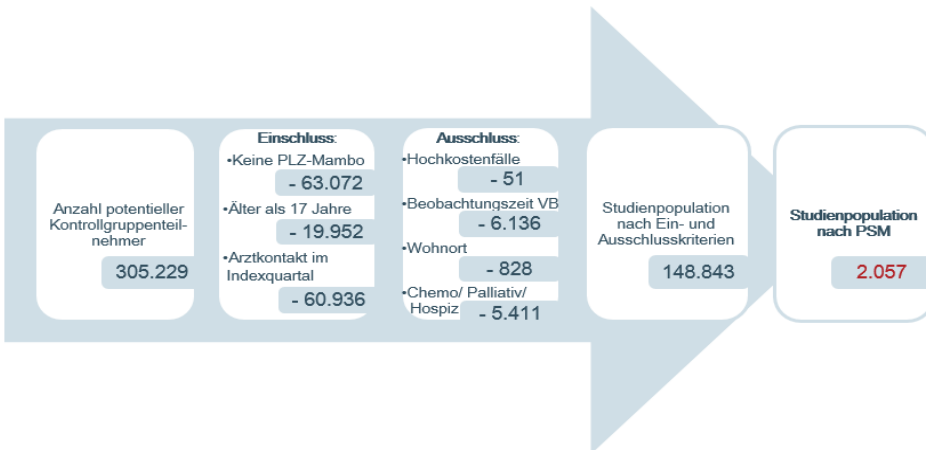


Abbildung 10 Flussdiagramm Bildung der Kontrollgruppe

Variablenname	IG	KG	SMD
Alter	73,6	73,6	0,0
Anteil Frauen	55,9 %	55,9 %	0,0
Charlson-Komorbiditäts-Index	2,8	2,8	0,0

TIA / Schlaganfall	1,3 %	0,8 %	0,0
Depressionen	31,8 %	29,2 %	0,1
Diabetes	39,2 %	42,3 %	-0,1
Anzahl ambulanter Arzt- Quartals-Kontakte Fälle (Gesamt)	18,8	18,3	0,1
Anzahl Krankenhaustage (vollstationär)	3,3	3,5	0,0
Kosten im ambulanten Sektor (Fallgesamtkosten)	1.242 €	1.232 €	0,0
Kosten für Arzneimittel	923 €	913 €	0,0
Kosten im stationären Sektor (voll-, teil- und vorstationär sowie ambulante Behandlung im KH)	1.799 €	1.849 €	0,0
Gesamtleistungskosten (ambulant, stationär und Arzneimittel)	3.987 €	4.051 €	0,0
Morbi-RSA Risikofaktor	2,1	2,1	0,0
Ambulante Pflege	10,7 %	11,1 %	0,0
Stationäre Pflege	2,0 %	3,5 %	-0,1

Signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) sind fett hervorgehoben

Tab. 14 Charakteristik der Studienpopulation im Vorbeobachtungszeitraum

Die Gruppen (Interventions- u. Kontrollgruppe) weisen für die untersuchten Zielparameter nur geringe Unterschiede aus, die überwiegend nicht statistisch signifikant sind (Tabelle 15). Eine leichte, signifikante Senkung der Krankenhausfälle und Krankenhaustage im ersten und im zweiten Nachbeobachtungsjahr zugunsten der Interventionsgruppe war zu beobachten (vollstationäre Krankenhausfälle: 0,4 (IG) / 0,5 (KG); vollstationäre Krankenhaustage: 3,3 (IG) / 3,5 (KG)). Abbildungen 11 und 12.

	Vorbeobachtungszeitraum			Nachbeobachtungszeitraum Jahr 1				Nachbeobachtungszeitraum Jahr 2			
	IG	KG	SM D	IG	KG	DiD	SM D	IG	KG	DiD	SM D
Anzahl Krankenhausfälle (vollstationär)	0,4	0,5	-0,04	0,5	0,6	0,0	-0,08	0,6	0,6	0,0	-0,06
Anzahl Krankenhaustage (vollstationär)	3,3	3,5	-0,02	4,3	5,1	-0,6	-0,06	5,0	5,7	-0,5	-0,05
Anzahl Krankenhausfälle durch ASK	0,1	0,1	-0,03	0,1	0,1	0,0	-0,05	0,1	0,1	0,0	-0,06
Anzahl Krankenhausfälle mit ≤ 3 Tagen	0,2	0,2	-0,03	0,2	0,2	0,0	-0,07	0,2	0,2	0,0	-0,02

„Kurzlieger“ (vollstationär)												
Anzahl Krankenhaustage durch ASK	0,3	0,5	-0,05	0,5	0,6	0,0	-0,05	0,5	0,7	0,0	-0,05	

Tab. 15 Stationärer Sektor

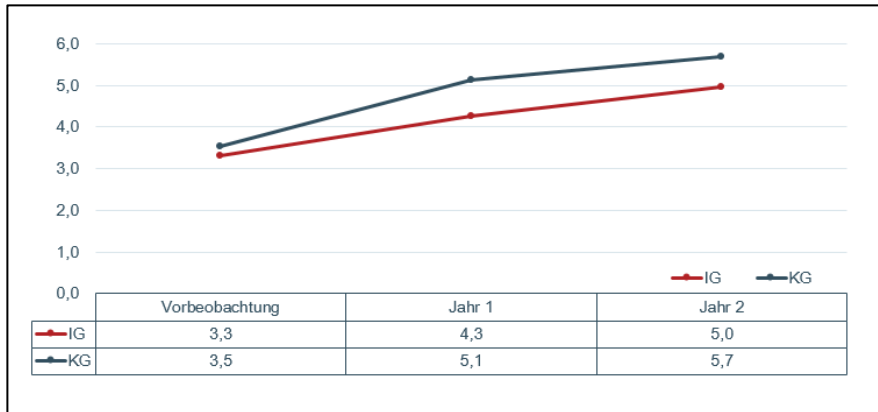


Abbildung 11 Anzahl vollstationäre Krankenhaustage

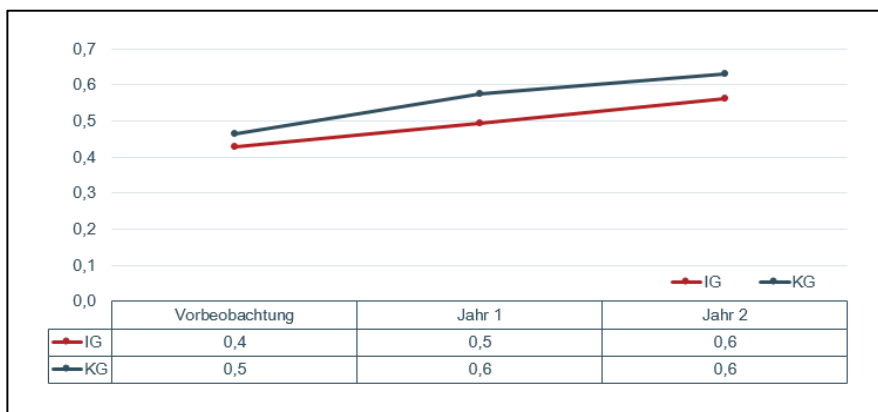


Abbildung 12 Anzahl vollstationärer Krankenhaufälle

Kostenseitig sind erhöhte Leistungsausgaben im ambulanten Sektor und im Arzneimittelsektor zu verzeichnen, wohingegen im stationären Sektor Einsparungen erzielt werden können. Die Gesamtsumme aus ambulanten Ausgaben, Krankenhaus- und Arzneimittelkosten ist im ersten Jahr positiv aus Sicht der MamBo-Teilnehmenden und im zweiten Jahr in der Tendenz negativ. Die Gruppenunterschiede sind jedoch jeweils nicht signifikant (Gesamtleistungskosten 4.932 € zu 5.359 € [DiD von -362 €] im ersten Jahr der Nachbeobachtung und 5.761 € zu 5.753 € [DiD 72 €] im zweiten Jahr der Nachbeobachtung). Eine Zusammenfassung zeigt die Abbildung 13.

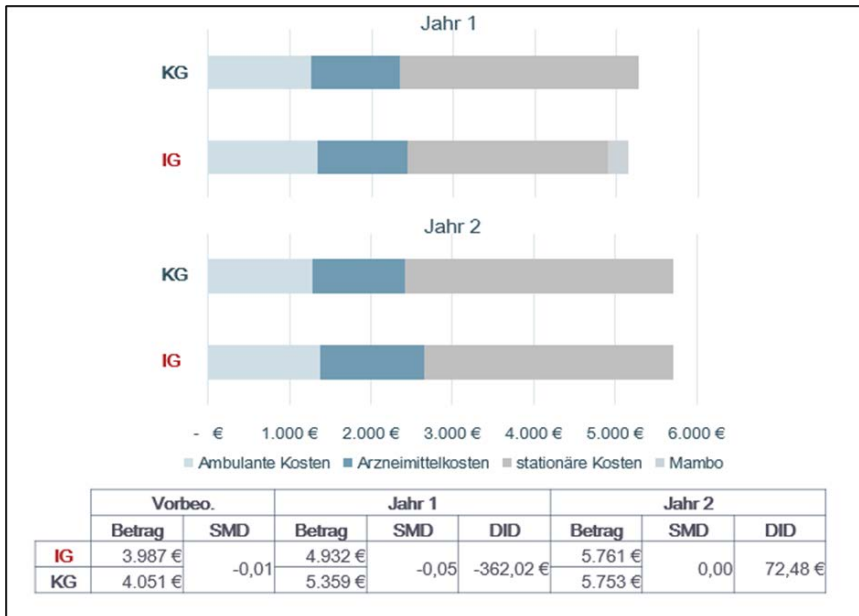


Abb. 13 Gesamtleistungskosten

Bei den untersuchten Zielparametern zur Patienten- u. Patientinnensicherheit (PRISCUS-Liste, Polypharmazie), Versorgungsqualität (Blutungen, Schlaganfälle) und Prozessqualität (Anteil gesicherte Diagnosen, Anteil spezifische Diagnosen) können keine Unterschiede ausgemacht werden. Residuale Konfundierung die durch unbeobachtete konfundierende Merkmale erzeugt wurde, konnte von der Studie nicht adjustiert werden. Daher kann es sein, dass die Interventions- und Kontrollgruppe sich hinsichtlich dieser Merkmale noch unterscheiden und die Ergebnisse somit verzerren. Des Weiteren ist zu beachten, dass in einer Analyse auf Routinedaten keine Fallvalidierung über eine tatsächlich vorliegende Diagnose vorgenommen werden kann. Generell sind ausschließlich Leistungen ersichtlich, welche abgerechnet wurden. Dementsprechend ist es auch im Umkehrschluss nicht möglich zu überprüfen, ob hinter der Abrechnung eine erbrachte Leistung steht. Die Auswertung und dessen Aussage sind stark abhängig von der Qualität der übermittelten Daten.

6.4 Weitere Projektergebnisse

Insgesamt konnten im Rahmen der verlängerten Projektlaufzeit 2.615 Patienten u. Patientinnen sowie 43 Ärztinnen und Ärzte in das Projekt eingeschrieben werden. Primäres Ziel von MamBo war es, die Versorgungssituation multimorbider Patientinnen und Patienten zu optimieren. Zur Sicherstellung eines messbaren Erfolgs von MamBo, wurden mit dem Antrag diverse Teilziele definiert, die nicht alle vollumfänglich erreicht werden konnten. Es ist zu vermuten, dass dies unter Umständen aus der Summe der definierten Wirkhebel resultierte. Effektstärken, die die Erwartungen nur teilweise erfüllen konnten, da der Zielansatz zu breit war, waren die Folge. Folgend werden Beispiele für Ziele und ggfs. Abweichungen von der Zielerreichung aufgeführt.

Teilziel - Die Etablierung eines praxisübergreifenden VM auf Seiten des RGL (Teil der Metastrategie BM-VM-Tandem). Die Leistungsschwerpunkte sind konzeptionell und kommunikativ. Die durch das BM ermittelten Versorgungsbedarfe anhand von Public Health Zielen werden in das Arztnetz kommuniziert und entsprechende Versorgungslösungen entwickelt. VM koordiniert den Einsatz der MoniKa und entwickelt patienten- u. patientinnenzentrierte Versorgungslösungen.

Ziel erreicht! Versorgungslösungen für Versorgungsbedarfe (übermittelt durch BM) bzgl. der AMTS, Adhärenz und ASK, wurden im Rahmen eines multiprofessionell besetzten KVP (Workshops für (Erst)-MFA zur AMTS, Kardiologie, Pulmologie) entwickelt. Zielsetzung: Aufbau eines interdisziplinären und intersektoralen Monitoring-Programms für die Indikationen HI und COPD, mit dem Ziel, vermeidbare Hospitalsierungen bzw. Re-Hospitalisierungen zu reduzieren.

Teilziel - Etablierung der MoniKa: Übernahme praxisübergreifender ärztlich delegierbarer Aufgaben (patienten- u. patientinnennahe und koordinative Aufgaben, bspw. Pflegeheimbesuche, Patienten- u. Patientinnenschulungen, MFA-Supervision, Facharztkoordination).

Ziel teilweise erreicht! Das Leistungsspektrum der Monika wurde zu Beginn des Projektes entwickelt und im Verlauf weiter nachjustiert. Dabei erfolgte ein Abgleich gegenüber bestehenden Rollen wie die der VERAH oder EVA. Die patienten- u. patientinnennahen Aufgaben waren bei den hausärztlichen Versorgungsassistentinnen angesiedelt und wurden nicht in das Leistungsspektrum der Monika aufgenommen (Vermeidung Doppelstrukturen). Der Fokus der MoniKa-Tätigkeit lag in der Organisation und Koordination der bedarfsgerechten Patienten- u. Patientinnenversorgung. Während die Patienten u. Patientinnen und Patientinnen die Versorgungsunterstützung als äußerst hilfreich und notwendig verstanden, konnte sich die neue Versorgungsstruktur und -rolle der MoniKa in den Arztpraxen erst nach erheblichem Kommunikations- u. Motivationsaufwand teilweise etablieren und in konventionelle Praxisstrukturen implementieren.

Teilziel - Etablierung einer praxisinternen Erst-MFA, die in ärztlich delegierbaren Leistungen den Arzt entlastet und bei Bedarf Kurzinterventionen bzgl. der Adhärenz bei den MamBo-Patienten u. Patientinnen vornimmt. Erst-MFA und MoniKa stehen zur individuellen Patienten- u. Patientinnensituation im regelmäßigen Austausch.

Ziel nicht erreicht! Die praxisinterne Erst-MFA konnte im Rahmen des Projektes MamBo nicht als neue Funktion bzw. Rolle in Gänze entwickelt werden, mangels ärztlicher Akzeptanz, eine Erst-MFA in Projektprozesse einzubeziehen und damit gleichzeitig aus den Praxisprozessen abzuziehen. Auch die ärztliche Aufgabendelegation war in den Praxen kaum ausgeprägt und nicht in den Organisationsprozessen verankert. Zur Kompensation dieses Projektziels wurden Workshops zu den o.g. Themen entwickelt und durchgeführt, um die Delegationsmöglichkeiten zu verdeutlichen und bei motivierten MFAs eine gezielte Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten zu initiieren sowie den Kommunikationsaustausch zur MoniKa aufzubauen.

Teilziel - Verbesserte Allokation der ärztlichen Ressource durch Delegation patienten- u. patientinnennaher Aufgaben an die Erst-MFA und MoniKa, Entwicklung einer neuen Rollendefinition.

Ziel nicht erreicht! Die Delegation nicht-ärztlicher Aufgaben an unterstützende Kompetenzen konnte in der Arztpraxis nicht erreicht werden. Die MFA Ressource wird für Praxisaufgaben benötigt (Gründe: Demographie, Ärztemangel, steigenden Patienten- u. Patientinnenzahlen mit komplexen Krankheitsgeschehen) und kann für neue Aufgabenbereiche von außen nicht freigestellt werden. Die Delegation von Aufgaben an die Monika fand im Laufe des Projektes immer mehr Akzeptanz seitens der Ärzte, da die Mehrwerte der Monika für Patienten u. Patientinnen und Patientinnen und ärztliche Versorgung zunehmend erkannt wurden. Merkmale hierfür sind die subjektiv empfundene hohe Patienten- u. Patientinnenzufriedenheit und die Steigerung der Awareness der Ärztinnen u. Ärzte - die MoniKa machte häufig auf vorher „unsichtbare“ unterversorgte Patienten- u. Patientinnensituationen aufmerksam. Die MoniKa konnte durch Sicherung der häuslichen Versorgungssituation, zu einer Verringerung von

Einweisungen ins Krankenhaus oder in die stat. Pflege beitragen – hierbei handelt es sich um eine subjektive Einschätzung.

Teilziel - Praxisübergreifende KVP werden von der VM initiiert und etabliert. Dies wird von einem externen Beratungsunternehmen begleitet.

Ziel nicht erreicht! Der angestrebte dauerhafte Change-Prozess in den Praxen konnte nicht erreicht werden. Aus dem KVP konnte ein Monitoring der HI und COPD und KVP-WS abgeleitet werden.

Zusammenfassende Ergebnisbewertung:

Trotz hoher methodischer Qualität der Evaluation, konnten nur vereinzelt belastbare Effekte nachgewiesen werden. Dies war zum einen dem nicht ausreichenden Zeitfaktor für eine Nachweisbarkeit geschuldet, zum anderen dem Umstand, dass angestrebte Prozesse nicht nachhaltig implementiert werden konnten. Dies gilt sowohl für die Effekt- als auch für Teile der gesundheitsökonomischen Evaluation. Daraus resultierend wurde die Projekthypothese nicht vollumfänglich erreicht, da das Projektziel vom Erfolg zu vieler Teilziele abhängig war.

7. Diskussion der Projektergebnisse

Die Grundhypothese von MamBo war es, die Versorgungsqualität zu verbessern und sich dazu der Instrumente KVP und BM/ VM zu bedienen. Dies im Zusammenspiel mit der MoniKa.

Die Module KVP und BM konnten nur ansatzweise Einzug in die beteiligten Praxen halten. Die Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz war für teilnehmende Patientinnen und Patienten sowie für die eingeschriebenen Netzärztinnen- und Ärzte nur in Bezug auf die MoniKa Intervention spürbar. Auch blieben die ökonomischen Erwartungen deutlich zurück. Die Vorteile von MamBo konnten durch harte Zahlen kaum belegt werden. Dem Rücklauf von Krankenhauseinweisungsrate und Verweildauern standen höhere Kosten für die ambulante Versorgung durch vermehrte Arztkontakte und teurere Arzneimittel gegenüber, weshalb die realen Kosteneinsparungen, bzw. Verschiebungen deshalb nur zu geringen Teilen signifikant waren. MamBo konnte einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung einer interprofessionellen Versorgung leisten. Ein zusätzlicher „weicher Skill“ ist die deutlich verbesserte Arzt-Kostenträger-Patienten u. Patientinnen-Kommunikation, trotzdem erscheint eine schnelle Integration in die Regelversorgung nicht realistisch. Das Projekt MamBo konnte in der Gesamtbetrachtung die Erwartungen nicht erfüllen.

Die vielen MamBo Wirkhebel und deren Notwendigkeit und Vorteile waren zunächst nicht offensichtlich. Im Projektverlauf war eine scheinbare Überforderung der teilnehmenden Praxen zu erkennen, was eine weitere Herausforderung für die Überführung in die Regelversorgung bedeutet. Die von Krankenkasse und externer Beratung wahrgenommene überwiegend fehlende Veränderungsbereitschaft der Ärztinnen und Ärzte könnte bspw. durchbrochen werden, wenn Verwaltungsstrukturen verschlankt (Verminderung von Dokumentationsaufwänden), möglicherweise zusätzliche Vergütungsanreize sowie zusätzliche zeitliche Freiräume geschaffen werden. Auch hinsichtlich der Digitalisierung besteht Optimierungsbedarf. Hier wäre die Herbeiführung einer flächendeckenden Kompatibilität der Praxissysteme an Netz- und Patienten- u. Patientinnenakten hilfreich.

Die Vorlaufzeit von der Planung bis hin zum Wirkbetrieb war zu kurz. Ein kurz- oder mittelfristiger Regelversorgungstransfer nach Projektende, kann nur mit einer ausreichend langen, gut geplanten Implementierungsphase gelingen, wobei Transferüberlegungen frühzeitig

verstärkt mit in die (Weiter-) Entwicklung von Projekten einfließen sollten. Der notwendige Zeitrahmen für erforderliche Vorarbeiten (z. B. Einholen Ethikvotum), wurde von der Konsortialführung, basierend auf der bisherigen Unerfahrenheit mit Drittmittelförderungen, fehleingeschätzt.

Das BM konnte nicht die erhoffte Durchdringung für eine dauerhafte Implementierung in vorhandene Praxisprozesse erreichen – Hier empfehlen wir dringend die strikte Trennung der Personalressource von anderen (administrativen) Aufgaben. Die dadurch zu erreichende Entlastung kann die Kommunikation mit dem VM, aber auch mit dem ärztlichen Fachpersonal direkt, fördern und stärken. Die Folge ist ein noch engerer Austausch, um Bedarfschnittmengen zu erkennen und daraus gemeinsam nachhaltige Prozessveränderungen im Patienten- u. Patientinnenwohl zu entwickeln.

Die erfolgreiche Verbesserung der Versorgung erfordert eine enge Vernetzung und Kommunikation aller Beteiligten, ohne Beharren auf eigenen Kompetenzen. Individuelle Patienten- u. Patientinnenbedürfnisse verlangen nach einer umfassenden, und zentrierten Betrachtung aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Die transparente, offene Kommunikation zwischen VM, BM MoniKa und Ärztinnen und Ärzten dient dabei dem Gemeinwohl der gesamten Versichertengemeinschaft.

Die Reduzierung der Fallzahl, bei gleichzeitiger Verlängerung der Projektlaufzeit, bedeutete ein nicht kompensier bares finanzielles Risiko für den KP RGL. Die Koppelung der Finanzierung an die Personalkosten für MoniKa und die unmittelbare Abhängigkeit der Finanzierbarkeit der Gesundheitlichen Versorgungsleistungen an die Evaluation, war für den KP RGL unwirtschaftlich, was ohne den Einsatz der finanziellen Eigenmittel der KF, die Einstellung des Projektes vor Laufzeitende bedeutet hätte.

Das Change- Management und die KV-Prozesse erwiesen sich für den Aufbau des VM und insbesondere der MoniKa-Intervention als nützlich. Die Etablierung einer (Kurz-)intervention durch eine Erst-MFA erfordert Organisationsentwicklungen in der Praxis, die nachvollziehbar und durch intrinsische Motivation der Ärzte und Ärztinnen unterstützt und umgesetzt werden müssten. An dieser Stelle konnte das Change-Management keine durchdringende Wirksamkeit entfalten. Etablierte Praxisprozesse sind über Jahre aufgebaute Strukturen, die allen Akteuren einen sicheren Handlungsrahmen an der jeweils notwendigen Stelle im laufenden Praxisbetrieb geben. Veränderungen stoßen zunächst auf nachvollziehbare Widerstände und können nur mittel- bis langfristig in den Praxisablauf implementiert werden. Hier wäre die Unterstützung auf Basis verhaltenstheoretischer Modelle ggf. hilfreich gewesen. Die nicht realisierbare Umsetzung, wurde durch KVP-Workshops für die sog. MamBo-MFA kompensiert. Durch die Ausstattung des MamBo-Teams im VM mit Kompetenzen und Methoden zur kontinuierlichen Verbesserung, konnte die Veränderungsbereitschaft teilnehmender Ärztinnen und Ärzte dennoch positiv beeinflusst und ein bedarfsorientiertes Versorgungsmodell im Ansatz entwickelt werden.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Versichertenbefragung, dass MamBo in der Gesamtpopulation nur signifikant positiv auf die soziale Unterstützung wirken konnte. Für die MoniKa-Betreuten ist ein Nutzen durch MamBo anzuerkennen, welcher zudem durch die zusätzliche Evaluation des Covid-19 Zeitraumes gestärkt wird. Mit Berücksichtigung der Ergebnisse aus der gesundheitsökonomischen Evaluation auf Basis der Abrechnungsdaten der Versicherten, die im Kern aus Sicht der GKV keine eindeutig signifikanten Kosteneinsparungen durch MamBo anzeigen, bestätigt sich, dass MamBo in der Breite der eingeschriebenen Teilnehmenden nur in Teilen gewirkt hat. Die signifikante Senkung der Krankenhausfälle und Krankenhaustage im ersten und im zweiten Nachbeobachtungsjahr lässt jedoch darauf

schließen, dass es der Intervention gelungen ist kritische Situationen besser abzuwenden. Methodisch hätte die Wirksamkeitsanalyse bei den Patienten u. Patientinnen u. Patientinnen von folgenden Ergänzungen profitiert:

- Randomisierte MoniKa-Zuweisung für relevante Patienten u. Patientinnen und Patientinnen. Menschen mit ähnlichen Merkmalen in Morbidität, Alter und Mobilität, die potenziell für die MoniKa-Intervention in Frage kämen, hätten die MoniKa zufällig erhalten sollen. Dadurch könnte der Effekt der MoniKa-Intervention innerhalb dieser Gruppe valider geschätzt werden. Ziel wäre es, dass die Patienten u. Patientinnen und Patientinnen mit MoniKa-Intervention sich nur mit Blick auf den MoniKa-Kontakt hin unterscheiden. Die Verwendung der IPW-Adjustierung konnte diesen Zuweisungsprozess der MoniKa nur in Teilen replizieren. Notwendig wäre zudem eine klare Kontrollgruppe gewesen, sodass das IPW-Verfahren an Reliabilität gewinnt.
- Datamatching aus Befragungs- und Sekundärdaten. Eine Verknüpfung der Daten aus Befragung und gesundheitsökonomischer Evaluation anhand eines Patienten- u. Patientinnen Identifiers hätte beide Evaluationsbereiche stärken können. So konnte die gesundheitsökonomische Evaluation differenzierte Effekte ermitteln und die Effektevaluation bei den Patienten u. Patientinnen ein effizienteres IPW-Gewicht berechnen und kostendifferenzierte-Effekte schätzen.
- Längere Beobachtungsdauer, auch nach Auslauf der Versorgungsstruktur, um zusätzliche positive wie negative Änderungen in den Endpunkten der Patienten u. Patientinnen berücksichtigen zu können sowie die Validität der Effektschätzung zu erhöhen. Dadurch könnten weitere Rückschlüsse auf verzögerte und / oder kurzzeitige Effekte gegeben werden (sog. Honey-Moon und Lagged-Effects).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Veränderungen in der Gesundheitsversorgung und die Implementierung neuer Strukturen und Prozesse nur sukzessiv und langfristig gelingen. Ein im Rahmen dieses Projektes notwendiger Change Prozess auf Organisations- und gleichzeitig Versorgungsebene ist multifaktoriell geprägt und benötigt Geduld sowie eine konsequente Perspektive zur Fortführung. Dementsprechend ist der Aufbau und die Umsetzung der oben beschriebenen Strukturen ein Teilerfolg für einen potenziell längerfristigen Gesamterfolg, um den Herausforderungen der (regionalen) Gesundheitsversorgung begegnen zu können. Hier sind Leistungserbringer, Kostenträger als auch die Gesundheitspolitik gleichermaßen in Verantwortung zu nehmen, um den zeitlich und finanziell aufwendig initiierten Innovationen nicht einfach „den Stecker“ zu ziehen, sondern aus gelernten Entwicklungen intelligente Lösungsperspektiven zu skizzieren, die sich vor allem und mindestens in Bezug auf die stets deklarierte Patienten- u. Patientinnenorientierung lohnen.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

MamBo war für die Zeit der Erprobung zunächst ein regionales Projekt für Leverkusen und Umgebung, an dem die Netzpraxen (Mitgliedspraxen) des RGL sich beteiligen konnten. Die Akzeptanz und Bereitschaft der Praxen, die Projektidee nach Förderende als Regelversorgung zu etablieren, wuchs im Rahmen der Laufzeit spürbar. Trotzdem können die projektbezogenen Vertragsinhalte nicht nahtlos fortgeführt werden. Hierbei darf aber nicht unerwähnt bleiben, dass die Projektdurchführung unterschiedlichste Lessons learned hervorgebracht hat, die bei der Gestaltung einer neuen regelhaften Versorgungsform hineinfließen sollten. Ausgewählte

Bullet Points werden im Fließtext erläutert. Zur besseren Lesbarkeit sind die weiteren Erkenntnisse diesem Bericht als Anhang 1 – Lessons learned angefügt.

Die Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten zu verbessern, ist ausgesprochen komplex. MamBo adressierte deshalb bei Antragstellung vielfältige Zielsetzungen (Punkt 3. dieses Berichtes), die sich in der Praxis als zu komplex zeigten. Die Komplexität stand in Konkurrenz zu der Laufzeit, die sich als zu kurz zeigte, um signifikante Effizienz und spürbare Mehrwerte für Teilnehmende (Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte) sowie die Krankenkasse, erreichen zu können. Generell besteht weiterer Forschungsbedarf in der Nachbeobachtung der Patientinnen und Patienten. Eine längere Beobachtungsdauer, auch nach Auslauf der Versorgungsstruktur hätte zusätzliche positive wie negative Änderungen in den Endpunkten der Patientinnen und Patienten berücksichtigen können und so zur Validität der Effektschätzung beigetragen. Im Projektverlauf wurde eine scheinbare Überforderung der teilnehmenden Praxen erkennbar. Ursächlich hierfür waren vermutlich die unterschiedlichen Wirkphasen (bezogen auf TN-Zahlen und Inhalte des Modellvorhabens), deren keine Probephase (Implementierungsphase) vorgeschaltet war. Was mit Blick auf Laufzeit und Förderregularen nicht umsetzbar war. MamBo beinhaltete zu viele Wirkhebel, so dass für die Netzpraxen zunächst keine direkte Notwendigkeit erkennbar war. Diese Tatsache machte den Vorteils-Transport in Arztrichtung schwierig und aufwendig. In der Folge konnten Nachweise nicht oder nur schwer erbracht werden. Auch das Instrument des KVP konnte keine Durchdringung in den teilnehmenden Praxen erreichen. Aus Sicht von Krankenkasse und Beratungsunternehmen war ursächlich hierfür überwiegend die fehlende Veränderungsbereitschaft der Ärztinnen und Ärzte. Verkrustete Praxisstrukturen konnten nicht aufgebrochen werden. Der Wunsch, die Kompetenzen des Praxispersonals anzuheben, stieß teilweise auf Widerstand und zwar sowohl bei den Medizinerinnen und Mediziner selbst, als auch bei dem angestellten Fachpersonal (MFA). Eine wissenschaftliche Weiterverwendung der Ergebnisse bzgl. der Covid-19-Pandemie ist geplant. Im Fokus steht dabei die Umkehr des negativen Trends in der mentalen Gesundheit bei multimorbiden Patienten u. Patientinnen mit MoniKa-Kontakt vor der Pandemie, hin zu einem positiven Trend während der Corona Pandemie. Dieses Ergebnis soll noch weiter statistisch auf Robustheit geprüft und unter Einbezug theoretischer Ansätze diskutiert werden.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Geplante Publikationen

Publikation aus der Patienten- u. Patientinnenbefragung in MamBo sind geplant vom IMVR. Publikation aus den Arzt/ Ärztinnenfokusgruppen befindet sich in Revision. Publikation aus der Patienten- u. Patientinnenbefragung in MamBo sind geplant vom IMVR.

Veröffentlicht

Richter, S., Demirer, I., Choi, KE. *et al.* People with multimorbidity in outpatient care: patient-focused and needs-oriented healthcare management (MamBo) – protocol for a multiperspective evaluation study. *BMC Health Serv Res* **20**, 296 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05178-6>

Nationale Kongresse

2019

Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), Berlin – Poster
Titel: „Change Management als Strategie erfolgreicher Implementierung einer Versorgungsinnovation in einem Netzwerk der medizinischen Primärversorgung“

Autorinnen/ Autoren: Maya Nocon, Simone Richter, Ibrahim Demirer, Holger Pfaff, Ute Karbach
Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), Berlin – Poster
Titel: „Wir haben das Einschreibehonorar bekommen und haben so ein bisschen Arbeit jetzt gehabt - Werteorientierungen und subjektive Bewertung des Projekterfolgs aus Perspektive der Ärzte/ Ärztinnen“

Autorinnen/ Autoren: Simone Richter, Maya Nocon, Ibrahim Demirer, Holger Pfaff, Ute Karbach

2020

Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), Berlin – Poster online
Titel: Netzwerkstrukturen einer neuen Versorgungsform - Kooperationen, Rollen und Aufgaben im Versorgungsnetz des Projektes „MamBo“

Autorinnen/ Autoren: Simone Richter; Maya Nocon; Ibrahim Demirer; Holger Pfaff; Ute Karbach
Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), Berlin – Poster online
Titel: Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme eines ambulanten Versorgungsmodells für multimorbide Patienten u. Patientinnen – Erste hausärztliche Einschätzungen.

Autorinnen/ Autoren: Maya Nocon; Simone Richter; Ibrahim Demirer; Holger Pfaff; Ute Karbach
Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), Berlin – Poster online
Titel: Methodische Herausforderungen in der Evaluation nicht randomisierter Studien – Ergebnisse aus der MamBo Patienten- u. Patientinnenbefragung

Autorinnen/ Autoren: Ibrahim Demirer; Simone Richter; Holger Pfaff; Ute Karbach

International Kongresse

2020

Kongress: Health Services Research Congress, UK; aufgezeichnete Präsentation – online
Titel: -“District nurses” in Germany- A model of coordinated, managed and cross-sectoral care for multimorbid patients

Autorinnen/ Autoren: Simone Richter, Maya Nocon, Ibrahim Demirer, Holger Pfaff, Kyung-Eun Choi, Ute Karbach

Sonstiges

2020

4. Ausschusssitzung „Ambulante Versorgung“ der Bundesärztekammer; interne Präsentation mit anschließender Diskussion

Thema: Versorgungsmodell MamBo und erste Ergebnisse aus Perspektive der MamBo Ärztinnen und Ärzte

Teilnehmende: IMVR: Simone Richter und Prof. Dr. Holger Pfaff

10. Literaturverzeichnis

Bartholomeyczik, E. (1997): Arbeitsbelastung in der Krankenpflege: ZIS - GESIS Leibniz Institute for the Social Sciences, 1997.

Beutel, Manfred E.; Brähler, Elmar; Wiltink, Jörg; Michal, Matthias; Klein, Eva M.; Jünger, Claus et al. (2017): Emotional and tangible social support in a German population-based sample: Development and validation of the Brief Social Support Scale (BS6). In: *PloS one* 12 (10), e0186516. DOI: 10.1371/journal.pone.0186516.

Bundesversicherungsamt, ed. Bericht des Bundesversicherungsamtes zur vergleichenden Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen bei Diabetes mellitus Typ 2. Bonn: Bundesversicherungsamt; 2009.

Fuß, Susanne; Karbach, Ute (2014): Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung. Opladen, Stuttgart: Budrich; UTB (utb-studi-e-book, 4185). Online verfügbar unter <http://www.utb-studi-e-book.de/9783838541853>.

Goetz, Katja; Freund, Tobias; Gensichen, Jochen; Miksch, Antje; Szecsenyi, Joachim; Steinhäuser, Jost (2012): Adaptation and psychometric properties of the PACIC short form. In: *The American journal of managed care* 18 (2), e55-60.

Hammer, Antje; Ernstmann, Nicole; Ommen, Oliver; Wirtz, Markus; Manser, Tanja; Pfeiffer, Yvonne; Pfaff, Holger (2011): Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture for hospital management (HSOPS_M). In: *BMC health services research* 11, S. 165. DOI: 10.1186/1472-6963-11-165.

Mahler, Cornelia; Hermann, Katja; Horne, Rob; Ludt, Sabine; Haefeli, Walter Emil; Szecsenyi, Joachim; Jank, Susanne (2010): Assessing reported adherence to pharmacological treatment recommendations. Translation and evaluation of the Medication Adherence Report Scale (MARS) in Germany. In: *Journal of evaluation in clinical practice* 16 (3), S. 574–579. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2009.01169.x.

Mayring, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10., neu ausgestattete Aufl., Dr. nach Typoskr. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik). Online verfügbar unter http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=3109755&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm.

Mohler, Peter Ph. (Hg.) (2000): Querschnitt: Festschrift für Max Kaase. Unter Mitarbeit von Max Kaase. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen; Zentrum f(c)or Umfragen, Methoden und Analysen. Mannheim: ZUMA.

Patton, Michael Quinn (2015): Qualitative research & evaluation methods. Integrating theory and practice. Fourth edition. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: SAGE.

Percac-Lima S, Ashburner JM, Zai AH, et al. Patient Navigation for Comprehensive Cancer Screening in High-Risk Patients Using a Population-Based Health Information Technology System: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2016.

Akronym: MamBo
Förderkennzeichen: 01NVF17001

Pfaff, Holger (Hg.) (2003): Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten. Sankt Augustin: Asgard-Verl.

Rogers, Everett M. (2003): Diffusion of innovations. Fifth edition, Free Press trade paperback edition. New York, London, Toronto, Sydney: Free Press (Social science). Online verfügbar unter <http://www.loc.gov/catdir/bios/simon052/2003049022.html>.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, ed. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 Kurzfassung. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges.; 2009

Topp, Christian Winther; Østergaard, Søren Dinesen; Søndergaard, Susan; Bech, Per (2015): The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. In: *Psychotherapy and psychosomatics* 84 (3), S. 167–176. DOI: 10.1159/000376585.

11. Anhang

Anhang 1: Lessons learned

Anhang 2: Sekundärdaten-basierte Bedarfsermittlung

12. Anlagen

Anlage 1: Stellenbeschreibung_VM

Anlage 2: Stellenbeschreibung_Case Man.Koordinatorin

Anlage 3: SB_Projektkoordinatorin

Anlage 4: Flyer Patient

Anlage 5: Flyer Patient Einlage

Anlage 6: Handbuch Dokumentation Netzakte

Anlage 7: Vorstellung Case Management

Anlage 8: Präsentation Pressekonferenz

Anlage 9: Beratung Hilfsmittel Allgemein

Anlage 10: Workshop Aufgabenprofil MFA-MoniKa und Abgrenzung EVA

Anlage 11: Beratung 24-Stunden Betreuung

Anlage 12: Beratung betreutes Wohnen

Anlage 13: Beratung Hausnotruf

Anlage 14: Beratung Pflegekurse für Angehörige

Anlage 15: Beratung Schwerbehindertenrecht

Anlage 16: Beratung Technische Hilfsmittel

Anlage 17: Beratung Vorsorgevollmacht

Anlage 18: Beratung Wohnumfeld

Akronym: MamBo
Förderkennzeichen: 01NVF17001

Anlage 19: Beratung zur MDK Begutachtung
Anlage 20: Expertenpanel Vermeidung Krankenhaus
Anlage 21: Eingangs-Assessment
Anlage 22: Workshop Monika Leistungen
Anlage 23: Präsentation GV
Anlage 24: Mambo Case Management
Anlage 25: MoniKa Workshop
Anlage 26: Netzakte-Theracase
Anlage 27: Vorstellung Monitoring
Anlage 28: Versorgungsplan
Anlage 29: Medikamentenliste Selbstauskunft
Anlage 30: Expertenpanel Herzinsuffizienz
Anlage 31: Expertenpanel COPD
Anlage 32: HI und COPD-Schulung
Anlage 33: Workshop Pflegegrade
Anlage 34: Mambo-Botschafter Workshop
Anlage 35: Therapiesteuerung Netzakte
Anlage 36: Therapiesteuerung
Anlage 37: COPD Monitoring Netzakte
Anlage 38: COPD Qualitätsindikatoren Vorlage
Anlage 39: CAT-Test COPD-Monitoring Netzakte
Anlage 40: CAT-Test
Anlage 41: Monitoring Herzinsuffizienz Netzakte
Anlage 42: Herzinsuffizienz Qualitätsindikatoren
Anlage 43: Arbeitspaket Herzinsuffizienz
Anlage 44: Arbeitsanleitung Monitoring
Anlage 45: Weiterbildungsanforderungen MoniKa
Anlage 46: Prozess MoniKa-light
Anlage 46a: Fragebögen MoniKa
Anlage 47: Vertrag Modellvorhaben
Anlage 48: Kennzahlen Sekundärdaten MamBo
Anlage 49: Mambo Morbi Atlas
Anlage 50: Workshop MFA Juni2018
Anlage 51: Workshop MFA November2018

MAMBO 01-NVF17001

- Ziele/ Komplexität zu hoch/ breit
- Zeitraum zu kurz, um realistische Effizienz zu erreichen
- Kommunikation (was ist gemeinsame Zielsetzung und wie erfolgt die Kommunikation in Richtung LE?)
- Mehrwert für TN/ Praxen/ KK?
- Es bedarf eines engmaschigen Projektcontrollings
- Setzung Zielpunkte muss zum treatment passen/ harmonieren (kein agieren daran vorbei)
- Reißleine ziehen?
- Startphase zu kurz

Gelernt

- Konzentration auf wenige Praxen mit positivem MindSet
- Schneeballkommunikation von Arzt/ zu Arzt
- Gemeinsames Verständnis erreichen, warum man es tut/ wo der Nutzen besteht
- Veränderungsmanagement
- Digitale Infrastruktur muss gegeben sein (Reduzierung Verwaltungsaufwand)
- Vernetzung Managementgesellschaft
Arztnetze

Wie geht es weiter?



Ziele erreicht?

- Subjektiv Versorgungsqualität- /Effizienz erreicht (Monika)
- Bezug KVP – Nein
- Soziale Unterstützung

Positiv

- Dialog Praxen/ Krankenkasse ein Gewinn
- Imagegewinn

Negativ

- KVP gescheitert (Ursache mögliche fehlende Bereitschaft der ÄrztInnen?)
- Ressourcenbindung für Nebenthemen (TN-Zahlen, Finanzierung, stat. Power,
- Netzakte (Stichw. Bürokrat. Aufwand für ÄrztInnen)
- Fallzahlplanung (viel) zu hoch eingeschätzt
- Warnsignale (zB. Zw.-Erg. EV) beachten
- fehlende Randomisierung

TOP (Miss-)Erfolge

Anhang 2: Sekundärdaten-basierte Bedarfsermittlung

Sekundärdaten-basierte Bedarfsermittlung

Bedarfsermittlung

Kollektiv

Auf Basis von Sekundärdaten wurden Morbiditätskriterien am Gesamtkollektiv der Arztpraxen im Modellgebiet ermittelt. Parallel erfolgte eine Zuordnung der Parameter zu den einzelnen Praxen, um Schwerpunkte zu erkennen und im Rahmen der praxisindividuellen Organisationsberatung darauf einzugehen.

Die Kriterien wurden zu Beginn weit gefasst, um innerhalb von Auffälligkeiten granulärere Analysen vornehmen zu können. Zu den Kriterien gehörten u.a.:

- Pflegegrade
- Alter
- Hospitalisierungen
- DMP-Teilnahmen
- Hinweise auf Multimorbidität (gemäß den Einschreibebedingungen)
- Multimedikation
- Inadäquate Medikation

Individuell

Ein grundsätzlicher Bedarf bestand immer dann, wenn die in den Einschreibekriterien festgelegten Kriterien der Multimorbidität erfüllt waren. Multimorbidität an sich ist – unabhängig von der Art der Diagnosen – ein eigenständiger Risikoparameter, der patientInnenindividuell koordinierende Maßnahmen durch MONIKAs begründet.

Darüber hinaus wurden auf Basis der kollektiven Datenerhebung im Rahmen des KVP gemeinsam mit den Ärzten Diagnosen identifiziert, die tangibel erschienen. Dazu gehörten:

- Schlaganfall und erhöhtes Schlaganfallrisiko
- COPD
- Herzinsuffizienz
- Herzinfarkt / KHK
- Vorhofflimmern
- Ambulant-sensitive Krankenhausaufenthalte bzw. –Diagnosen (ASK)

Ermittelte Bedarfe

Eine anonymisierte, komprimierte tabellarische Darstellung der kollektiven und individuellen Parameter finden sich in der Anlage 49 (MAMBO-Morbi-Atlas).

Die Prävalenz der oben beschriebenen Erkrankungsbilder wurde pro Praxis erhoben („Ärzteliste“), um Kumulationen zu erkennen. Die Identifikation der Patientinnen selbst oblag aus Datenschutzgründen dem Arzt und konnte auf Basis der PraxisIT und im Rahmen von Konsultationen vorgenommen werden.

Die an letzter Position genannten Ambulant-sensitiven Krankenhausaufenthalte wurden im Tabellenblatt „ASK-Fälle“ aufgeführt. Sie beinhalten diejenigen Hospitalisierungen, die gem. der einschlägigen Literatur sehr häufig durch eine adäquate medizinische Betreuung als vermeidbar gelten.

Individuell

- Hohes Risiko auf Basis der ärztlichen Einschätzung anhand eines **Risikoscores**, der im Rahmen des KVPs entwickelt und abgestimmt wurde.
- **Eigenständige Änderungen der Medikation** (Basis: „BrownBag-Analyse zu Hause“)
- **Unterstützungsarme PatientInnen**: Zumeist Kombination von fortgeschrittenem Lebensalter, individuellen Risikofaktoren, Multimorbidität und Alleinleben ohne jedoch einen Pflegegrad zu erreichen.

kollektiv

- Beeinträchtigte **Arzneimitteltherapiesicherheit** v.a. durch:
 - **Multimedikation** ohne Abstimmung der Verordnenden untereinander und resultierende Wirkstoff-Interaktionen
 - **Inadhärenz** aufgrund unzureichend aufgenommenen Informationen
 - Verordnung von inadäquaten Arzneimitteln (**Priscus-Liste**)
- **Schlaganfallprophylaxe** durch Früherkennung von Vorhofflimmern
- Monitoring von **COPD-DrehtürpatientInnen** mit dem Ziel einer Frühintervention zur Vermeidung von unnötigen Hospitalisierungen
- Monitoring von **HerzinsuffizienzpatientInnen** zur Vermeidung von wiederkehrenden Hospitalisationen
- DocHopping
- Wirtschaftlichkeit in der Pharmakotherapie (s. Anlage 2 „Sammlung AM-Kennzahlen“)

Parameter aus dem KVP

Einen Einblick über die zur Steuerung seitens des BMs verwendeten Kennzahlen gibt die Anlage 48 „Kennzahlen Sekundärdaten“

Anlage 1: Stellenbeschreibung_VM

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	Stellenbeschreibung	
Version: 1.0	Vom: 27.01.2019	Status: gültig
Versorgungsmanagerin Mambo		

1. Stelleninhaberin

Nicole Balke-Karrenbauer

2. Vorgesetzter Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG

Dr. rer. nat. Manfred Klemm (Geschäftsführung, weisungsbefugt)

3. Unterstellter Bereich

Versorgungsmanagement im Rahmen des Projektes „Neue Versorgungsformen - Multimorbide Menschen in der ambulanten Betreuung: Patientenzentriertes, bedarfsorientiertes Versorgungsmanagement (Mambo)“.

Die Stellenbeschreibung ist für eine Wochenarbeitszeit [von 40 Stunden konzipiert](#).

4. Vertretungsregelung

Nächster Vorgesetzter

5. Zeichnungsbefugnis

i. A.

6. Qualifikation der Stelle

6.1 Fachliche Qualifikationen

- Abgeschlossene akademische Ausbildung im Bereich Public Health/Gesundheitswissenschaften oder analoge Fachbereiche
- Vorzugsweise mindestens mit Abschluss Diplom / Master / Promotion oder vergleichbarem Abschluss
- Fundierte Kenntnisse im Bereich der Gesundheitswirtschaft und des Gesundheitssystems in Deutschland; vorzugsweise im Bereich der Organisation und Koordination von Gesundheitsleistungen und der Analyse bzw. der Entwicklung von Versorgungsstrukturen
- Fundierte Kenntnisse im Bereich der Humanmedizin und den relevanten Indikationsbereichen der Multimorbidität im höheren Lebensalter und adäquater Umgang mit Patienten
- Fundierte Kenntnisse in der Arzneimitteltherapiesicherheit
- Sehr gute Kenntnisse in der ambulanten und pflegerischen Versorgung (SGB V, SGB XI)
- sicherer Umgang mit MS Office-Anwendungen

Ersetzt Version: -	Vom: 20.07.2018	Seite 1 von 3
Änderungsgrund: keinen / Neuerstellung		

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	Stellenbeschreibung	
Version: 2.0	Vom: 27.01.2019	Status: gültig
Versorgungsmanagerin Mambo		

7.2 Persönliche Qualifikationen

- Ausgeprägte Kompetenz in der zielgruppenadäquaten, emphatischen Kommunikation sowie Gesprächsführung sowohl Richtung Leistungserbringer, Kostenträger und Patient
- Sehr gute Kommunikationskompetenz hinsichtlich strategischer Projektweiterentwicklungen und -verhandlungen, geprägt durch Projektkompetenz und Empathie
- Fundierte und mehrjährige Erfahrungen in der Netzwerkarbeit (sicheres Wissen um Organisationsform, Entscheidungsprozesse und zukunftsorientierter Netzausrichtung)
- Fundierte Qualifikation und Erfahrung in der strategischen und inhaltlichen Versorgungskonzept-Entwicklung als auch eine hohe Umsetzungscompetenz
- Sehr gute und eigenständige Koordinationsfähigkeit bei parallelen Projektaufgaben
- Mitarbeiterführung im Team mit entsprechender Delegation von Aufgaben sowie das Durchführungscontrolling
- Eigenverantwortlichkeit und Umsetzungswille in den zugetragenen und abgestimmten Aufgabenbereichen
- Ein hohes Maß an Motivation, Flexibilität, Veränderungsbereitschaft und die Fähigkeit zur Eigenreflexion
- Ziel- und ergebnisorientiertes sowie strukturiertes und verantwortungsvolles Denken und Handeln
- Hohes persönliches Engagement, motiviert durch erfolgreiche Zielerreichung
- Sicheres und professionelles Auftreten

8. Aufgaben

8.1 Aufgaben im Regionalen Gesundheitsnetz Leverkusen e.G. „Versorgungsmanagerin Mambo“

- Bildet das Pendant zum Bedarfsmanagement (BM) und ist somit die direkte Kommunikationsebene bezüglich der operativen Projektumsetzung seitens des Gesundheitsnetzes zur pronova BKK (BM)
- Die VM identifiziert Versorgungsbedarfe der Ärzte und Patienten und kommuniziert diese einzelfall- und kollektivbezogen in das Ärztenetz (Institutionalisierung einer praxisübergreifenden Koordination)
- Zusammen mit dem BM erörtert die VM regionale Versorgungsbedarfe, gleicht ab sowie priorisiert diese nach Dringlichkeit (indikationsübergreifende Steuerung des Versichertenkollektivs, orientiert an Public Health Zielen)

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	Stellenbeschreibung	
Version: 2.0	Vom: 27.01.2019	Status: gültig
Versorgungsmanagerin Mambo		

- VM entwickelt gemeinsam mit dem Arztnetz praxisübergreifend umsetzbare Lösungsansätze für die Versorgungsbedarfe (KVP, kontinuierlichen Verbesserungsprozesse) im Versorgungsalltag. Diese werden von der VM initiiert und etabliert.
- Im Rahmen der KVPs erarbeitet VM unter Hinzuziehung relevanter Experten (z.B. Einbezug eines Experten für Pflege, Mitarbeit eines IT-Spezialisten zur Anpassung der elektronischen Netzakte, spezielle Facharztgruppen) entsprechende Arbeitspakete zur Umsetzung
- Kommunikation der erarbeiteten Lösungen oder Hilfestellungen aus den KVPs in alle beteiligten Arztpraxen und Operationalisierung der Anwendung im Versorgungsalltag mit Fokus auf der praxisübergreifenden Harmonisierung von Abläufen und Methoden (patientenzentrierte Versorgungsentwicklung)
- Strategische Koordination der Monitoring- und Kommunikations-Assistentinnen (MoniKa). Dabei wird sie in der Einsatzkoordination der MoniKa durch die Projektkoordinatorin (siehe Stellenbeschreibung) unterstützt
- Inhaltliche Entwicklung und Weiterentwicklung der MoniKa-Tätigkeiten und Beratungseinsätze unter Berücksichtigung der Public Health Ziele und der ökonomischen Umsetzbarkeit bzw. Machbarkeit
- Kompetente und zielgruppenadäquate Aufklärung zu den Versorgungsinhalten und -zielen als auch zum aktuellen Umsetzungsstand Mambo
- Planung und übergeordnete Organisation von Veranstaltungen und Workshops für Patienten, Kunden und Praxen

9. [Kalkulationsgrundlage](#)

Anlage 2: Stellenbeschreibung_Case Man.Koordinatorin

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	Stellenbeschreibung	
Version: 2.0	Vom: 27.01.2019	Status: gültig
MoniKa (Monitoring- und Kommunikationsassistentin) – Care und Case Management (CCM)		

1. Stelleninhaberin

XXX

2. Vorgesetzter Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG

Nicole Balke-Karrenbauer (Projektleitung)

Dr. rer. nat. Manfred Klemm (Geschäftsführung, weisungsbefugt)

3. Unterstellter Bereich

Unterstützende Entwicklung, Durchführung und Dokumentation des Care und Case Management bei multimorbiden Menschen zur Organisation und Koordination des Versorgungsmanagements im Rahmen des Projektes „Neue Versorgungsformen - Multimorbide Menschen in der ambulanten Betreuung: Patientenzentriertes, bedarfsorientiertes Versorgungsmanagement (MamBo)“.

Die Stellenbeschreibung ist für eine Wochenarbeitszeit von 30 Stunden konzipiert.

4. Vertretungsregelung

Nächster Vorgesetzter

5. Zeichnungsbefugnis

i. A.

6. Qualifikation der Stelle

6.1 Fachliche Qualifikationen

- Dreijährige abgeschlossene Berufsausbildung als Pflegefachkraft mit mehrjähriger Berufserfahrung im ambulanten Pflegebereich ODER abgeschlossene Berufsausbildung als Krankenschwester/-Pfleger mit mehrjähriger Berufserfahrung.
- Kenntnisse und Erfahrungen in Führungsaufgaben.
- Kenntnisse und Erfahrungen im Aufbau von organisatorischen Strukturen.
- Sehr gute Kenntnisse im medizinischen Wissen und in den medizinischen Indikationsbereichen, vor allem im Bereich der chronischen Erkrankungen.
- Mehrjährige Erfahrung in der Patientenbetreuung und -versorgung aus pflegefachlicher und versorgungsorientierter Sicht.
- Sehr gute und eigenständige Organisations- und Koordinationsfähigkeit zum Aufbau eines patientenzentrierten Versorgungsnetzwerkers

Ersetzt Version: -	Vom: 09.09.2018	Seite 1 von 4
Änderungsgrund: keinen / Neuerstellung		

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	Stellenbeschreibung	
Version: 2.0	Vom: 27.01.2019	Status: gültig
MoniKa (Monitoring- und Kommunikationsassistentin) – Care und Case Management Koordination		

- Sehr gute Kommunikationsfähigkeit, geprägt durch zielgruppenadäquate Ausrichtung, fachliche Kompetenz und Empathie mit Ärzten, Patienten und Angehörigen als auch Mitarbeitern.
- Gute Kenntnisse der Strukturen des Gesundheitswesens und der regionalen Versorgungsstrukturen.
- Sehr gute Kenntnisse in der ambulanten und pflegerischen Versorgung SGB V und XI; gute Kenntnisse in SGB IX und XII.
- sicherer Umgang mit MS Office-Anwendungen
- Führerschein Klasse B

7.2 Persönliche Qualifikationen

- Ausgeprägtes Organisationstalent und Koordinationsfähigkeit im eigenverantwortlichen Arbeitsbereich des CCM.
- Ziel- und ergebnisorientiertes sowie strukturiertes und verantwortungsvolles Denken und Handeln.
- Hohe Bereitschaft zur Weiterentwicklung der projektbezogenen Themen und Methoden als auch der eigenen Kompetenzen.
- Motivierte und eigenständige Einarbeitung in neue und bedarfsorientierte Arbeitsthemen bzgl. des Case und Care Managements.
- Ausgeprägte Sozialkompetenz in der zielgruppenadäquaten, emphatischen Kommunikation sowie der lösungsorientierten Gesprächsführung.
- Aufbau und Etablierung tragfähiger und langfristiger Kundenbeziehungen.
- Flexibilität in Bezug auf Veränderungen, Veränderungsbereitschaft und Förderung der positiven Umsetzung von neuen Arbeitsprozessen.
- Ausgereifte Persönlichkeit mit der Fähigkeit zur Eigenreflexion und sicherem als auch professionellem Auftreten als kompetenter und akzeptierter Gesprächspartner.
- Sicherer Umgang mit MS Office Anwendungen.

8. Aufgaben

8.1 Aufgaben im Regionalen Gesundheitsnetz Leverkusen e.G. „MoniKa (Monitoring und Kommunikationsassistentin) – Care und Case Management-Koordination“

- Die Tätigkeit des Care und Case Managements setzt sich interdisziplinär und interprofessionell zusammen. Dies erfordert das Agieren auf der Fallebene direkt am Patienten als auch auf sektorenübergreifender Ebene zu den jeweiligen Versorgungseinrichtungen.

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	Stellenbeschreibung	
Version: 2.0	Vom: 27.01.2019	Status: gültig
MoniKa (Monitoring- und Kommunikationsassistentin) – Care und Case Management Koordination		

- Übernahme praxisübergreifender, ärztlich delegierbarer Aufgaben. Exemplarisch seien hier die Koordinierung und Organisation von unterstützenden Behandlungsleistungen auf Basis eines an den Patientenbedarfen ausgerichteten Assessments, der Vermeidung von Versorgungsengpässen und der Zielorientierung des CCM bzw. des Projektes.
- Dienstleistungs- und facharztübergreifende Koordination, um die Sicherung der ambulanten Patientensituation zu gewährleisten oder zu verbessern
- Förderung der Gesundheitskompetenz des Patienten und partizipative Entscheidungsfindung durch z.B. Anregung lebensstiländernder Maßnahmen, Schulungen und Beratungen (Angebot eines leicht verständlichen Informationsangebot bei niedrigen Ansprachebarrieren)
- Unterstützung in Entscheidungsprozessen des Patienten im multimorbiden Zusammenhang als Behandlungsvorbereitung.
- Durchführung eines regelmäßigen, symptom-gerichteten Monitorings (Krankenbeobachtungen als „Patientensensor“) in definierten Indikationen (Herzinsuffizienz, COPD) im Rahmen der KVP-Prozesse, die im Einzelfall entscheidend die Patientensicherheit beeinflussen und zur Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen beitragen.
- Patientenzentrierte, individuelle Versorgungsplanung, auch zur Überleitung und/oder Entlassung des Patienten. Dies sollte nach Möglichkeit nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ erfolgen.
- Eigenverantwortliche Durchführung und Dokumentation des CCM sowie die ressourcenorientierte Terminierung (Termintransparenz) und Betreuung der Patienten, auch unter ökonomischen Gesichtspunkten.
- Regelmäßige Supervisionen zu den Patientenverläufen mit den Mambo-Ärzten und Abstimmung der weiteren Vorgehensweise der MoniKa
- die können.
- Regelmäßiger Austausch zu den Mambo-MFAs (eine führende Medizinische Fachassistentin (Erst-MFA) der Arztpraxis, die durch das Gesundheitsnetz zu den Themen Adhärenzschwäche und motivational interviewing fortgebildet wurde) zu kollektiven und individuellen Patientensituationen, um Kurzinterventionen in der Arztpraxis abgestimmt zu ermöglichen.
- Aufbau und Pflege eines Versorgungsnetzwerkes im Team zur gezielten Patientenversorgung: Kontaktaufnahme zu zusätzlichen Dienstleistern, Adressdokumentation und Aktualitätsprüfung der Netzwerkdatenbank sowie die persönliche und kontinuierliche Betreuung der Versorgungspartner des Gesundheitsnetzes Leverkusen eG im Sinne einer gut funktionierenden interprofessionellen Kooperation.
- Erarbeitung und Präsentation in Wort und Bild (Power Point Präsentation) zu wichtigen Projektthemen, orientiert an den Bedürfnissen adäquater Kundengruppen (Versorgungsnetzwerk).

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	Stellenbeschreibung	
Version: 2.0	Vom: 27.01.2019	Status: gültig
MoniKa (Monitoring- und Kommunikationsassistentin) – Care und Case Management Koordination		

8.2 Zusatzaufgaben / Verantwortungsbereiche

- Aktive und motivierte als auch eigenständige und vorausschauende Weiterentwicklung der Prozesse und Inhalte des Care und Case Managements auf Basis der Erfahrungswerte im Sinne des KVP und der Projektziele in Abstimmung mit der Projektleitung.
- Eigenständiger, aktiver und vorausschauender Austausch zu relevanten Themen des CCM mit der Projektleitung.
- Kompetente Ansprechpartnerin in allen Fragen bzgl. des Care und Case Managements/Beratungsthemen.
- Regelmäßiger Abgleich mit der Projektleitung zur inhaltlichen und prozessbezogenen Umsetzung des CCM.

9. [Eingruppierung, Beschäftigungsumfang, Beschäftigungsdauer, Kalkulationsgrundlage](#)

Anlage 3: SB_Projektkoordinatorin

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	Stellenbeschreibung	
Version: 1.0	Vom: 20.07.2018	Status: gültig
Projektkoordinatorin Mambo		

1. Stelleninhaberin

XXX

2. Vorgesetzter Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG

Nicole Balke-Karrenbauer (Projektleitung)

Dr. rer. nat. Manfred Klemm (Geschäftsführung, weisungsbefugt)

3. Unterstellter Bereich

Unterstützung des Versorgungsmanagements im Rahmen des Projektes „Neue Versorgungsformen - Multimorbide Menschen in der ambulanten Betreuung: Patientenzentriertes, bedarfsorientiertes Versorgungsmanagement (MamBo)“.

Die Stellenbeschreibung ist für eine Wochenarbeitszeit [von 27 Stunden konzipiert](#).

4. Vertretungsregelung

Nächster Vorgesetzter

5. Zeichnungsbefugnis

i. A.

6. Qualifikation der Stelle

6.1 Fachliche Qualifikationen

- Ausbildung in einem gesundheits- und versorgungsrelevanten Bereich (z.B. Medizinische Fachangestellte, Physiotherapeutin, Ergotherapeutin o.ä.)
- Grundkenntnisse im medizinischen Wissen und in den medizinischen Indikationsbereichen, vor allem bei chronischen Erkrankungen
- Langjährige Erfahrung in der Netzwerkarbeit, sowohl mit Patienten als auch mit Ärzten
- Sehr gute und eigenständige Koordinationsfähigkeit bei parallelen Projektaufgaben
- Sehr gute Kommunikationsfähigkeit, geprägt durch Projektkompetenz und Empathie
- Gute Kenntnisse der Strukturen des Gesundheitswesens
- Gute Kenntnisse in der ambulanten und pflegerischen Versorgung (SGB V, SGB XI)
- sicherer Umgang mit MS Office-Anwendungen

Ersetzt Version: -	Vom: 20.07.2018	Seite 1 von 2
Änderungsgrund: keinen / Neuerstellung		

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	Stellenbeschreibung	
Version: 1.0	Vom: 20.07.2018	Status: gültig
Projektkoordinatorin Mambo		

7.2 Persönliche Qualifikationen

- Ausgeprägte Kompetenz in der zielgruppenadäquaten, emphatischen Kommunikation sowie Gesprächsführung zu Kunden und Patienten
- Kenntnisse über chronische Erkrankungen im höheren Lebensalter und adäquater Umgang mit Patienten
- Eigenverantwortlichkeit und Umsetzungswille in den zugetragenen und abgestimmten Aufgabenbereichen
- Motivation zur Unterstützung der konzeptionellen Projektgestaltung
- Flexibilität, Veränderungsbereitschaft und die Fähigkeit zur Eigenreflexion
- Ziel- und ergebnisorientiertes sowie strukturiertes und verantwortungsvolles Denken und Handeln
- Hohes persönliches Engagement, motiviert durch erfolgreiche Zielerreichung
- Starke Teamfähigkeit, sowohl als Team Player als auch punktuell als Team-Spezialist in den definierten Aufgabenbereichen
- Sicheres und professionelles Auftreten

8. Aufgaben

8.1 Aufgaben im Regionalen Gesundheitsnetz Leverkusen e.G. „Projektkoordination Mambo“

- Verantwortlich für die Dokumentation als auch organisatorische Verwaltung der Patientendaten
- Terminkoordination der Mambo-Patienten und der entsprechenden MoniKa-Besuche
- Kompetente und zielgruppenadäquate Aufklärung zu den Versorgungsinhalten und -zielen als auch zum aktuellen Umsetzungsstand Mambo
- Abgestimmte Planung und eigenständige Organisation von Veranstaltungen und Workshops für Patienten, Kunden und Praxen
- Kooperation und regelmäßiger Informationsaustausch mit der Projektleitung und den MoniKa-Kräften
- Erstellung von unterstützenden Instrumenten als Hilfestellung zur Implementierung der MoniKa-Rolle
- Unterstützung von Versorgungslösungen im Rahmen des Aufgabenbereiches und eigenständige Umsetzung der mit der Projektleitung abgesprochenen Maßnahmen

Anlage 4: Flyer Patient

Die Vorteile mit Mam|bo

- + Mam|bo bietet Ihnen eine zusätzliche Versorgungszeit - kostenfrei.
- + Sie erhalten die Möglichkeit einer individuell ausgerichteten Versorgungsberatung - gemeinsam mit der MoniKa werden gesundheitsunterstützende Maßnahmen auf den Weg gebracht.
- + Lebenssituationen verändern sich schnell - Mambo unterstützt Sie mit vorbeugenden Maßnahmen bevor ein akuter Handlungsbedarf vorliegt.

Wer kann teilnehmen?

- + Sie sind versichert bei der pronova BKK.
- + Sie haben mindestens 3 chronische Erkrankungen.
- + **und/oder** erhalten mindestens 7 Medikamente.

Mit ganzheitlichem Blick partnerschaftlich unterstützt.

Möchten Sie am kostenlosen Versorgungsprogramm Mam|bo teilnehmen? Sprechen Sie uns an!

Informationen erhalten Sie bei Ihrer Hausärztin/
Ihrem Hausarzt oder bei:

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG
Bruchhauser Straße 30
51381 Leverkusen

Tel. 02171 / 36 36 8 - 70

Mail mambo@gesundheitsnetz-leverkusen.de

Web www.mambo-lev.de

Gerne erhalten Sie auch ausführliche Informationen
bei Ihrer pronova BKK, Team Patientencoaching:

pronovaBKK
Horst-Henning-Platz 1
51373 Leverkusen

Tel. 0214 / 322 96 - 49 19

Mail patientencoaching@pronovabkk.de

Mambo – ein Projekt der Kooperationspartner:



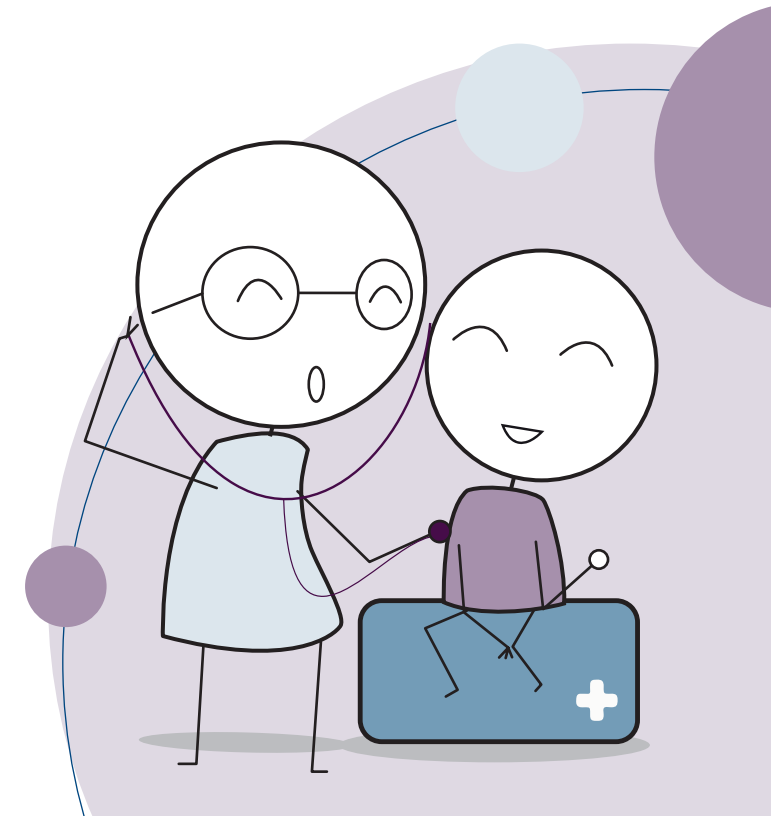
pronovaBKK
Partner für Ihre Gesundheit

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft **imvr**

Mam|bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Chronisch krank? Rundum gut versorgt! Wir unterstützen Sie.



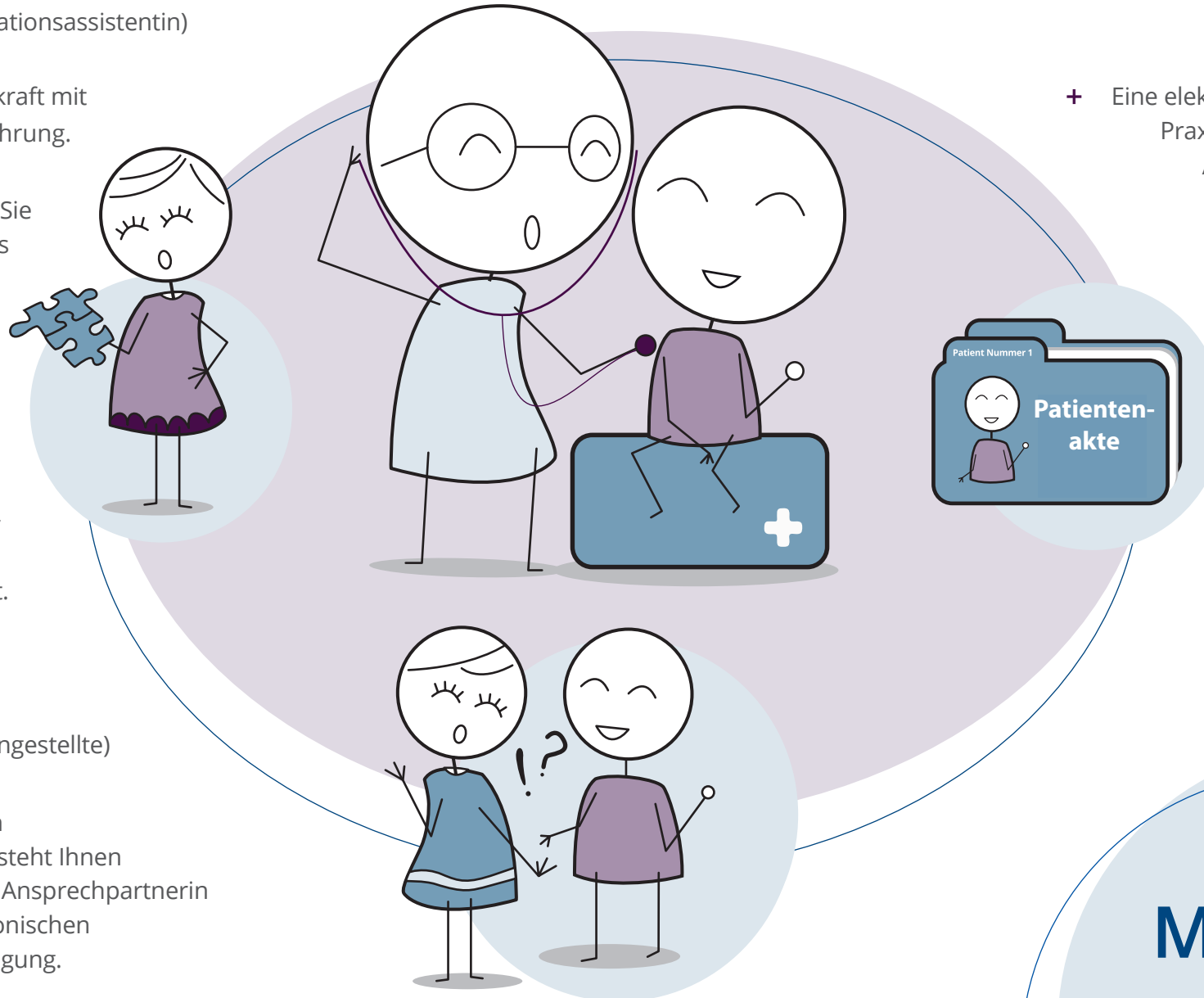
Ein innovatives Versorgungsprojekt für Versicherte
der pronova BKK in Kooperation mit dem
Regionalen Gesundheitsnetz Leverkusen eG.

Mam|bo – Mehr Zeit für Ihre Gesundheit!

MoniKa

(Monitoring- und Kommunikationsassistentin)

- + Qualifizierte Pflegefachkraft mit langjähriger Berufserfahrung.
- + Die MoniKa unterstützt Sie als verlängerter Arm des Hausarztes jederzeit in allen Fragen rund um Ihre Gesundheit.
- + Als Lotse organisiert und koordiniert sie einzelne Elemente Ihrer Versorgung. Bei Bedarf auch in der Häuslichkeit.



Patientenakte

(vernetzte Dokumentation)

- + Eine elektronische Verknüpfung der Praxen bietet einen sinnvollen Austausch zu Ihren Erkrankungen und den verordneten Medikamenten. Ihr Arzt und Sie erhalten einen wertvollen Überblick.
- + Die elektronische Patientenakte erfüllt alle Anforderungen des Datenschutzes.

Mam|bo-MFA

(Mambo-Medizinische Fachangestellte)

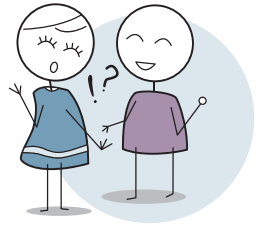
- + Eine Praxismitarbeiterin in Ihrer Hausarztpraxis steht Ihnen zusätzlich als Mam|bo - Ansprechpartnerin für Fragen zu Ihren chronischen Erkrankungen zur Verfügung.

Mam|bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!


Mambo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!




Aktive Unterstützung

- „Perspektiven-Check“**
Welche Vorsorgemöglichkeiten gibt es für mich?
z.B. Impfpasskontrolle, Präventionsangebote der
pronova BKK
- Stärkung der eigenen Gesundheitskompetenz**
„Was ich schon immer mal zu meiner Gesundheit
besprechen wollte“ - ärztlich geführte Gesprächs-
runde und kurzer „Alles ok!?“-Check
- Beratung zur Medikations-Einnahme**
(Verständnis der Medikamente, richtige Einnahme)
- Kurz-Schulungen zu Themen wie Ernährung,
Sturzprophylaxe, Inkontinenz**
- Alltagsunterstützende Maßnahmen und deren
Finanzierung**
z.B. Einkaufshilfen, Fahrdienste, Senioren-
betreuung
- Unterstützung bei Beantragung oder Änderung
eines Pflegegrades oder Schwerbehindertenaus-
weises**
- Beratungs- und Hilfsangebote für demenziell
Erkrankte und ihre Angehörigen**
- Information und Unterstützung zu
Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung**

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF
Case Management MoniKa: Dokumentation in theracase		

Inhaltsangabe:

1. Einleitung und Zweck der Anleitung
2. Login theracase
3. Startbildschirm
4. Patientenliste
5. Patientensuche
6. Dokumentation der MoniKa
 1. Schritt: Assessmentbogen
 2. Schritt: Reiter Stammdaten
 3. Schritt: Reiter Versorger
 4. Schritt: Erstellung Kontaktformular (Besuchsprotokoll)
 5. Schritt: Feedbackbogen Hausarzt
 6. Schritt: Dokumentation der MoniKa im Verlauf (per Kürzel)
7. Diagnosen
8. Dateien und Dokumente
9. Medikamente
10. Entlassung

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF
Case Management MoniKa: Dokumentation in theracase		

1. Einleitung und Zweck der Anleitung

Eine moderne Gesundheitsversorgung ist heute ohne eine enge Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern, Pflege- und Sozialdiensten, Reha-Kliniken und anderen Einrichtungen nicht mehr denkbar.

Im Dokumentationssystem theracase fassen wir alle relevanten Informationen über den Patienten seine Diagnosen, Medikamente und die häusliche Versorgungssituation zusammen. Darüber hinaus erfassen wir die Hilfsmittel und halten die beteiligten Kooperationspartner fest.

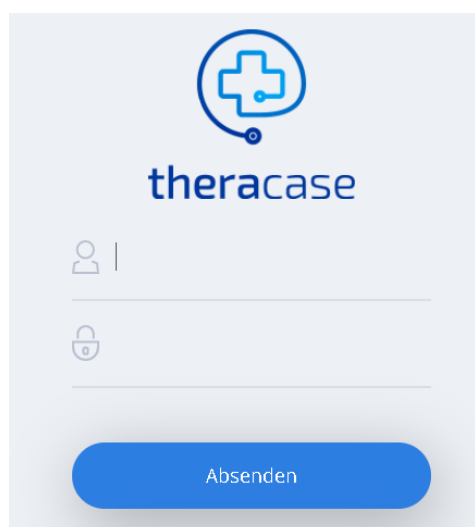
Unser langfristiges Ziel ist, dass unsere Hausärzte angeschlossen werden und somit Diagnosen, verordnete Arzneimittel und alle medizinisch relevanten Daten zu jeder Zeit von allen beteiligten Ärzten, unter Berücksichtigung des Einverständnisses des Patienten, abrufbar sind.

In theracase ist ein ausführliches Handbuch hinterlegt, auf das jederzeit zugegriffen werden kann.


Der vorliegende Handlungsablauf dient der einheitlichen Dokumentation und Auswertbarkeit der erbrachten Leistungen am Patienten sowie der schnellen und übersichtlichen Einführung neuer Mitarbeiter/Innen in die Rolle der MoniKa. Hierin sind unsere spezifischen und nur für unserer Projekt bestimmten Handlungsabläufe dokumentiert.

2. Login theracase

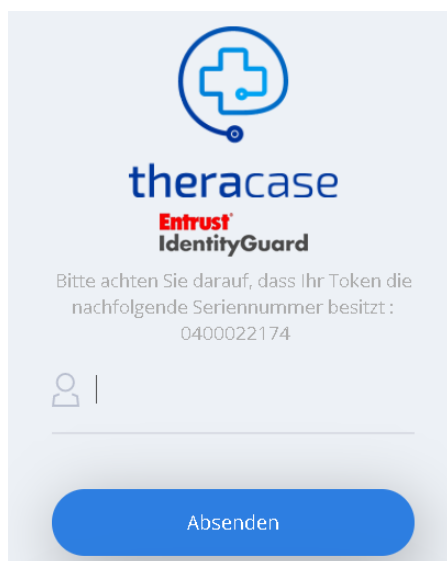
Wir nutzen den Internet Browser Chrome: <https://www.theracase.de>



Benutzername: und Passwort: werden durch smart-Q programmiert und zugeteilt.

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF
Case Management MoniKa: Dokumentation in theracase		


Als nächstes öffnet sich ein Fenster, in dem eine Nummer gefordert wird. Je nach Wunsch generiert diese Nummer ein kleines Gerät (Token genannt, über smart-Q erhältlich) oder eine App auf dem Smartphone.



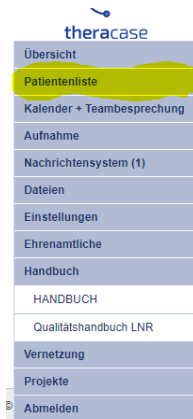
Hier wird die vorgegebene Nr. eingefügt. Es öffnet sich folgende Maske:

3. Startbildschirm



Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF
Case Management MoniKa: Dokumentation in theracase		

4. Patientenliste




Über die Patientenliste können wir alle in theracase eingegebenen Patienten aufrufen.

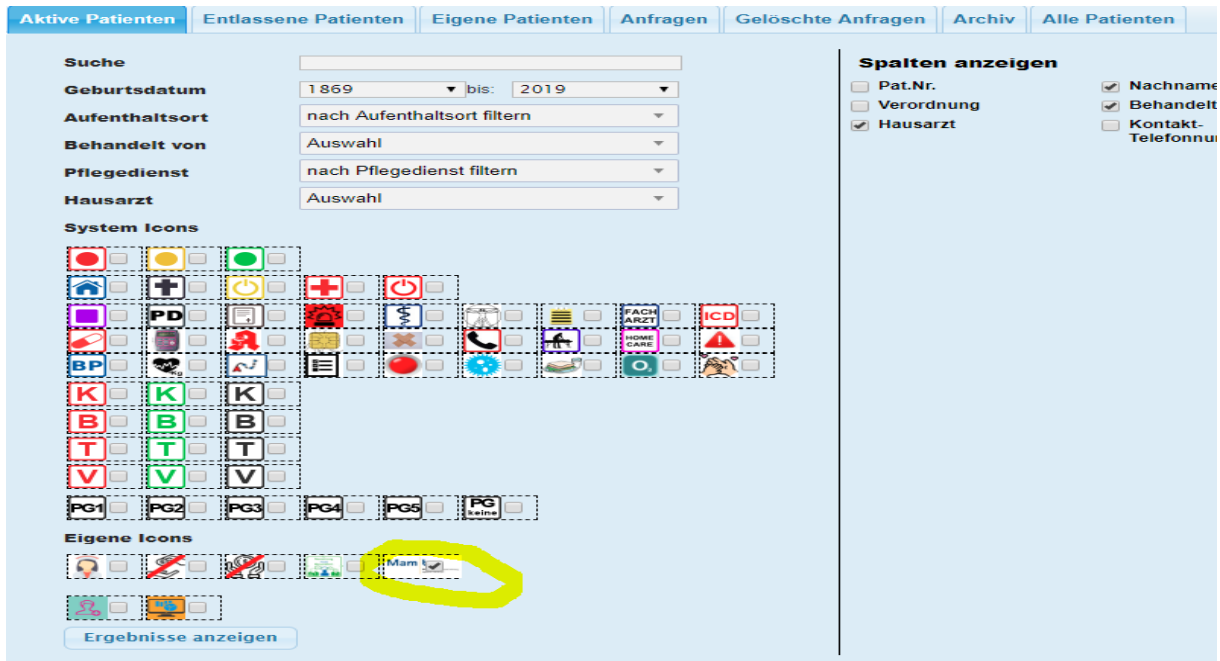
In der Patientenliste kann man zwischen verschiedenen Reitern wählen:



Es ist möglich, einzelne Filter zu setzen und somit schneller bestimmte Bedingungen in einer Abfrage zu gruppieren.

Z. B. kann nach allen Patienten gefiltert werden, die in den Vertrag Mambo eingeschrieben worden sind. Hierzu wird das Häkchen neben dem Icon für den Mambo Vertrag gesetzt

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG			
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF	
Case Management Monika: Dokumentation in theracase			



Darüber hinaus kann nach weiteren Parametern gesucht werden. Z.B. nach dem Hausarzt

- Aufenthaltort
- Behandelt von
- Pflegedienst
- **Hausarzt**

um herauszufinden, welche und wie viele Patienten von einem bestimmten Hausarzt eingeschrieben worden sind.


Es ist möglich, nach mehreren Parametern gleichzeitig zu filtern. Dagegen ist es aber nicht möglich, einen Filter auf mehrere Icons gleichzeitig zu setzen.



5. Patientensuche




In der oberen Leiste werden die ersten Buchstaben des Nachnamens eingefügt. Es kann auch über das Geburtsdatum oder die Versichertennummer gesucht werden. Es erscheint eine Auswahlliste. Bitte hier auf **Vornamen und das richtige Geburtsdatum** achten. Bei gleichen Namen (Müller, Meyer, Schmitz) kann es schnell zu einer falschen Auswahl kommen.

Es öffnet sich die „Akte“ des ausgewählten Patienten:

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG			
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF	
Case Management MoniKa: Dokumentation in theracase			

Name	Mönchengladbach, Borussia xxx (71 Jahre)	Patientennummer	NRLM11913
Geb.-Datum	05.10.1947	Aufgenommen durch	Böttcher, Christina
Behandelt durch Bearbeiten		Aufnahmedatum	25.03.2019 13:09
		Überwiesen durch	Hausarzt
Aufenthaltsort	zu Hause Gladbacher Straße 3 41061 Mönchengladbach		
Kontakt-Telefonnummer	Mönchengladbach, Borussia xxx		
STATUS			BESUCH 
Dies ist ein Memo Feld, klicken Sie hier um etwas einzutragen.			
Verlauf	Stammdaten	Versorger	Symptomatik
	Hospiz-V	Medikamente	Formulare
			Dateien & Dokumente
			Briefe
			Diagnosen
			Entlassung

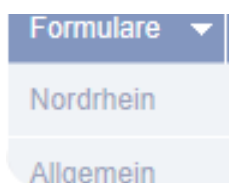
Nachdem der Patient in theracase eingeschrieben wurde (der Einschreibeprozess ist in der „AA theracase Einschreibung“ dokumentiert), erhalten wir den Anmeldebogen (ggf. mit Beauftragung der MoniKa) und, falls vorhanden, den **aktuellen Medikamenten- und Diagnoseplan und Info über eine DMP-Teilnahme**. Liegen diese Unterlagen bei Beauftragung der MoniKa nicht vor, müssen diese in der Hausarztpraxis angefordert werden. Hierzu nutzen wir das Formular **1 Mambo Fax-Anforderung Diagnose- u. Medikamentenplan, DMP-Info** (Umsetzung folgt unter Briefe). In der Regel sind diese Dokumente aber bereits durch die Koordination in theracase hochgeladen worden.

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF
Case Management MoniKa: Dokumentation in theracase		

6. Dokumentation der MoniKa

Beim Erstbesuch wird unsere Dokumentation in folgender Reihenfolge umgesetzt:

1. Schritt: Assessmentbogen



Mambo > Assessment

Das Assessment wird in der Regel beim Erstkontakt erstellt. Es besteht aus 6 Seiten mit unterschiedlichen Boxen. Jede Box hat an der rechten Seite eine weitere **kleine gelbe Box** mit den Merkmalen **To Do und Feedback**.

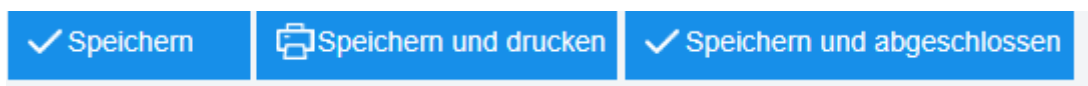
Hier kann bereits bei der Erstellung des Assessments ein **To Do** ausgelöst werden. Anklicken, es öffnet sich ein neues Feld, hier Kommentar einfügen, Benutzer auswählen und Datum setzen. Das To Do erscheint im Verlauf des Patienten und unter den To do's.

Wichtige Informationen werden in das Feld **Feedback** eingetragen und somit eins zu eins in den Feedbackbogen an den Hausarzt übertragen.

Das Assessment ist selbsterklärend. Die entsprechenden Boxen werden mit Inhalt gefüllt, teilweise gibt es ein Drop Down Menü zur Auswahl. Ergänzende Daten, z. B. Stammdaten werden unter Stammdaten gespeichert.


~~Diagnosen~~ entfällt an dieser Stelle. Die Eingabe der Diagnosen erfolgt außerhalb des Assessments in separater Box Diagnosen.

Nach Fertigstellung wird das Assessment durch Klick auf nur „**Speichern**“! gespeichert.



So kann das Assessment ggf. in der Nachbereitung im Büro nochmals bearbeitet werden.

Ist das Assessment komplett bearbeitet, wird es mit „**Speichern und abgeschlossen**“ geschlossen. Es wird automatisch eine PDF-Datei unter **Dateien & Dokumente** hinterlegt. Im Verlauf erscheint der Hinweis, dass das Assessment abgeschlossen wurde.

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF
Case Management Monika: Dokumentation in theracase		

2. Schritt: Reiter Stammdaten

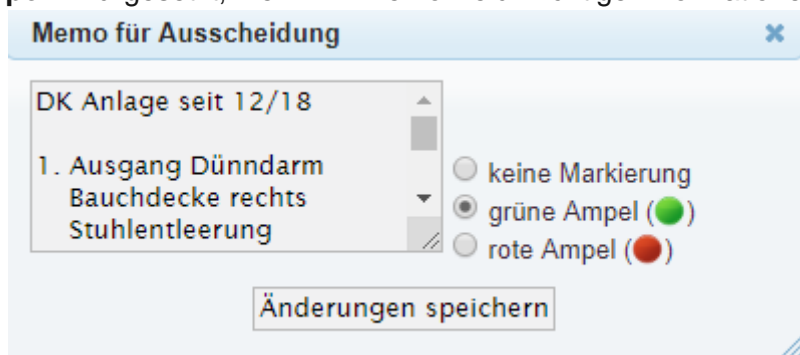


Die Daten aus dem Assessment werden übernommen.

Jede einzelne **Box hat Vorgabefelder**, die möglichst genau zu füllen sind. Es gibt in jeder Box auch ein **Memofeld**. Beim Anklicken öffnet sich ein neues Fenster und es können ggf. Ergänzungen und Zusatzinformationen eingefügt werden. Hier kann eine Auswahl zwischen **keine Markierung, grüne oder rote Ampel** getroffen werden.

Die **rote Ampel** wird dann gesetzt, wenn Vorgänge oder Maßnahmen noch nicht abgeschlossen sind.

Die **grüne Ampel** wird gesetzt, wenn im Memo Feld wichtige Informationen oder Hinweise



hinterlegt sind.

Das hilft ggf., wenn eine Monika die Patienten der anderen Monika einmal kurzfristig übernehmen muss.


Bei den Stammdaten des Patienten zu ergänzen:

Geburtsname und Geburtsort, diese Daten werden des Öfteren für Anträge benötigt.

Wir öffnen das Feld **Ansprechpartner** und pflegen die entsprechenden Daten ein

In der Box **Aufenthaltsort** werden im Verlauf jegliche Veränderungen, wie z.B. **KH-Aufenthalte, Reha oder KZP** festgehalten. Eine kontinuierliche Pflege der Daten ermöglicht z.B. eine Auswertung „Wie oft war der Patient im KH, zur KZP etc.“

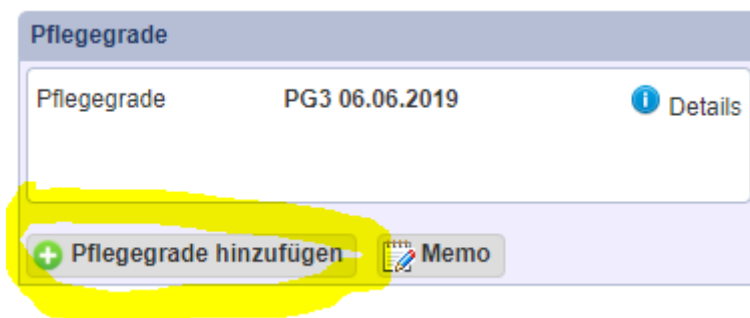
In den folgenden Boxen:

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF
Case Management MoniKa: Dokumentation in theracase		

- Ausscheidung
- Künstliche Ausgänge
- Familienstand
- Herkunft und Sprache
- ~~Hilfsmittel~~ entfällt an dieser Stelle, erscheint unter Versorger Hilfsmittel III
- Ernährung
- Orientierung
- Mobilität
- Patient lebt
- Religionszugehörigkeit
- Versorgung

werden über ein Auswahlfeld die entsprechenden Möglichkeiten angeklickt und ggf. unter MEMO Ergänzungen eingefügt.

Es folgt die Box **Pflegegrade**. Hier wird der aktuelle Pflegegrad hinterlegt. Um einen möglichen Verlauf bei Höherstufungen festzuhalten, wird bei Änderungen dann ein neuer Pflegegrad hinzugefügt.




Im **MEMO Feld** hinterlegen wir, **welche Leistungen wie z. B das Pflegegeld, Kombinationsleistungen, Entlastungsleistungen etc., genutzt werden.**

Die **Box Advance Care Planning** erfasst:

- Patientenverfügung
- Betreuungsverfügung
- Vorsorgevollmacht

Entsprechendes Feld anklicken, es öffnet sich ein neues Fenster. Auch hier erscheinen wieder Auswahlfenster zum Anklicken. Es besteht die Möglichkeit entsprechende Formulare hier hochzuladen.

Die **Boxen Vorrasschauende Therapieplanung und Erwerbssituation** sind für uns in der Regel nicht relevant.

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF
Case Management Monika: Dokumentation in theracase		

3. Schritt: Reiter Versorger



Der Hausarzt wird bei der Aufnahme in theracase eingepflegt.

Alle am Pflegeprozess beteiligten Versorger werden bei der Aufnahme im Assessment eingepflegt. Im weiteren Verlauf können Anbieter unter Versorger in der entsprechenden Rubrik ergänzt werden.

Facharzt suchen / einem Patienten zuordnen:

Fachärzte Fenster öffnen, unter **Facharzt Typ** wird die Fachrichtung über ein Auswahlfeld angeklickt. In der **Zeile Praxis** den Namen des Arztes angeben. Es erscheint wieder ein Auswahlfeld, anklicken, die Daten werden komplett übernommen. Fehlen Ärzte in der Liste, können diese manuell eingepflegt werden. Dazu eine Info im Koordinationsbüro abgeben, dass die Daten in das Versorgernetz übernommen werden.

Krankenkasse wird bei der Aufnahme eingepflegt.

Pflegedienst unter der Zeile Pflegedienst hinzufügen, öffnet sich wieder ein Auswahlfeld. Zeile Pflegedienst mit rotem * **Ambulanter PD** eingeben, es öffnet sich ein Auswahlfeld. Gewünschten Dienst anklicken.


Sanitätshäuser gleiche Vorgehensweise, den Namen des Sanitätshauses eingeben und im Auswahlfeld anklicken.

Apotheke nur wenn es relevant ist einpflegen.

Physiotherapeuten unter der Zeile Physiotherapie hinzufügen, öffnet sich wieder ein Auswahlfeld. Zeile Physiotherapeut mit rotem * Namen der Praxis eingeben

Sonstige Versorger gleiche Vorgehensweise wie zuvor. Auswahlmöglichkeiten hier über folgende Schlagworte:

- **24 Std. Pflege**
- **Agentur für Haushaltshilfen**
- **Begleitung Behördliche Angelegenheiten**
- **Behindertenhilfe**

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF
Case Management Monika: Dokumentation in theracase		

- CBT Quartierszentrum
- Demenz
- Psychotherapeuten
- Ergotherapie
- Ernährungsberatung
- Hausnotruf
- Mahlzeitendienste
- Krankentransport
- Krankenbeförderung
- Kurzzeitpflege
- LVI Blindenhilfsmittelverband
- LVR Klinik
- Logopädie
- Mobile Fußpflege
- Podologen
- Reha Training
- Seniorenbegegnungsstätten
- Seniorenbetreuung
- Seniorengerechte Wohnungen
- Sozialpsychiatrisches Zentrum
- Tagespflege
- Taschengeldbörse
- Vollstationäre Einrichtungen
- Wohngemeinschaften für Demenzerkrankte


Homecare gleiche Vorgehensweise wie zuvor. Auswahlmöglichkeiten hier über folgende Schlagworte:

- Alltagshilfe, Familien- und Seniorenbetreuung
- Betreuungsdienste
- Demenz Einzelbetreuung
- Diakonisches Werk
- Familien- und Seniorenbetreuung
- Wundmanagement

Bitte Bild Box Hilfsmittel 2 einsetzen (Ruoff K.-H.)

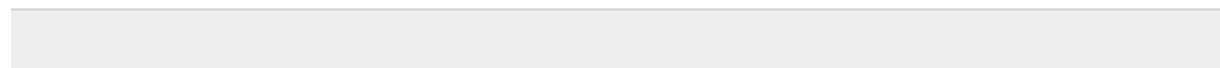
In der Hilfsmittelbox II werden die vorhandenen Hilfsmittel eingepflegt. Es gibt hier keine Auswahlliste.

Boxen, die mit Inhalt gefüllt sind, bleiben zur Übersicht geöffnet. Die Einstellung hierfür erfolgt unter Einstellungen > Box Sichtbarkeit > Anklicken:

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF
Case Management Monika: Dokumentation in theracase		

Stammdaten

Alle Boxen geschlossen
 Nur Boxen mit Inhalt öffnen
 persönliche Einstellungen



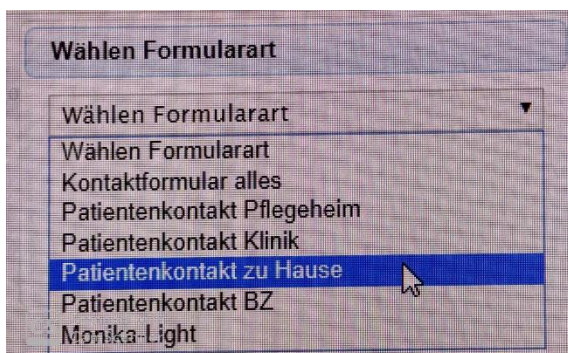
4. Schritt: Erstellung Kontaktformular (Besuchsprotokoll)

Nach Erstellung des Assessments beim Erstbesuch und zu jedem Besuch muss der Hausbesuch dokumentiert werden. Hierzu verwenden wir das Besuchsprotokoll.


Kontakt-Telefonnummer  Mönchengladbach, Borussia xxx



Es öffnet sich eine Auswahl von **Kontaktformularen**



Hier wird das Kontaktformular ausgewählt, das der Örtlichkeit entspricht, an dem der Besuch stattgefunden hat.

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF
Case Management MoniKa: Dokumentation in theracase		

Kontaktformular - Patientenkontakt zu Hause

Mönchengladbach, Borussia xxx <i>Name, Vorname</i>	NRLM11913 <i>Patientennummer</i>
Gladbacher Straße 3, 41061 Mönchengladbach <i>Adresse</i>	05.10.1947 <i>Geb.-Datum</i>
Beginn : <input type="text" value="11"/> <input type="text" value="29"/> Ende: <input type="text" value="11"/> <input type="text" value="44"/> <input style="border: 1px solid #ccc;" type="text" value="14.08.2019"/>	
+ Fahrtzeit / Dokumentationszeit	
+ Kommentare	
+ Therapie	
+ Vitalwerte	
+ Medikation II	
+ Symptome II	
+ To Do	
+ Mambo Klassifikation	


Kontaktformular - Patientenkontakt zu Hause

Mönchengladbach, Borussia xxx <i>Name, Vorname</i>
Gladbacher Straße 3, 41061 Mönchengladbach <i>Adresse</i>
Beginn : <input type="text" value="09"/> <input type="text" value="10"/> Ende: <input type="text" value="09"/> <input type="text" value="25"/> <input style="border: 1px solid #ccc;" type="text" value="15.08.2019"/>

Hier zuerst den Beginn, das Ende und das Datum des Besuchs einfügen.

+ Fahrtzeit / Dokumentationszeit	
Fahrtzeit:	<input type="text" value="56"/>
Fahrtstrecke (Km):	<input type="text" value="76.25"/>
Dokumentationszeit:	<input type="text"/>

Die Fahrtzeit und Km errechnen sich automatisch. Als Dokumentationszeit setzen wir pauschal 30 Minuten ein, ggf. anpassen, wenn deutlich länger oder kürzer dokumentiert wird.

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF
Case Management MoniKa: Dokumentation in theracase		

Der gesamte Inhalt eines persönlichen Patientenkontaktes wird unter der Rubrik **Mambo Klassifikation** festgehalten.

- Mambo Klassifikation

Assessment	<input checked="" type="checkbox"/>	45	kiafiuaiga, kidafifi
Beratung	<input type="checkbox"/>		
Schulung	<input type="checkbox"/>		
Adhärenzcheck	<input type="checkbox"/>		
Monitoring	<input type="checkbox"/>		
Anträge / Widerspruch	<input type="checkbox"/>		
Pflegesicherungsbesuch § 37,3	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		
Überprüfung Medikationsplan	<input checked="" type="checkbox"/>	10	eileaöppgomgm, oeppagkagoplo, plaffoe

zu verteilen

Hierzu wird ein Häkchen neben die Leistungen gesetzt, die im Patientenkontakt bearbeitet wurden. Dadurch öffnen sich zwei Textfelder. Ins erste Feld werden die Minuten eingetragen, die diese Leistung im Kontakt gebraucht haben, ins zweite Feld tragen wir den Dokumentationsinhalt ein.

Ganz unten unter „zu verteilen“ errechnen sich die noch nicht auf die einzelnen Leistungen verteilten Minuten, zum Dokumentationsabschluss sollte diese Minutenangabe auf 0 stehen.

Die einzelnen Leistungen im Überblick, immer mit Minutenangabe vorweg:


Assessment:

Kurze Zusatzinfo, z.B. wie sich das Assessment bearbeiten lies, konnte es abgeschlossen werden, sind Punkte offengeblieben? War es ein Fremdasessment?

Beratung:

Das Beratungsthema als Schlagwort:

- Leistungen der Pflegeversicherung
- Ernährung
- Dehydration
- Sturz
- Hilfsmittel

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF
Case Management MoniKa: Dokumentation in theracase		

- Vorsorgevollmacht
- Patientenverfügung
- Schwerbehinderung
- Inkontinenz
- Chronische Wunden
- Schmerz
- Soziale Teilhabe
- Demenz
- Dekubitus
- Palliativversorgung

und dann wichtige Details kurz erläutern.

Schulung:

Das Schulungsthema als Schlagwort:

- Ernährung
- Sturz
- Lagerung
- Transfers
- Dehydration
- Chronische Wunden
- Hilfsmittel
- Schmerz
- Inkontinenz
- Dekubitus
- Umgang mit Demenz

und dann wichtige Details kurz erläutern.


Adhärenzcheck:

Wie kommt der Patient mit seiner Medikamenteneinnahme / den Devices zurecht? Nimmt er sie, wie vom Arzt verordnet?

Monitoring:

Festhalten, dass ein Monitoring durchgeführt wurde. Welches?

- Herzinsuffizienz
- COPD
- Selbsttest Depression
- Therapiesteuerung
- PAVK

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF
Case Management Monika: Dokumentation in theracase		

Anträge / Widerspruch:

Welcher Antrag / Widerspruch wurde gestellt? Was ist weiterhin geplant?

- Erstantrag Pflegegrad
- Höherstufung Pflegegrad
- Antrag Schwerbehinderung
- Änderungsantrag Schwerbehinderung
- Widerspruch MDK-Begutachtung
- Antrag Parkausweis Schwerbehinderung
- Antrag auf Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- Antrag auf Kurzzeitpflege

Pflegebesuche §37,3:

Festhalten, dass ein 37,3er durchgeführt wurde. Besonderheiten?

Sonstiges:

Zusatzinformationen zum Kontakt, die sonst keiner Leistung zugeordnet werden können, aber Zeit in Anspruch genommen haben.

Überprüfung Medikationsplan:

Übereinstimmung Plan mit den Medikamenten vor Ort. Medikamente aller Ärzte und Eigenmedikation im Plan festgehalten?


Zusätzlich besteht die Möglichkeit, unter der Rubrik **Kommentar** einen Eintrag vorzunehmen. Hier können ergänzende Informationen festgehalten werden, z.B. wer hat noch am Gespräch teilgenommen, in welcher Stimmung / Verfassung war der Patient, etc. (**Hier werden keine durchgeführten Leistungen dokumentiert!**)

Nach Fertigstellung speichern. Die Zeiterfassung, die dokumentierten Leistungen und der Kommentar werden in den Verlauf übertragen.

5. Schritt: Feedbackbogen Hausarzt

Nach jedem Hausbesuch erhält der Hausarzt einen Feedbackbogen. Dies gehört zu den Aufgaben der Nachbereitung im Büro.

Der Feedbackbogen ist unter Briefe hinterlegt. Auch hier öffnet sich ein Auswahlfeld

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF
Case Management Monika: Dokumentation in theracase		

Arztbrief

Anleitung neues Brief System
Token-Liste (Variablen)

Schritt 1: Vorlage auswählen

Hier auswählen

Schritt 2: Eventuell relevanten Hausbesuch aussuchen

Keine Besuch gefunden

Schnellsuche

Vorlage auswählen ✕

Schnellsuche

Datum	Titel	Standardempfänger	Benutzername
20.10.2020 10:30	1 AOK Fax Anforderung Diagnosen- und Medikamentenplan	Kein Standardempfänger	Schneider, Laura
20.10.2020 10:31	1 Mambo Fax Anforderung Diagnosen-, Medikamentenplan und DMP Info	Kein Standardempfänger	Schneider, Laura
20.10.2020 10:32	2 AOK Fax Feedbackbogen Arzt	Kein Standardempfänger	Schneider, Laura
20.10.2020 10:33	2 Mambo Fax Feedbackbogen Arzt	Kein Standardempfänger	Schneider, Laura
20.10.2020 10:39	3 AOK Fax Vorlage an Pflegedienst	Kein Standardempfänger	Schneider, Laura
20.10.2020 10:39	3 Mambo Fax Vorlage an Pflegedienst	Kein Standardempfänger	Schneider, Laura
11.02.2020	1 AOK Fax Musterbrief COPD	Kein	Schneider, Laura


3. Schritt 3 - Empfänger auswählen

Praxis Dr. med. Kohne
Sonja Kohne
Burscheider Str. 204
51381 Leverkusen




PDF erstellen und in Dokumente ablegen

editierbare Word Version erstellen

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF
Case Management MoniKa: Dokumentation in theracase		

Es öffnet sich ein vorbereiteter Feedbackbogen, der nun ggf. ergänzt werden muss.



Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Feedbackbogen Arzt

Fax-Nr: 02171 30684

Sehr geehrte/r Dr. Kohne,

anbei übersende ich Ihnen eine Rückmeldung zu:

Patient: **Mönchengladbach, Borussia xxx**
Geb.datum: **05.10.1947**
Monika: **Helga Schleimer**

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen
eG

Bruchhauser Straße 30
51381 Leverkusen

Tel.: 02171 / 36 36 8 -70
Fax: 02171 / 36 36 8 -79

mambo@gesundheitsnetz-leverkusen.de
www.gesundheitsnetz-leverkusen.de

Leverkusen 15.01.2010

Hausbesuch am:

Wie Alt ist der Patient?
Notfall in der Häuslichkeit
Eigentlich Dr. Rings


Weiteres Vorgehen / Empfehlungen:

Im Textfeld „Hausbesuch am“ erscheinen die Infos aus dem Assessment.

Die Word Datei wird zunächst im **Laufwerk G unter theracase Upload** gespeichert, um dann in theracase beim Patienten unter Dateien und Dokumente wieder hochgeladen zu werden. Der Hausarzt erhält den Feedbackbogen per Fax. Dazu eine Nachricht über theracase an die Projektkoordination, mit der Bitte um Aussendung des Feedbackbogens für den entsprechenden Patienten, schicken.

6. Schritt: Dokumentation der MoniKa im Verlauf (per Kürzel)

Leistungen zum Patienten, die nicht im Hausbesuch stattgefunden haben, werden im Verlauf unter Angabe verschiedener Kürzel dokumentiert. Damit diese Daten ausgewertet und statistisch erfasst werden können, ist hier Sorgsamkeit in der Anwendung nötig.

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG			
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF	
Case Management MoniKa: Dokumentation in theracase			

Es gibt folgende Kürzel:

A	Anamnese *	MU	Überprüfung Medikationsplan *
B	Befund *	MW	Anträge / Widerspruch *
BM	Verabreichung Bedarfsmedikation *	N	Bedarfsmedikamente *
C	Cave *	P	Änderung Medikation *
D	Diagnosen *	PK	Praxiskontakt *
F	Formulare *	Q	Apotheke *
G	Gespräch *	S	Symptomatik *
H	Hauptdiagnose *	T	Therapie *
I	i.v. Medikation *	TD	Teambesprechung Details *
K	Kommentar *	U	Beratung (nicht mehr benutzen) *
KX	Kommentar zeitlich editierbar *	V	Koordination *
L	Leistung *	W	Todo *
LE	Leistungen *	XA	Lieferung Apotheke *
M	Medikation *	XB	BTM *
MA	Assessment *	XC	Anträge *
MB	Beratung *	XH	Hospiz *
MC	Adhärenzcheck *	XI	Netz-IT-Struktur *
MD	DMP *	XN	Netz-Koordination *
ME	Erstterminierung *	XP	Pflegesicherungsgespräch §37 *
MF	Facharzt-Koordination *	XR	Netz-Abrechnung *
MM	Monitoring *	XS	Schulung *
MP	Pflegesicherungsbesuch § 37,3 *	XT	Telefon *
MS	Schulung *	XW	Widerspruch *
MT	Sonstiges *		

XT für Telefonate: ausschließlich Telefonate der MoniKa mit dem Patienten / seinen Angehörigen


V für Koordination: alle Leistungen zur Organisation und Koordination, z.B. Telefonate mit Pflegediensten, Pflegeheimen, Sanitätshäusern, etc.; Vorbereitung und Versenden von Unterlagen

PK für Praxiskontakt: Telefonate oder Besuche zu den behandelnden Ärzten des Patienten

MD für DMP: DMP benennen, wenn bekannt ist, an welchem DMP der Patient teilnimmt

MF für Facharzt-Koordination: dokumentieren, wenn eine Facharztkoordination angefragt oder umgesetzt wurde.






S für Symptomatik: es öffnet sich ein Drop-down Menü. Ins erste Textfeld wird die Intensität auf einer Skala von 1-10 eingetragen, das zweite Textfeld kann für Kommentare genutzt werden.


Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG			
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF	
Case Management MoniKa: Dokumentation in theracase			

S	Symptoms		
	Allgemeinbefinden	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	Dyspnoe	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	Obstipation	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	Schwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

7. Diagnosen

ICD Schlüssel oder Bezeichnung eingeben. Die Diagnose wird gesucht. Ins erste Textfeld kommt das Datum der Quellangabe, z.B. 07.07.2017, ins zweite Textfeld kommt die Quelle der Information, z.B. KH Bericht Klinikum Lev. Alle Diagnosen als Hauptdiagnosen markieren.

Diagnosen					
Haupt- und Nebendiagnosen					
ICD	Beschreibung	HD	ND	Entfernen	
M51.2	BSV [Bandscheibenvorfall]	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
17.02.2018	Diagnoseplan Dr. Mustermann				
I10.90	Hypertonus	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
17.02.2019	Diagnoseplan Dr. Mustermann				
I11.00	Herzinsuffizienz bei Hypertonie	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
17.02.2019	Diagnoseplan Dr. Mustermann				
N18.89	Niereninsuffizienz im Stadium der dekompensierten Retention	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
03.04.2019	Krankenhausbrief St. Remigius				
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
von	Kommentar				

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG			
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF	
Case Management MoniKa: Dokumentation in theracase			

8. Dateien und Dokumente

Hier werden alle patientenbezogenen Dateien hochgeladen und gespeichert. Einschreibeunterlagen, MoniKa-Auftrag, Medikamenten- und Diagnosepläne, Krankenhausbriefe etc.

Dokumente
[Neue Datei hochladen](#)

• Alle Etiketten
• ISPC erzeugt

Datum	Titel	Datei-Typ	Benutzer	Löschen
11.04.2019 15:21	Mambo-Assessment	PDF	Böttcher, Christina	✘
11.04.2019 15:20	ISPC Nordrhein Aufklärung	PDF	Böttcher, Christina	✘
08.04.2019 11:43	Mambo-Assessment	PDF	Fabian, Fabiola	✘
03.04.2019 09:20	Mambo Assessment (PDF) abgeschlossen.	PDF	Schöben, Jonas	✘
02.04.2019 14:55	Mambo Assessment (PDF) abgeschlossen.	PDF	Fabian, Fabiola	✘

• Alle Etiketten
• ISPC erzeugt

Neue Datei hochladen

Schritt 1*

Datei auswählen oder Drag & Drop

Schritt 2: Etiketten hinzufügen

Etiketten hinzufügen

Hierzu unter Schritt 1 die Datei vom Speicherort des PCs auswählen.

Unter Schritt 2 ordnen wir den Dateien zur schnelleren Übersicht Etiketten zu. Hierzu einfach auf die passende Etiketete klicken und dann speichern.

• Anlage 2

• Anlage 3

• Brief

• BTM Rezept

• Grünes Rezept

• Hilfsmittel

• Krankenförderung

• KV Rezept

• Leistungsnachweis

• Muster 63

• Noffallplan

• Privatrezept

• Stamblatt

• Anmeldebogen AOK

• Anmeldebogen Mambo

• Antwort Feedbackbogen

• AOK Teilnahmeerklärung

• AOK-MoniKa Auftrag

• Arriba

• Arztberichte

• Überleitbogen

• Befunde

• Betreuungsrechtlicher Beschluss

• Briefe Kooperationspartner

• Datenblatt Alt

• Diagnosen

• Entlassbrief

• Erst Assessment Alt

• Feedback-Bogen Arzt

• Fortlaufendes Beratungsprotokoll Alt

• KH Berichte

• Mambo Teilnahmeerklärung

• MDK Gutachten

• Medikamente

• MoniKa Auftrag

• Monitoring

• präventiver Hausbesuch

• Pronova BKK

• Rezept

• Sanitätshäuser

• Schweigepflichtsentbindungen

• Schwerbehinderung

• Tagesprotokoll


• Unterlagen Alt

• Versorgungsplan

• VO-Krankenförderung

• Wunddokumentation

✓ Speichern

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 2.0	Vom: 23.12.2020	Status: HS FF
Case Management MoniKa: Dokumentation in theracase		

9. Medikamente

Derzeit wird der Medikamentenplan unter Dateien und Dokumente beim Patienten abgelegt.

10. Entlassung

Nach Versterben eines Patienten oder dessen Austritt aus Mambo wird der Patient entlassen.

Patienten entlassen

Entlassungsart

Entlassungsdatum

Entlassungsort

Sterbeort nach Wunsch?

Kommentar

Hierzu über das Nachrichtensystem eine kurze Information an das Koordinationsteam und die Abrechnung schicken.

Case Management

Mam | bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Entwicklung

- seit ca. 1920 ist Case Management Bestandteil der US-amerikanischen Sozialarbeit
- seit den 40er Jahren Ausweitung auf die Bereiche der Krankenversorgung, das sog. „Medical Case Management“
- seit den 70er Jahren ein Instrument in einem zunehmend ineffektiv und ineffizient arbeitenden Krankenversorgungssystem
- 1974 offizielle Bezeichnung „Case Manager“ eingeführt
- in den 80er Jahren Einführung des Case Management in Deutschland

Zentrale Punkte

- ganzheitliche Sicht auf den Menschen und dessen Problematik
- dynamischer Prozess, in den mehrere Akteure involviert sind
- Koordination und Implementierung eines Hilfesystems
- Ermittlung der Ergebnisqualität, die zur Sicherung und Weiterentwicklung des Verfahrens beiträgt
- Klienten/-Patientenorientierung, Empowerment und Ressourcenorientierung (Hilfe zur Selbsthilfe) und Zielorientierung.

Case Management hat komplexe Anforderungen

4

- Möglichst ökonomische Arbeiten mit/am Patienten

1

- Viele Dienstleistungsangebote

3

- Effektives Arbeiten + Nachweis der eigenen Qualität

2

- Unterschiedliche Lebenswelten der Patienten



Probleme und Herausforderungen

Für Patienten

- Vielfältige Bedarfe auf unterschiedlichen Ebenen
- „blinder Fleck“ durch wenig Gesundheitskompetenz
- Mangelndes Verständnis der Fachsprache
- Fehlendes soziales Umfeld
- Zu wenig Zeit in der med. Versorgung („zuhörende Medizin“)
- Unübersichtlichkeit v. Hilfestellungen + Ansprechpartner

Für Institutionen

- Geringe Vernetzung und Austausch
- Unklare Strukturen
- Zeitmangel
- Überlastung der Mitarbeiter
- Nicht ausreichende patientenzentrierte Kommunikation
- Geringes intersektorales Verständnis
- Entlassung in die Unterversorgung

Lösungen durch Case Management

Probleme und Herausforderungen

Für Patienten	Für Institutionen
<ul style="list-style-type: none">▪ Vielfältige Bedarfe auf unterschiedlichen Ebenen▪ „blinder Fleck“ durch wenig Gesundheitskompetenz▪ Mangelndes Verständnis der Fachsprache▪ Fehlendes soziales Umfeld▪ Zu wenig Zeit in der med. Versorgung („zuhörende Medizin“)▪ Unübersichtlichkeit v. Hilfestellungen + Ansprechpartner	<ul style="list-style-type: none">▪ Geringe Vernetzung und Austausch▪ Unklare Strukturen▪ Zeitmangel▪ Überlastung der Mitarbeiter▪ Nicht ausreichende patientenzentrierte Kommunikation▪ Geringes intersektorales Verständnis▪ Entlassung in die Unterversorgung

Für Patienten

- Strukturierte Bedarfsermittlung – je nach Zielstellung des Case Managements
- Einbindung eigener Ressourcen - Patientenzentrierung
- Ziel- und lösungsorientiert
- Einbindung sozialer Netzwerke
- Kontinuierliche Unterstützungsverläufe

Für Institutionen

- Delegation nicht-ärztlicher Leistungen
- Konkrete Aufgaben- und Rollenverteilung in multiprofessionellen Teams
- Unterstützung strukturierter Abläufe und abgestimmter Kommunikation
- Schnittstellenmanagement
- Transparenz + Qualitätsmanagement

Nicht nur für das Gehirn gilt: Vernetzung ist alles! Verbindung des Fall- und Systemmanagement

... kennt die Situation des Patienten

- Individuelle Problemlage und Bedürfnisse
 - Fachlicher Blick & Situationsanalyse, Unterstützung & Koordination



Fall Management

Stärkung bzw. Stabilisierung der gesundheitlichen und sozialen Situation des Einzelnen
Einbindung eigener Ressourcen sowie die der An- und Zugehörigen

... kennt die Angebote des Versorgungssystems

- Wissen um professionelle und angrenzende Hilfsangebote
 - Effektive Steuerung der Leistungsprozesse im Versorgungssystem



System Management

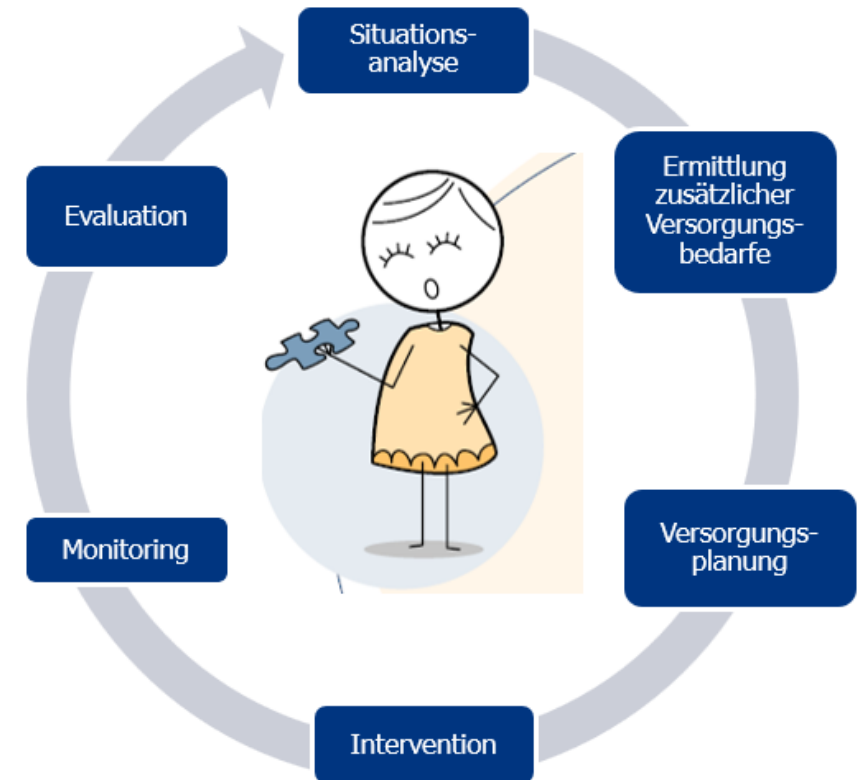
Organisation und Koordination der Versorgungsleistungen
Förderung der Zusammenarbeit der Institutionen

... vermittelt für den Einzelfall angemessene und passgenaue Versorgung

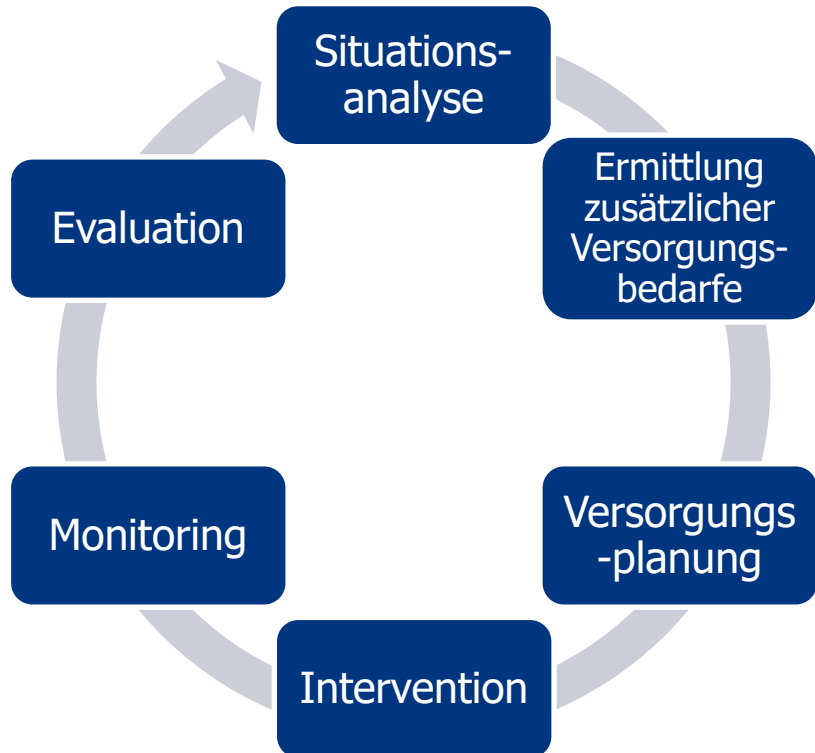
Beispielhafte Einsatzbereiche

- Medizinische Behandlung – IV, klinische Behandlungspfade
- Pflege – Pflegeberatung, Geriatrie, Hospiz
- Rehabilitation – Reha-Beratung, betriebliches Eingliederungsmanagement
- Familienhilfen – Multiproblemfamilien
- Kinder und Jugendhilfe – Hilfen zur Erziehung
- Straffälligen- und Bewährungshilfen
- Arbeit mit Suchtmittelabhängigen
- ...

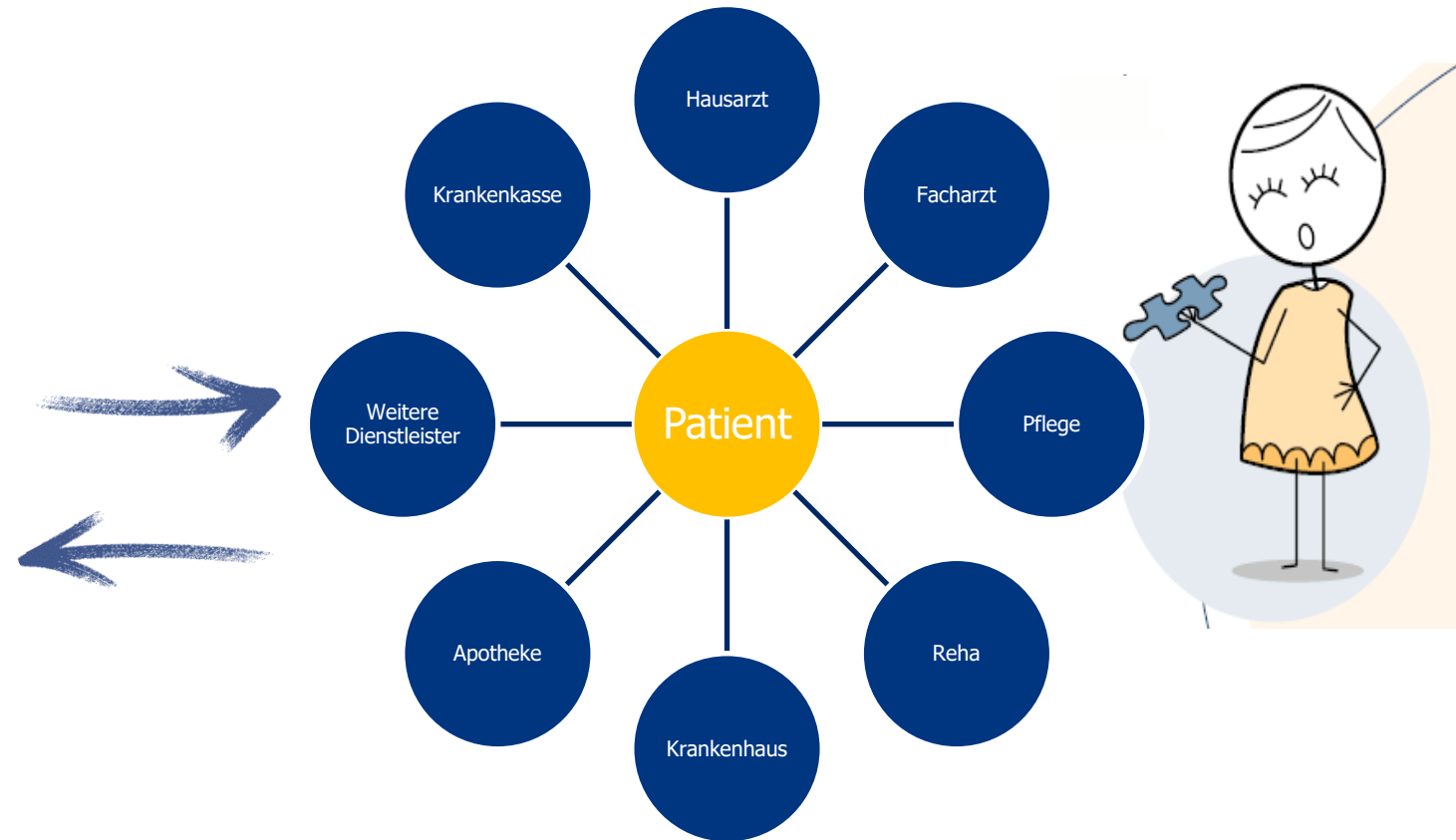
Phasen Case Management



Kontinuierlicher Betreuungszyklus



Case Management Netzwerk – Koordination eines multiprofessionellen Teams



Die Anforderungen sind vielfältig und fachübergreifend – orientiert an der Zielsetzung des Case Management

- Fachkompetenz + Entscheidungsfähigkeit
- Kommunikationskompetenz
- Empathie
- Kontinuität
- Eigenständigkeit
- Ganzheitliches und vorausschauendes Denken
- Lösungsorientiert
- Erfahrungen im Umgang mit Konfliktsituationen
- Etc.

Wie kommt der Patient zum Case Management?



- Teilnahme des Arztes
- Einschreibung des Patienten
- 3 chronische Erkrankungen oder
- 7 Medikamente
- Versichert bei der pronova BKK

MoniKa-Auftrag

Beratung
Organisation
Koordination
Austausch Arztpraxis

„Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.“
(DGCC 2012)

Wie funktioniert Mambo?

Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!



in 90 Sekunden: Video

Perspektive: PatientInnen

Mam bo

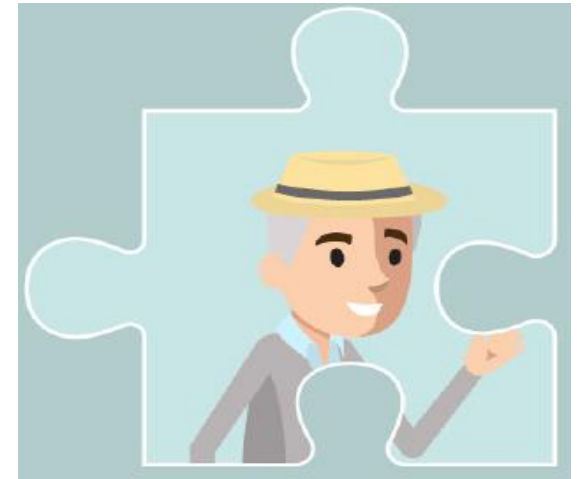
Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Bei der Vielzahl meiner Erkrankungen:
**Bekomme ich auch ein Mehr an
Kümmererzeit?**

Haben alle meiner Ärzte den
gleichen Kenntnisstand zu meinen
Erkrankungen?

Bekomme ich **rechtzeitig** Termine?

Was ist, wenn ich nicht alle Ärzte **selbst**
besuchen kann?



Perspektive: Arzt

Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Habe ich genügend Zeit für
originär ärztliche Aufgaben?

Wer kann mich nichtärztlich am besten
ergänzend unterstützen?

Wie gehe ich mit **Zeitfressern** um?

Was machen meine **ärztlichen KollegInnen**
mit meinen PatientInnen?

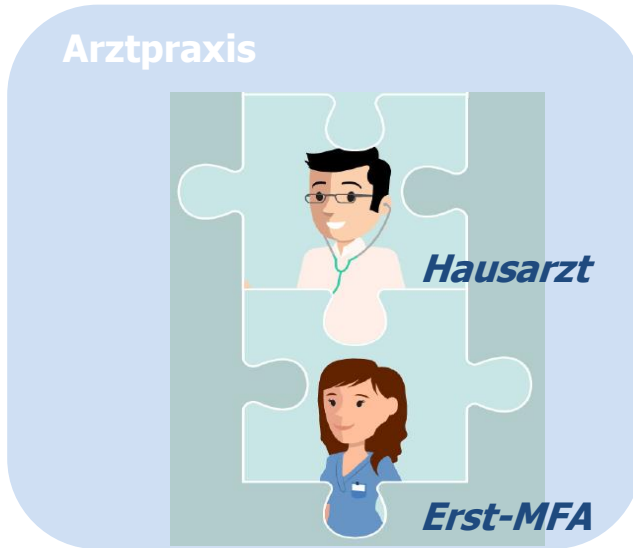
Kenne ich meine PatientInnen **wirklich**?
Häusliche Umgebung?



Organisation der Versorgung

Mambo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!



Facharzt

Netzakte

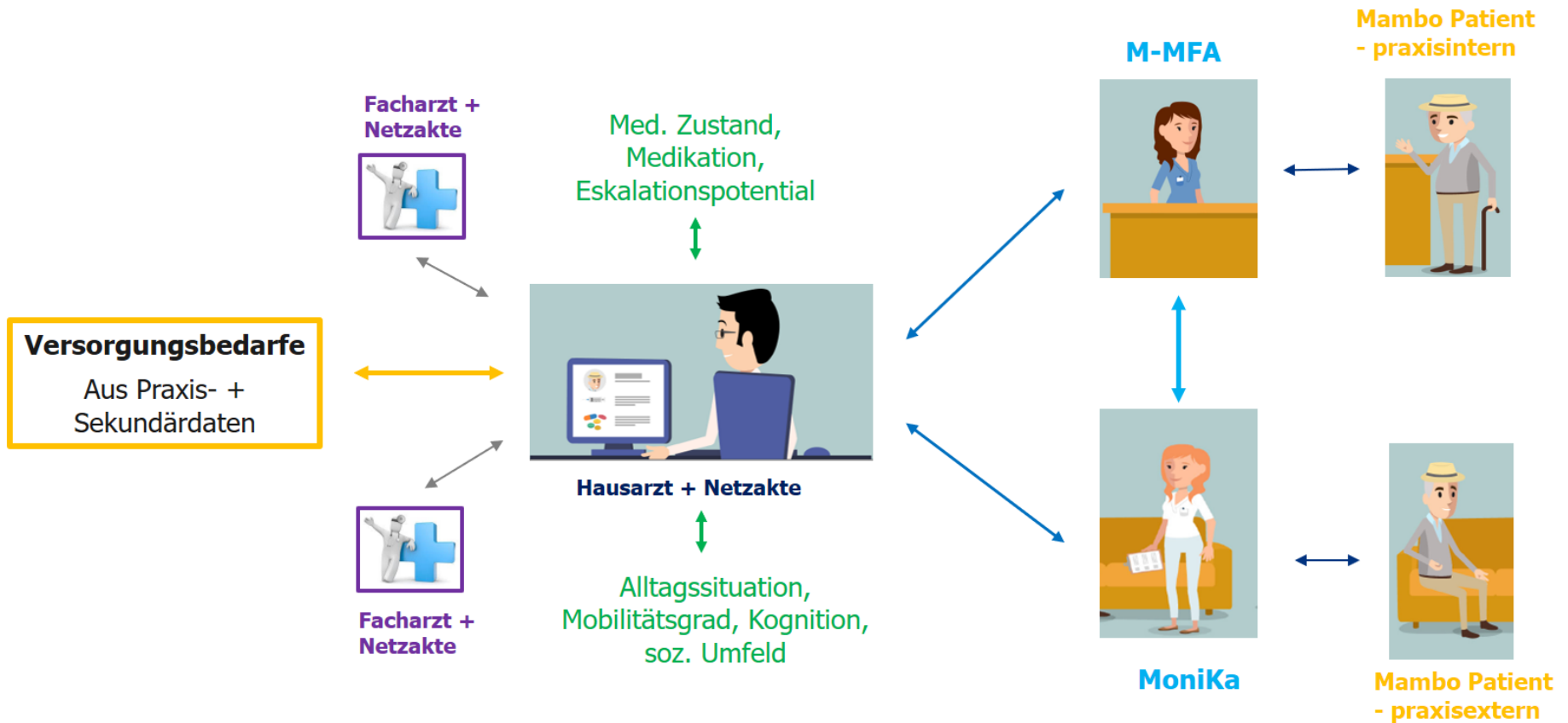


Facharzt

Organisation der Versorgung

Mambo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!





Bei der Vielzahl meiner
Erkrankungen:
**Bekomme ich auch ein
Mehr an Kümmererzeit?**

- Die Erst-MFA hat mehr Zeit für das nichtärztliche Kümern.
- Dadurch hat mein Arzt mehr Zeit für sein ärztliches Gespräch mit mir.
- Bei Bedarf kümmert sich die MoniKa bei mir zu Hause.

Haben alle meiner Ärzte den
gleichen Kenntnisstand zu
meinen Erkrankungen?

- Medizinische Informationen werden zentral über die Netzakte zur Verfügung gestellt.
- Zusätzliche, weiche Informationen werden mit Hilfe der Monikas geteilt.

Bekomme ich **rechtzeitig**
Termine?

- Erst-MFA und MoniKa kümmern sich um eine reibungslose Terminvereinbarung und -Vergabe

Was ist, wenn ich nicht alle Ärzte
selbst besuchen kann?

- Bei Bedarf kommt eine qualifizierte nichtärztliche Fachkraft (MoniKa) zu mir nach Hause



Bei der Vielzahl meiner
Erkrankungen:
**Bekomme ich auch ein
Mehr an Kümmererzeit?**

- Die Mambo-MFA hat mehr Zeit für das nichtärztliche Kümmeren.
- Dadurch hat mein Arzt mehr Zeit für sein ärztliches Gespräch mit mir.
- Bei Bedarf kümmert sich die MoniKa bei mir zu Hause.

Haben alle meiner Ärzte den
gleichen Kenntnisstand zu
meinen Erkrankungen?

- Medizinische Informationen werden zentral über die Netzakte zur Verfügung gestellt.
- Wichtige Zusatzinformationen werden bei Bedarf in meiner Häuslichkeit mit Hilfe der MoniKa ermittelt und weitergeleitet.

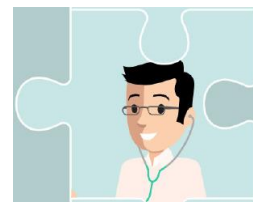
Bekomme ich **rechtzeitig**
Termine?

- Mambo-MFA und MoniKa kümmern sich um meine reibungslose Terminvereinbarung und -Vergabe.

Was ist, wenn ich meinen
Hausarzt **nicht selbst**
besuchen kann?

- Die MoniKa übernimmt als qualifizierte Fachkraft die nichtärztliche Versorgung in meinem häuslichen Umfeld.

Perspektive: Arzt



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Habe ich genügend Zeit für **originär ärztliche** Aufgaben?

- Meine MFAs nehmen mir zukünftig verstärkt nicht medizinische Aufgaben und nicht-medizinischen Gesprächsbedarf ab.

Wer kann mich nichtärztlich am besten **ergänzend** unterstützen?

- Schulung und Optimierung meiner Praxisabläufe wird durch Organisationsberatung unterstützt.

Wie gehe ich mit **Zeitfressern** um?

- MFAs nehmen mir bürokratische Arbeit ab.
- MFAs übernehmen Gespräche zur Beziehungspflege u. Therapietreue mit den Patienten.

Was machen meine **ärztlichen KollegInnen** mit meinen PatientInnen?

- Ich habe auf alle relevanten medizinischen Informationen Zugriff über die Netzakte.
- Die Koordination mit weiteren Ärzten übernehmen meine MFAs in Zusammenarbeit mit den Monikas.

Kenne ich meine PatientInn **wirklich? Häusliche Umgebung?**

- Die Monika ist mein verlängerter Arm in der häuslichen Umgebung. Sie reicht relevante Informationen an mich weiter.

Perspektive: Arzt



Mambo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Habe ich genügend Zeit für
originär ärztliche Aufgaben?

- Meine Mambo-MFA nimmt mir zukünftig verstärkt nicht medizinische Aufgaben und Gesprächsbedarfe ab.

Wer kann mich nichtärztlich
am besten
ergänzend unterstützen?

- Schulung und Optimierung meiner Praxisabläufe wird durch Organisationsberatung unterstützt.

Wie gehe ich mit **Zeitfressern**
um?

- Mambo-MFA nimmt mir bürokratische Arbeit ab.
- Die Mambo-MFA übernimmt auch Gespräche mit Patienten zur Einhaltung vereinbarter Therapieziele und deren Umsetzung in der Alltagssituation.

Was machen meine **ärztlichen
KollegInnen** mit meinen
PatientInnen?

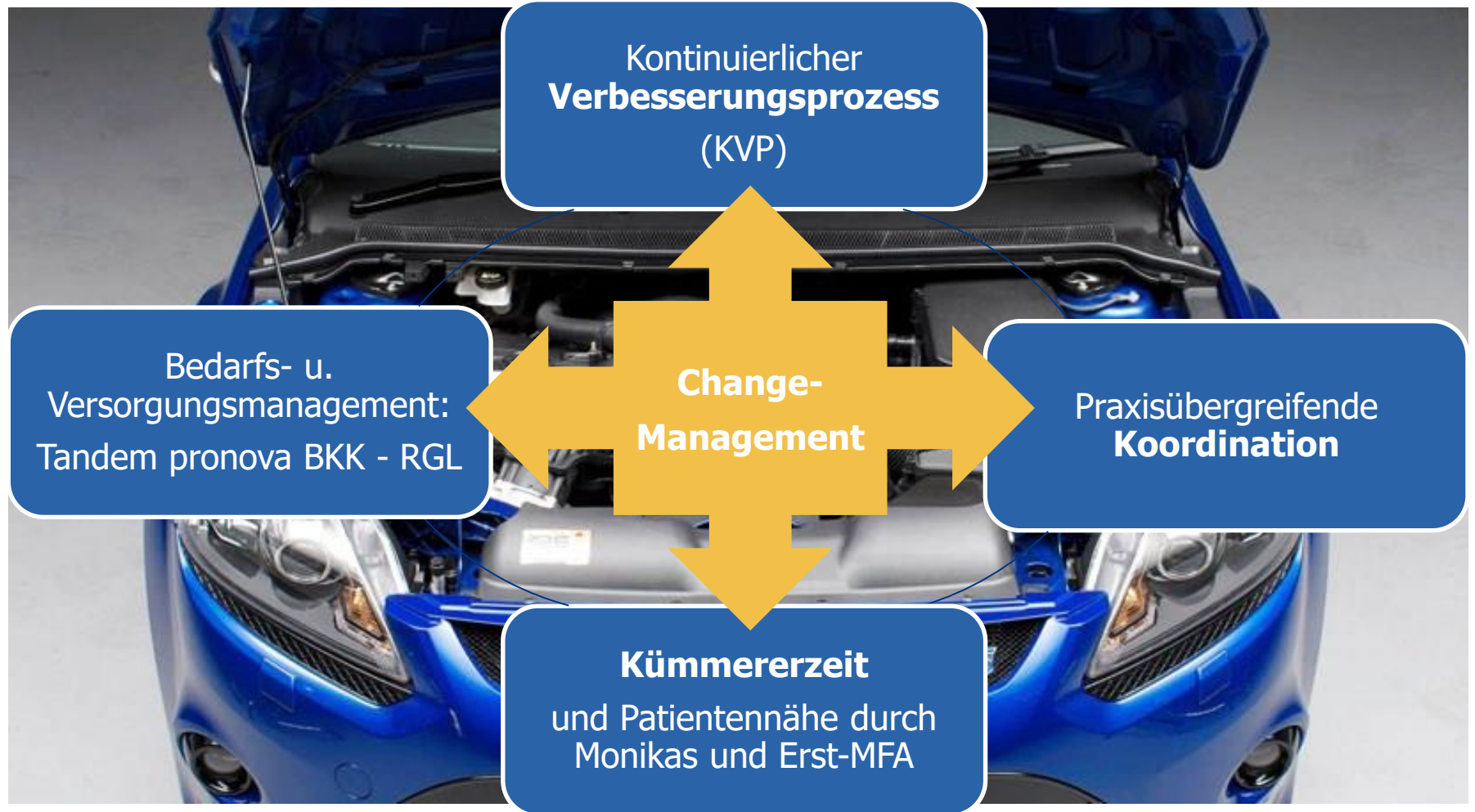
- Ich habe auf alle relevanten medizinischen Informationen Zugriff über die Netzakte.
- Die Koordination mit weiteren Ärzten übernimmt die Mambo-MFA in Zusammenarbeit mit der MoniKa.

Kenne ich meine PatientInn
**wirklich? Häusliche
Umgebung?**

- Die MoniKa ist mein verlängerter Arm in die häusliche Umgebung. Sie reicht relevante Informationen an mich weiter.

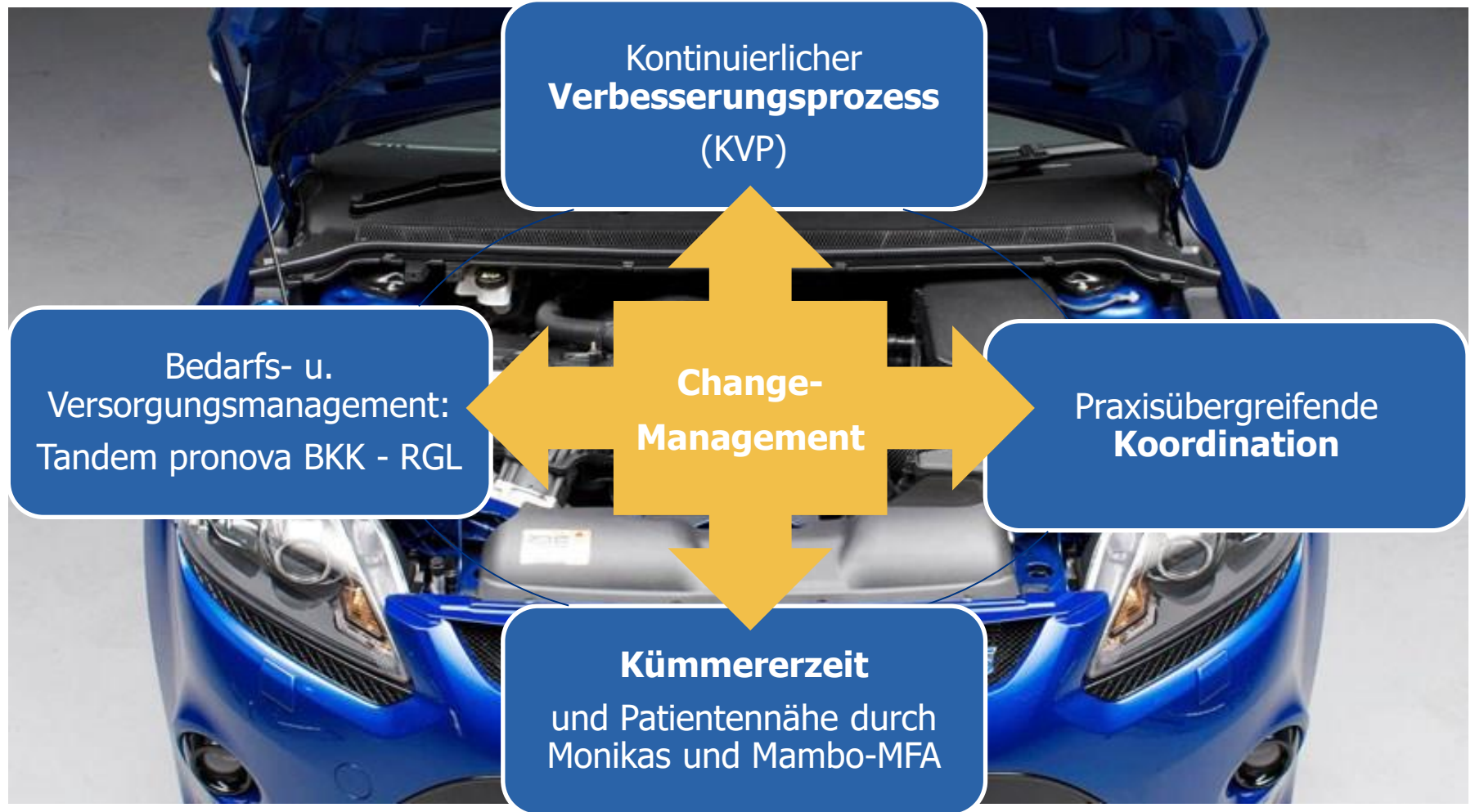
Der Motor: Innovative Elemente Mambo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!



Der Motor: Innovative Elemente Mambo

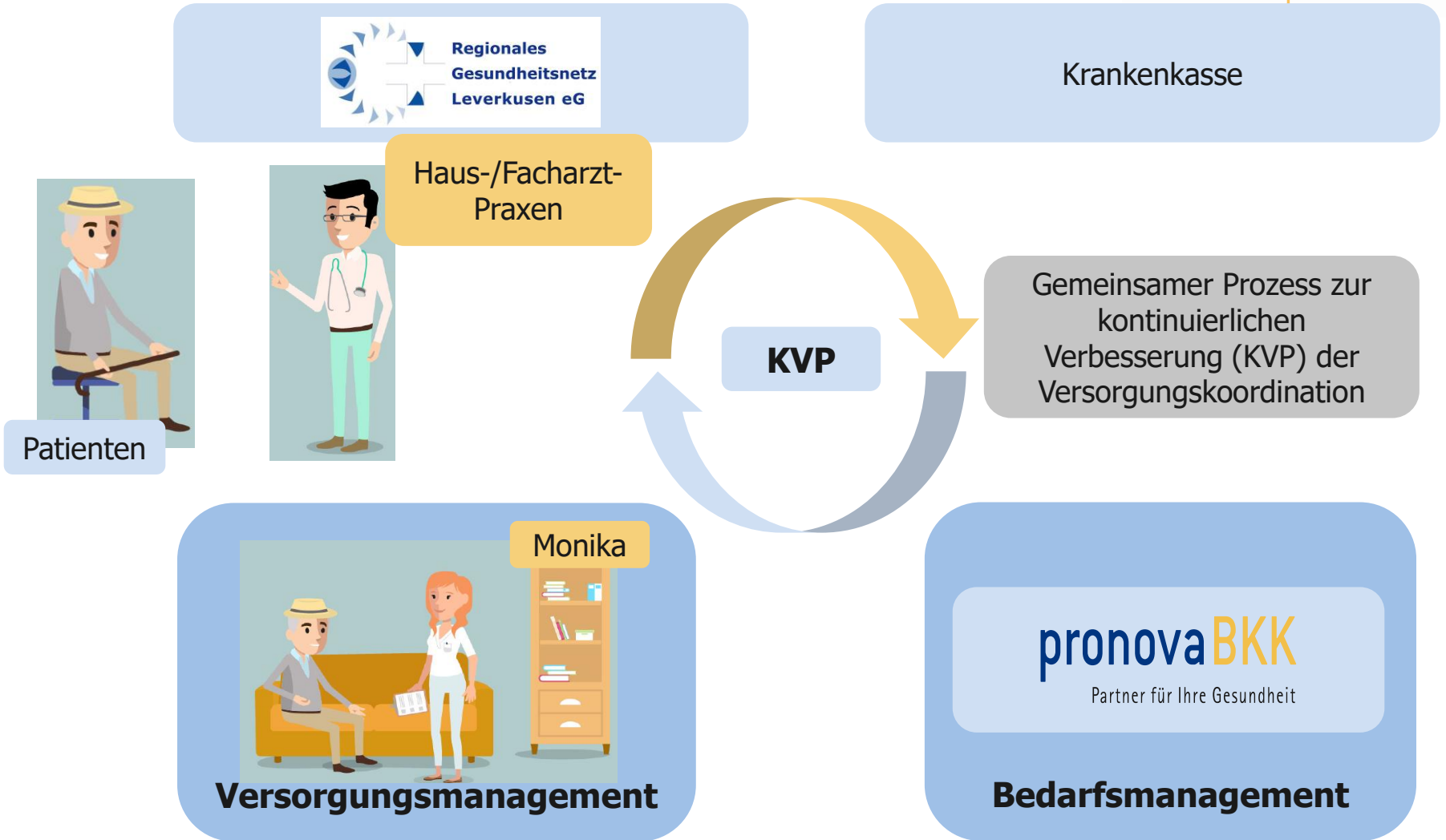
Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!



Mambo: Überblick

Mam bo

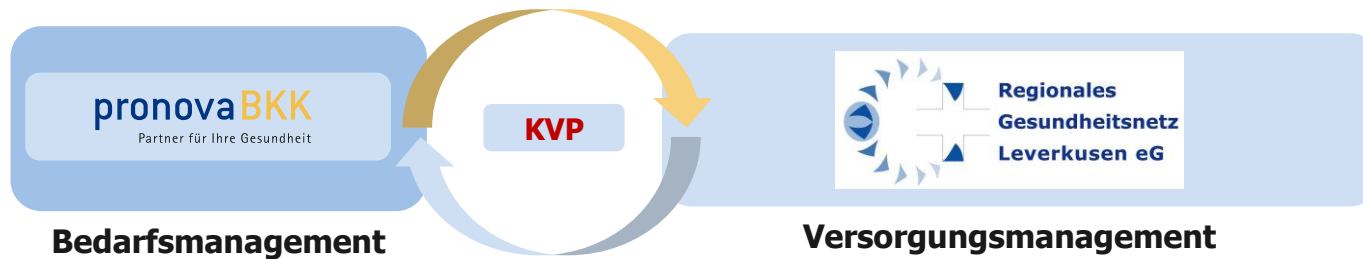
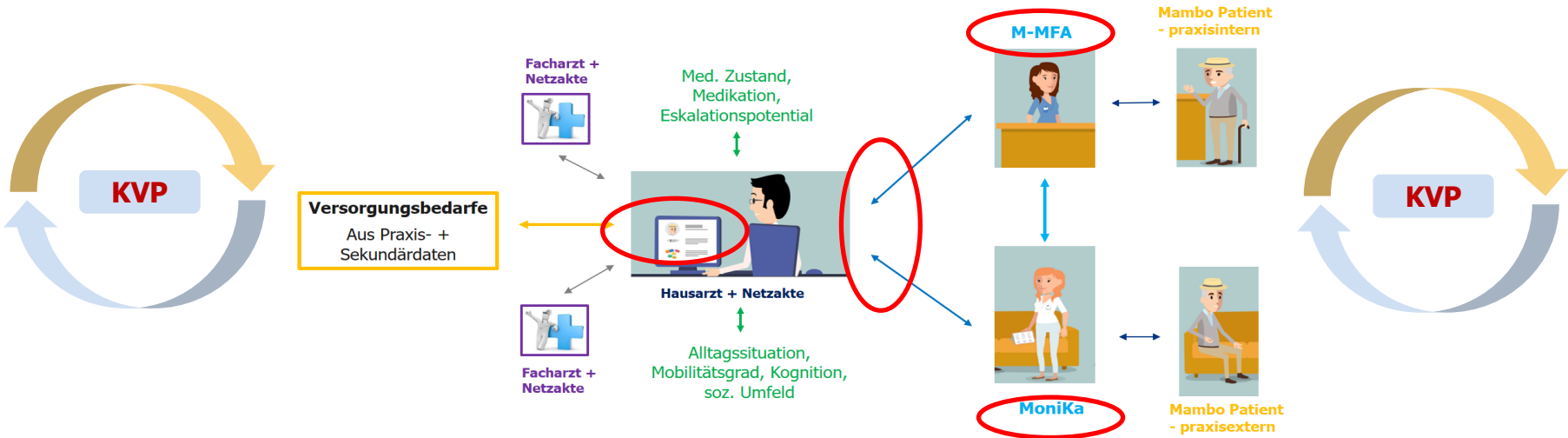
Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!



Organisation der Versorgung

Mambo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!



Erster Sturz

- Erstes Warnzeichen für den Bedarf einer intensivierten geriatrischen Betreuung und Auslöser einer Inaugenscheinnahme des häuslichen Umfeldes.

Monika
Patienten

Motivation, Therapietreue

- Niedrigschwellige Beratung in der Praxis durch die Erst-MFA, Erkennen von versteckten Vorbehalten („*wie kommen Sie mit Ihren Medikamenten klar*“), ggf. **Intervention** und **Infovorbereitung** für das ärztliche Gespräch

Erst-MFA

Vermeidbare Krankenhausaufenthalte

- Vermeidung durch eine optimierter ärztliche Betreuung im Pflegeheim oder zu Hause

Monika

Inadäquate Verordnungen von Arzneimitteln

Kontinuierlicher
Verbesserungsprozess (KVP)

Erster Sturz

- Erstes Warnzeichen für den Bedarf einer intensivierten geriatrischen Betreuung und Auslöser einer Inaugenscheinnahme des häuslichen Umfeldes.

Monika
Patienten

Motivation, Therapietreue

- Niedrigschwellige Beratung in der Praxis durch die Mambo-MFA, Erkennen von versteckten Vorbehalten („*wie kommen Sie mit Ihren Medikamenten klar*“), ggf. **Intervention und Infovorbereitung** für das ärztliche Gespräch

Erst-MFA

Vermeidbare Krankenhausaufenthalte

- Vermeidung durch eine optimierter ärztliche Betreuung im Pflegeheim oder zu Hause

Monika

Inadäquate Verordnungen von Arzneimitteln

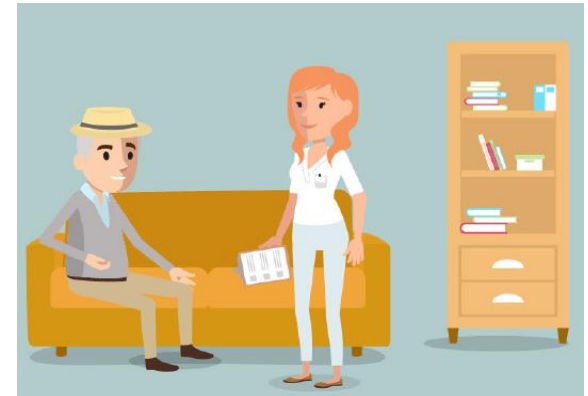
Kontinuierlicher
Verbesserungsprozess (KVP)

MoniKa: Monitoring- und Kommunikations-Assistentin

Mam | bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

- Entlastung des Arztes durch Übernahme delegierbarer Leistungen + Rückkopplung
- Im häuslichen Umfeld und Pflegeheim
- Identifizierung ungenutzten Präventionspotentials und spez. Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs + koordinative Umsetzung:
 - Passgenaue Assessments
 - Häusliche Schulungen zur Ernährung, Krankheits- und Medikationsmanagement etc.
 - Vor und Nachbereitung des Überleitungsmanagements bei stationärem Aufenthalt
 - Beratung hinsichtlich Unterstützung und Koordination der Alltagssituation (u.a. Pflegeberatung)
- Fähigkeit zur Beratung und Kurzintervention

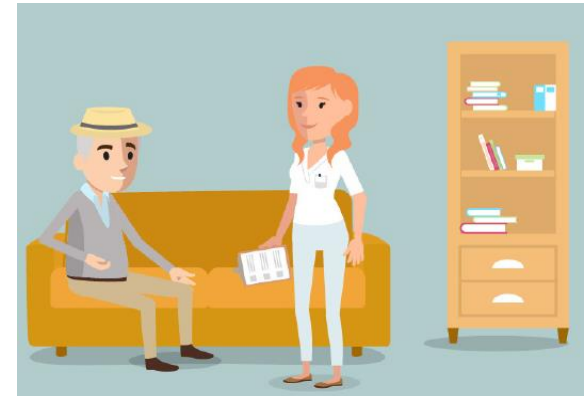


MoniKa: Monitoring- und Kommunikations-Assistentin

Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

- Entlastung des Arztes durch Übernahme delegierbarer Leistungen + Rückmeldung
- Case-Management im häuslichen Umfeld
 - Erfassen der gesundheitlichen, psychosozialen und häuslichen Situation
 - Abgleich aller eingenommene Medikamente (verordnet und Selbstmedikation)
 - Schulung von Patienten und Angehörigen zur Ernährung, Demenz, Inkontinenz etc.
 - Erarbeitung eines Maßnahmenplans zur Vereinfachung und Optimierung der gesundheitlichen und häuslichen Situation
 - Einbinden und Ausbau persönlicher Ressourcen aus dem häuslichen Umfeld



Hilfsmittel Allgemein

1. Zweck

Mit einer Erkrankung oder steigenden Alter lassen Kraft, Konzentration und Bewegungsfähigkeit oftmals nach. In der Regel ist dies ein schleichender Prozess: Nach und nach fallen alltägliche Aufgaben zusehends schwerer. Es gibt eine Reihe von Hilfsmitteln, die trotz alters- oder krankheitsbedingter Einschränkungen helfen sollen, den Alltag zu bewerkstelligen und möglichst lang ein weiterhin selbstbestimmtes Leben und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben führen zu können.

2. Ziele

Die MoniKas kennen sich im Bereich der Hilfsmittel-Versorgung sehr gut aus und kennen die unterschiedlichen Bereiche. Sie können umfassend beraten und Patienten und Angehörige bei der Umsetzung unterstützen.

3. Rahmenvorgaben

Hilfsmittel sollen dabei helfen, die Folgen einer Erkrankung oder Behinderung ausgleichen und einer drohenden Behinderung oder Verschlechterung vorbeugen. **§ 33 Absatz 1 SGB V**.

Pflegehilfsmittel werden als unterstützende Maßnahmen definiert, welche die häusliche Pflege ermöglichen oder erleichtern. Für diese Art Hilfsmittel ist das **Sozialgesetzbuch SGB XI**, die Pflegekasse zuständig. Voraussetzung hierfür ist ein **anerkannter Pflegegrad**. Man unterscheidet **technische** Pflegehilfsmittel, **Pflegehilfsmittel für die Körperpflege und Hygiene** und zum **Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel**.

Welche Produkte als Hilfsmittel anerkannt sind und von der Kasse bezahlt werden, steht im sog. **Hilfsmittelverzeichnis** der gesetzlichen Krankenversicherungen bzw. im Hilfsmittelkatalog der privaten Kassen. **Voraussetzung für die Genehmigung ist immer, dass der Arzt ein Hilfsmittel verordnet.**

Der **GKV-Spitzenverband** erstellt gemäß **§ 139 SGB V** ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasste Hilfsmittel gelistet werden. Gemäß **§ 78 SGB XI** wird als Anlage zum Hilfsmittelverzeichnis außerdem ein **Pflegehilfsmittelverzeichnis** erstellt, in dem von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfasste Pflegehilfsmittel aufgeführt sind.

Wichtig: Die gesetzliche Kranken- bzw. Pflegekasse bestimmt den **Sanitäts-Vertragspartner**, bei dem das jeweilige Hilfsmittel bezogen werden kann. Die Kooperationspartner können bei der zuständigen Kasse erfragt werden.

Privatversicherte treten wie üblich in Vorleistung und reichen die Rechnung im Nachgang bei ihrer Kasse ein.

Unabhängig von der Frage des Kostenträgers, ob also Krankenkasse oder Pflegekasse zuständig ist, lassen sich **Hilfsmittel** und **Pflegehilfsmittel** in **Anwendungsgebiete** einteilen:

- Technische Hilfsmittel

Hilfsmittel Allgemein

- Medizinische Hilfsmittel
- Orthopädische bzw. therapeutische Hilfsmittel
- Hilfsmittel zur Pflege
- Hilfsmittel zur Körperpflege
- Hilfsmittel zum Sehen, Hören und Sprechen

Darüber hinaus gibt es **Alltagshilfen**, die pflegebedürftigen oder älteren Menschen bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben unterstützen. Liegt ein Rezept vor, zahlt die Krankenkasse, andernfalls kann die Alltagshilfe auch auf eigene Kosten erworben werden.

Ist die Zuständigkeit, ob Kranken- oder Pflegekasse zuständig ist nicht ganz klar, weil ein Hilfsmittel sowohl eine Behinderung ausgleicht als auch die Pflege erleichtert, spricht man von einem **doppel-funktionalen Hilfsmittel**. Die **Kassen bzw.** die Krankenversicherung (bei Privatversicherten) sowie die daran angeschlossene **Pflegekasse** teilen sich in der Regel die Kosten dafür und koordinieren **intern die Kostenübernahme**.

4. Zuständigkeit/Verantwortung

Case Management/ MoniKa mit einer Ausbildung zur Pflegefachkraft oder Weiterbildung zum Pflegeberater gem. §45 SGB XI.

5. Beratungsprozess/Beratungsschritte

Siehe hierzu die Beratungsbesuche

- Technische Hilfsmittel
- Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

6. Gesetzliche Grundlagen

SGB V und SGB XI <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/33.html>

Das vollständige Hilfsmittelverzeichnis findet man unter:

<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/>

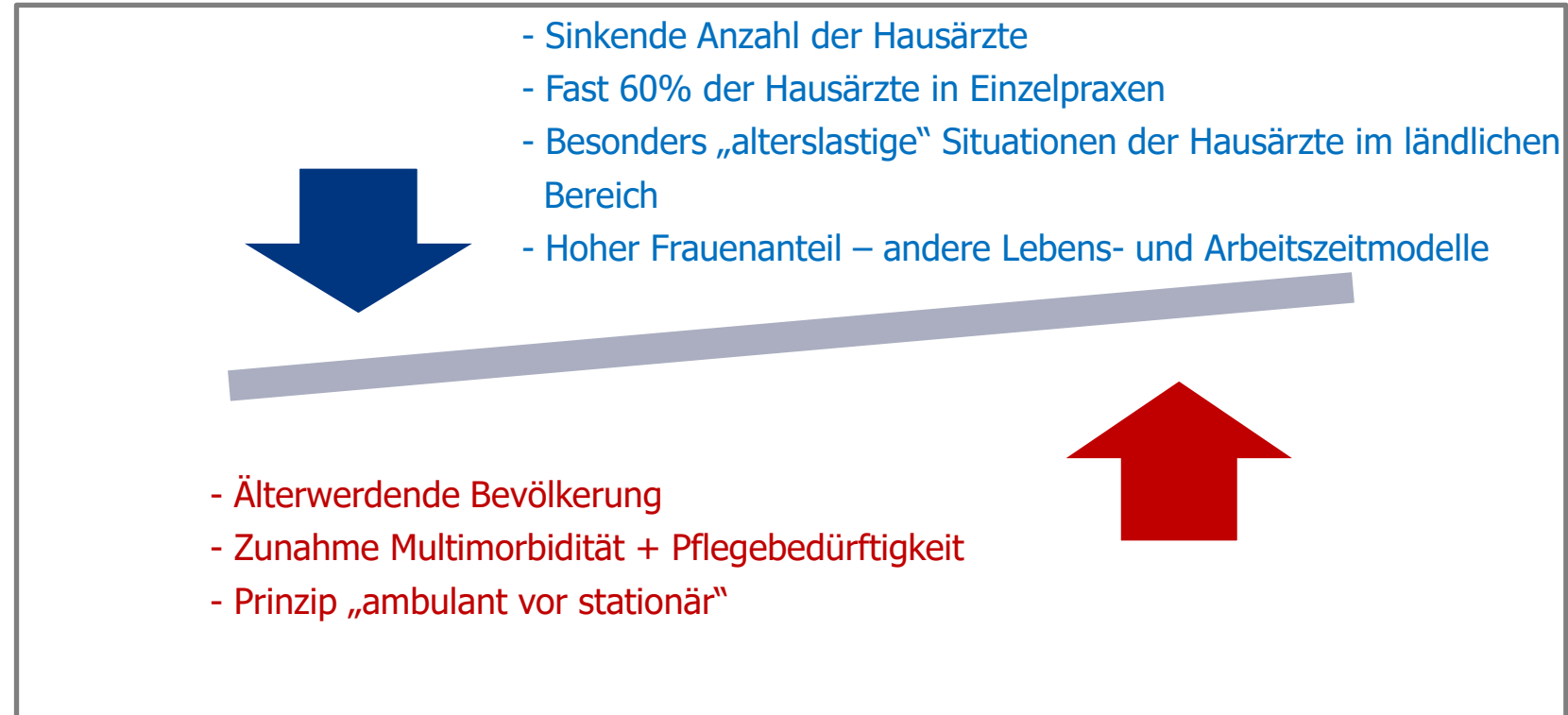
Workshop: Entwicklung Aufgabenprofile Mambo-MFA + MoniKa

Leverkusen, 13.09.2017

Mam | bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

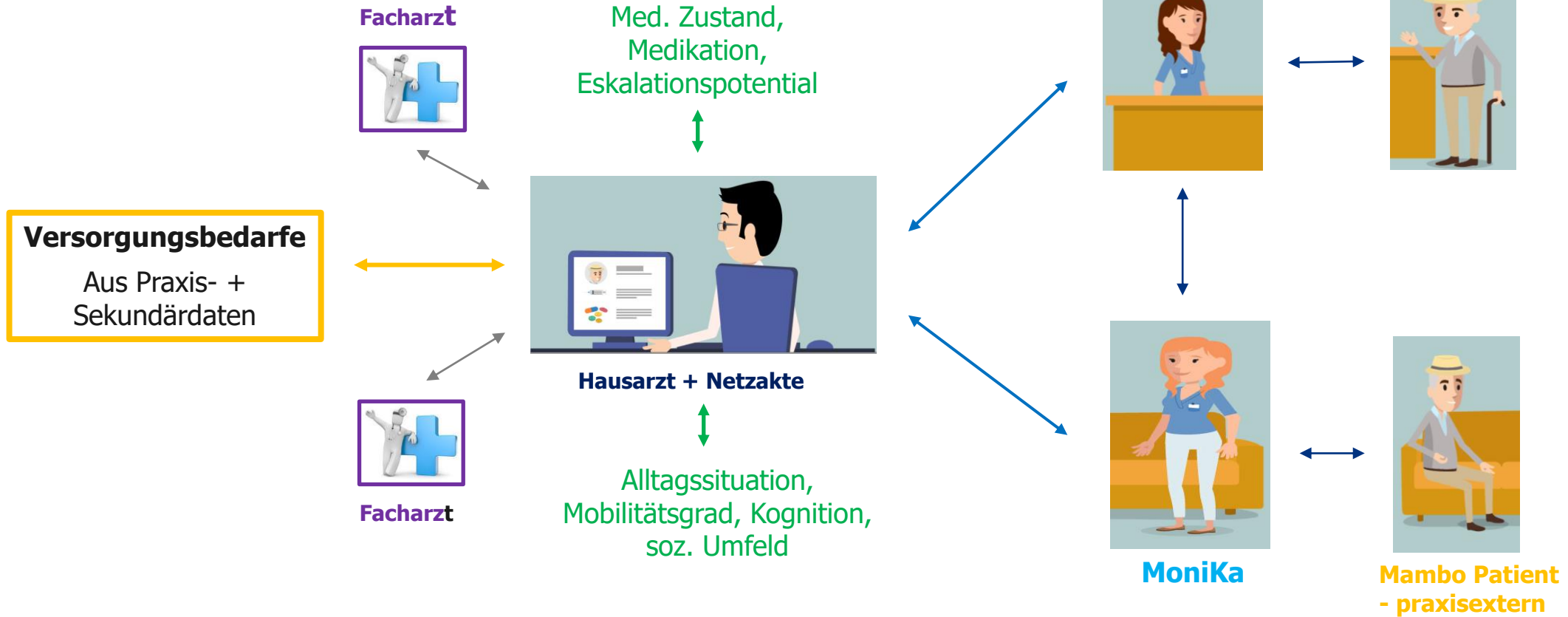
Ausgangslage



Unterstützender Ansatz

- Delegierbare Leistungen zur Schaffung arztentlastender Strukturen
- Prognostizierte Zunahme der Delegationsleistungen

Gestaltung der Mambo-Versorgung



Was wollen wir heute im Workshop erreichen?

- Einschätzung der möglichen, delegierbaren Aufgaben
 - Was kann + was will delegiert werden?
 - Gibt es zusätzliche Aufgaben die Mambo-MFA und / oder MoniKa übernehmen kann?
 - Worin unterstützt Mambo-MFA + MoniKa ganz genau?
- Abgrenzung der Aufgabenbereiche MoniKa z.B.
 - Zur EVA / VERAH
 - Ambulanter Pflegedienst

Los geht's...

Mambo-MFA

- ist aus der Praxisressource; Aufgabenfeld ist praxisintern
- hat die „Mambo-Brille“ auf
 - Hilft bei der Selektion der richtigen Patienten
 - Ist zuständig für verschiedene Kurzinterventionen
- wird regelmäßig durch das RGL weitergebildet (Gedanke Schulungsakademie)
- Fragen
 - Was will und kann der Arzt in der Praxis delegieren? Was kann unterstützen?
 - Welche Schulungsmaßnahmen können die Mambo-MFA unterstützen?
 - Wie kann sich die Rolle der Mambo-MFA in der Praxis etablieren?

MoniKa

- ist aus der Ressource RGL; Aufgabenfeld ist praxisextern
- hat die Gesamtversorgungssituation der Mambo-Patienten im häuslichen Umfeld + in ärztlicher Abstimmung im Blick
- Hat beratende + koordinative Aufgaben
- wird regelmäßig durch das RGL weitergebildet (Gedanke Schulungsakademie)
- Fragen
 - Was will und kann der Arzt delegieren? Was kann unterstützen?
 - Welche Qualifikation hat die MoniKa?
 - Welche konkreten Aufgaben übernimmt MoniKa?
 - Wie kann sich die Rolle der MoniKa etablieren?

Case Management

Arzt

- Zentrale Steuerungseinheit (Auswahl Patient nach def. Kriterien)
- Gibt Auftrag an die MoniKa (Beauftragungs- und Rückmeldebogen; Schweigepflichtserklärung)

MoniKa

- Terminvereinbarung. Patient
- Ergänzung ärztl. Angaben i. d. ersten Begutachtung
- Identifizierung der Problemlage
- Ermittlung Ebene des Case-Managements (1. Information+ Kurzberatung; 2. Beratung + unterstützende Ausführung; 3. hochkomplexe Bedarfslagen u. Koordinationsaufgaben)
- Methoden: Checklisten + Assessments häusliches Umfeld / Alltagskompetenz / Lebensqualität / Demenz / soziale Unterstützung /

Arzt, MoniKa,
Andere

- Entwicklung eines fallbezogenen Prozesses; patientenzentrierte Abstimmung und Zielvereinbarungen
- Rücksprache mit dem Arzt
- punktuelle, phasenweise, kontinuierliche Stabilisierung der gesundheitlichen + sozialen Situation d. Patienten
- Nutzung der Netzgegebenheiten (FÄ, amb. Pflege, amb. Reha, Dienstleistungen etc.)
- Ziel: Erlangung größtmöglicher Unabhängigkeit + Mobilität

Was kann delegiert werden?

- Administrative Tätigkeiten
- Anamnesevorbereitung
- Aufklärung/Aufklärungsvorbereitung
- Früherkennungsleistungen*
- Hausbesuche*
- Injektion/Infusion*
- Labordiagnostik
- Unterstützende Maßnahmen zur Diagnostik/Überwachung*
- Wundversorgung/Verbandswechsel*

Arzt hat

- **Auswahlpflicht**
- **Anleitungspflicht**
- **Überwachungspflicht**

Was kann delegiert werden?

- Standardisierte Dokumentation der Patientenbeobachtung
 - inkl. Verordneter + selbstgekaufter Medikamente; Ziel: Adhärenzsteigerung
- Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen + sozialen Fähigkeiten, Ressourcen u. Defiziten v. Patienten mit standardisierten Tests
 - Uhrentest, Timed up and go, Sturzrisiko-Assessment
 - Dem Tec, Früherkennung Demenz mit Depressionsabgrenzung (TFDD), Mini-Menta-Status Test
- Patientenschulungen
- Anlegen Langzeitblutdruckmessung/Langzeit-EKG
- Bestimmung von Laborparametern vor Ort (Glucose, Gerinnung)
- Arztunterstützende Abstimmung mit Leistungserbringern

Voraussetzungen der Delegation

- Genehmigungspflicht

- Ausführung der nicht-ärztlichen Praxisassistenz durch Genehmigung der KV
- Nachweis qualifizierter Berufsabschluss
- Nachweis Zusatzqualifikation
 - * Berufsbild, med. Kompetenz, Kommunikation/Dokumentation
 - * Hausbesuche
 - * Notfallmanagement

} Je nach Dauer bisheriger
Berufstätigkeit;
Nachweis v.
Fortbildungsmaßnahmen

- Fragen (bei praxisübergreifender MoniKa)

- wie erhalten wir Transparenz zur Qualifikation?
- bedarf es einer Genehmigung der KV im Rahmen des Projektes?
- können die erbrachten Delegationsleistungen abgerechnet werden?

Was macht **VERAH** (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis)

- Hausärzteverband (bundesweit)
- 200 Unterrichtsstunden
- Bundesweites Modell
- Zusätzlich Praktische Fortbildung (84 h)

Was macht **EVA** (Entlastende Versorgungsassistentin)

- Bundesärztekammer (Westfalen-Lippe u. Nordrhein)
- 170 bis 221 Unterrichtsstunden (je nach Berufserfahrung)
- Zusätzlich 20 bis 50 Stunden praktische Fortbildung (ärztl. begleitete + selbständige Hausbesuche)

Was macht EVA (Entlastende Versorgungsassistentin)

Curriculum EVA			
Modul A Berufsbild	Modul B Med. Kompetenz	Modul C Kommunikation + Dokumentation	Modul D Notfallmanagement
Rechtl. Rahmenbedingungen	Häufige Krankheitsbilder	Kommunikation + Gesprächsführung	Betreuung risikorelevanter + vulnerabler Patientengruppen
Demograph. Entwicklung / Epidemiologie + Auswirkungen auf Versorgung	Geriatrische Syndrome + Krankheitsfolgen, Diagnoseverfahren	Wahrnehmung + Motivation	Notfallsituationen
Hausbesuche + Versorgungsmanagement	Versorgung + Betreuung v. Onkologie- u. Palliativpatienten	Med. Dokumentation	Notfallmanagement
Verfahrensabläufe + Instrumente im prof. Handeln	<u>Palliativmed.</u> Zusammenarbeit + Koordination		
	Psychosomatische + psychosoziale Versorgung / Grundlagen der Ernährung (Wahlmodule)		
	Arzneimittelversorgung		
	Wundpflege + Wundversorgung		
	Grundlagen Vorsorge+ u. Früherkennungsmaßnahmen		
	Koordination + Organisation v. Therapie- und Sozialmaßnahmen/Strukturierte Schulungen		
	<u>Telemed.</u> Grundlagen		

Ergebnisse aus dem Workshop Stand 27.09.2017

- Schlüsselqualifikation: Case-Management
- Situationserfassung
 - Eingangs-Assessment im Sinne einer Anamnese der gesundheitlichen, psychosozialen und häuslichen Situation (Ermittlung des Status und Bedarfs des Patienten)
- Organisation + Koordination
 - Patienten-Schulungen (Medikationshandhabung, krankheitsbegleitende + unterstützende Maßnahmen)
 - Angehörigen-Schulungen
 - Versorgungstermine (Fachärzte, Krankenhaus, ambulante Pflege, Physiotherapie etc.)
- Umsetzung
 - Weitere, spezifische Assessments (Demenz, Sturzrisiko etc.)
 - Medikationsabgleich (verordnet + Selbstmedikation)
 - Erstellen eines individuellen Versorgungsplans / Alltagsstrukturierung
 - Einbinden und Ausbau des persönlichen Patienten-Netzwerkes
 - Vereinbarung weiterer Versorgungstermine und ggf. Organisation Transfer
 - Diagnostische Tätigkeiten (Langzeit-EKG, Blutdruck-Messung, BZ-Messung, INR, ggf. Blutabnahme)

Back up

Multimorbide Patienten in unterschiedlichen Alltagssituationen

Typ	Beschreibung des Patienten /Kriterien	Bedarf
MAS 1 E-MFA	Mobil, keine kognitive Einschränkung, kommt regelmäßig zu seinen Arztbesuchen, hat Kontakt zur E-MFA	braucht Unterstützung im Krankheitsmanagement z.B. Verständnis, Einnahme + Handhabung Medikation; Informationen zur Erkrankung: Kurzinterventionen
MAS 2 E-MFA MoniKA	Relativ immobil, kann Arzttermine eher schwer wahrnehmen, hat wenig Unterstützung durch das familiäre Umfeld a) keines bzw. niedriges Eskalationspotential b) mittlers bis hohes Eskalationspotential	braucht Unterstützung im Krankheitsmanagement z.B. Verständnis, Einnahme + Handhabung Medikation; Informationen zur Erkrankung, evtl. Beratungsbedarf für zusätzliche Unterstützung (Pflegeberatung); weitere Bedarfe und Unterstützungsmöglichkeiten müssen ermittelt werden
MAS 3 MoniKa	Ambulante Pflegesituation, Pflegegrad, Arztbesuche nicht möglich, Hausbesuche müssen organisiert werden	braucht Unterstützung im Krankheitsmanagement, Übernahme delegierter ärztlicher Aufgaben, Verständnis, Einnahme + Handhabung Medikation; Informationen zur Erkrankung; Unterstützung i. d. ambulanten Pflegesituation
MAS 4 MoniKa	Stationäre Pflegesituation, Pflegegrad, Hausbesuche müssen organisiert werden	Übernahme ärztlich delegierter Aufgaben, Beratung
MAS	Multimorbide Alltags Situation	

Beratung 24 Stunden Betreuung (Entsendemodell)

1. Zweck

Die 24 Stunden Betreuungskräfte leben im gleichen Haushalt wie der zu betreuende. Sie unterstützen in vielfältigen Aufgaben rund um Haushalt und den Alltag. Sie stellen die Versorgung des Pflegebedürftigen sicher. Die persönlichen Wünsche und Bedürfnisse des Pflegebedürftigen stehen hierbei im Vordergrund.

Ein Umzug in eine stationäre Einrichtung bleibt ihnen erspart sie müssen sich nicht an fremde Abläufe und starre Zeitfenster anpassen.

Von der 24 Stunden Betreuung profitieren vor allem Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind. Sie müssen sich nicht in einer ihnen fremden Umgebung eingewöhnen und starre Strukturen in täglichen Abläufen bleiben ihnen erspart.

Eine 24-Stunden-Betreuung macht Sinn, wenn

- Der Patienten, der sich durchaus vorstellen kann, dass eine fremde ausländische Kraft, evtl. mit Sprachproblemen, über längere Zeit bei ihm wohnen wird
- Angehörige weiter weg wohnen und nicht die Möglichkeit haben sich ausreichend um den Betroffenen zu kümmern, oder beruflich zu sehr eingespannt sind
- Der Patient kaum oder gar keinen Kontakt mehr zu Angehörigen hat oder allein lebt
- Erkrankungen bei denen leichte grundpflegerische Tätigkeiten verrichtet werden müssen

Bei demenzerkrankten Klienten könnte die sprachliche Barriere zu Problemen führen. Andererseits kann dies auch von Vorteil sein, oftmals kommt im Alter die Muttersprache (z. B. polnisch) wieder verstärkt durch. Die **kontinuierliche Anwesenheit einer Bezugsperson** kann alte Menschen, die sich möglicherweise bereits resignierend aus der Welt zurückgezogen haben, von Neuem motivieren und vitalisieren.

Vorteile einer 24 Stunden Betreuung

- Verbleib im gewohnten Wohnumfeld
- Weiterhin die gleichen sozialen Kontakte (Nachbarschaft, Altenkreis etc.)
- Betreuung rund um die Uhr
- Entlastung pflegender An -und Zugehöriger
- Unterstützung im Haushalt und bei Alltagsaufgaben
- Strukturierter Tagesablauf, geregelte Mahlzeiten
- Freizeitgestaltung
- Hohe Wertschätzung des zu Pflegenden
- Psychische Entlastung der Angehörigen

Beratung 24 Stunden Betreuung (Entsendemodell)

Nachteile einer 24 Stunden Betreuung

- Zusammenleben mit einer zunächst fremden Person
- Sprachliche Barriere
- Fehlende medizinische Kenntnisse
- Wechsel der Mitarbeiter alle 3 Monate
- Keine Abrechnung über die Pflegeversicherung

2. Ziele

Verbleib in der vertrauten Umgebung und Erhalt der persönlichen Tagesstruktur schaffen Sicherheit. Entlastung der Ehepartner und pflegenden Angehörigen. Kontinuierliche Unterstützung im Alltag und der Freizeitgestaltung durch Vertrauensperson.

3. Rahmenvorgaben

Die Vermittlung von Osteuropäischen Betreuungskräften wird in der Regel über eine Agentur praktiziert. (Entsendung) Die Betreuungskräfte sind bei einem ausländischen Arbeitgeber angestellt und werden über eine Agentur vermittelt. Der hohe Bürokratische Aufwand wird von der Agentur übernommen. Bei Ausfall der Betreuungskraft sorgt die Agentur für schnellen Ersatz.

Es besteht auch die Möglichkeit eine private Betreuungskraft selbst einzustellen. Dies ist allerdings mit deutlich höheren Kosten und einem enorm hohen bürokratischen Aufwand verbunden. Es müssen mindestens zwei Betreuungskräfte eingestellt werden, um die Erholungsphasen und Ausfallzeiten durch Urlaub oder Erkrankung sicherzustellen. Das erfordert zusätzliche Kosten.

Vorraussetzung für die **Entsendung von ausländischen Betreuungskräften** ist die sogenannte **A1-Bescheinigung**. Das Formular A1 dient als Nachweis, dass die betreffende Person in ihrem Herkunftsland **ordnungsgemäß sozialversichert** ist. Hierdurch wird zugleich dem Sozialversicherungsträger im Erbringungsland (Deutschland) die Befreiung von der Sozialversicherungspflicht der jeweiligen Betreuungskraft bescheinigt.

Die maximal zulässige Wochenarbeitszeit für Angestellte beträgt in Deutschland **40 Stunden pro Woche**. Der Begriff „24-Stunden-Betreuung“ steht sinnbildlich für den Umfang der Betreuung sowie die **Rufbereitschaft rund um die Uhr**. Zutreffender wäre der Begriff „Betreuung in häuslicher Gemeinschaft“ (BihG). Dieser ist jedoch noch nicht im allgemeinen Sprachgebrauch etabliert. Die **Arbeitszeiten** der Betreuungskräfte richten sich nach dem **tatsächlichen Pflegeaufwand. Ruhe- und Erholungszeiten werden vertraglich vereinbart und müssen eingehalten werden.**

In der Regel bleibt die Betreuungskraft zwischen **8 und 12 Wochen** vor Ort. Dann erfolgt ein Wechsel. Seriöse Anbieter achten in der Regel darauf, dass im Wechsel immer möglichst

Beratung 24 Stunden Betreuung (Entsendemodell)

dieselben Mitarbeiterinnen eingesetzt werden. Ausnahmen kommen vor: Krankheit- oder/und Urlaubsphasen.

Die Kosten für eine 24 Std. Kraft liegen zwischen **2.000 und 5.000 € monatlich**. Die Kosten setzen sich zusammen

- Lohnkosten der Betreuungskraft
- Kost und Logie
- Fahrtkosten
- Beratungsgebühr, einmalig oder eine monatliche Pauschale
- Versicherung, die Betreuungskraft ist über die Vermittlungsagentur versichert

Pflegekräfte erhalten **11,35 Euro/ Std. im Westen und 10,85 Euro/ Std. im Osten** Deutschlands (Stand 2020). Als Faustregel gilt: Liegt das Angebot der Agentur oder des ausländischen Arbeitgebers für eine Betreuungskraft **wesentlich unter 2.000 Euro**, dann wird der **Mindestlohn nicht eingehalten**.

24 Std. Betreuungskräfte dürfen **keine medizinische Behandlungspflege** durchführen. Das ist eine Leistung des **SGB V**. Bei Bedarf muss ggf. ein separater Pflegedienst implementiert werden.

Anbieter und Agenturen vor Ort bieten im Vorfeld eine umfassende Beratung an und stellen einen **Kostenvoranschlag zur Verfügung**. Sie schauen sich die häuslichen Gegebenheiten an und beraten hierzu. Sie unterstützen und begleiten in der Anfangsphase. Sie sind jederzeit Ansprechpartner bei auftauchenden Problemen und sorgen ggf. für schnellen und reibungslosen Ersatz.

Im Internet gibt es mittlerweile eine Fülle von Anbietern für 24 Stunden Betreuung. Auch hier gibt es sehr seriöse Vermittlungen, aber eben auch die „schwarzen Schafe“. Der Kontakt findet überwiegend digital, maximal telefonisch, statt. Erreichbarkeiten sind nicht immer zeitnah gegeben.

Zuschüsse der Pflegekasse

Für die Finanzierung einer 24 Stunden Betreuung ist ausschließlich der Kunde zuständig. Bei Vorliegen eines **Pflegegrades kann das Pflegegeld** frei verwendet werden. Die Verhinderungspflege kann, je nach Vorliegen der Voraussetzungen, genutzt werden.

4. Zuständigkeit/Verantwortung

Case Management/ Monika mit einer Ausbildung zur Pflegefachkraft oder Weiterbildung zum Pflegeberater gem. §45 SGB XI.

Beratung 24 Stunden Betreuung (Entsendemodell)

5. Beratungsprozess/Beratungsschritte

Im Beratungsgespräch wird der Unterschied externe Unterstützung durch Pflege- und Betreuungsdienst, Hauswirtschaftliche Hilfe sowie der 24 Stunden Betreuung erklärt. Die Wünsche des Pflegebedürftigen sowie der pflegenden Angehörigen werden ermittelt und die Örtlichkeiten überprüft.

Die Betreuungskräfte unterstützen sowohl bei der grundpflegerischen Versorgung als auch bei den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten:

Hauswirtschaft: Kochen, Waschen, Putzen, Einkaufen

Einfache Alltagshilfen

- Hilfe beim An- und Auskleiden
- Hilfe beim Essen und Trinken
- Hilfe beim Aufstehen und Zu- Bettgehen
- Hilfe bei der Körperpflege
- Hilfe beim Gehen, Stehen und Treppensteigen
- Hilfe beim Toilettengang

Soziale Betreuung wie

- Begleitung zu Arztbesuchen
- Strukturierung des Alltags
- Spaziergänge zum Friedhof, Wochenmarkt, Altentagesstätte,
- Freizeitgestaltung wie Gesellschaftsspiele, Vorlesen, Konzentrationsübungen aber auch Theaterbesuche

Begutachtungen der Örtlichkeiten

- Steht ein eigenes Zimmer zur Verfügung
- Badezimmer, muss das evtl. gemeinsam genutzt werden
- Fernseh- und Internetanbindung

Unterschied Anbieter vor Ort oder Internet Anbieter

- Erreichbarkeit: persönlich, telefonisch oder nur digital
- Kosten: Internetanbieter oftmals günstiger als persönliche Betreuung vor Ort
- Erfahrungswerte

Zur Nachbereitung des Beratungsgesprächs gehören:

- Abschließende Dokumentation in Theracase
- Feedback an den Hausarzt
- Bei Bedarf Kontaktvermittlung

Beratung 24 Stunden Betreuung (Entsendemodell)

- Telefonische Nachfrage nach ca. 2-3 Wochen, wie hat sich die Familie entschieden bei Umsetzung
- Telefonische Nachfrage nach ca. 4-6 Wochen, wie gestaltet sich die Umsetzung

6. Gesetzliche Grundlagen

Die **Richtlinie 96/71/EG** über die **Entsendung** von Arbeitnehmern im Rahmen der Erbringung von Dienstleistungen (kurz Entsenderichtlinie) ist eine **Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 1996**.

A1 Bescheinigung Entsendung von Mitarbeitern innerhalb der EU

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=471&langId=de>

Beratung Altersgerechtes Wohnen

1. Zweck

Mit zunehmendem Alter und Gebrechen steigt das Problem den Alltag eigenständig zu meistern. Dies vor allem dann, wenn man keine Familie oder Freunde hat, die einen unterstützen können. Einfache Tätigkeiten wie das Einkaufen oder Putzen der Wohnung werden zur täglichen Herausforderung. Auch die Freizeitgestaltung gestaltet sich zunehmend schwieriger es droht Vereinsamung.

Das betreute Wohnen ist ein besonderes **Wohnkonzept für Pflegebedürftige**. Die Betroffene leben dabei in **eigenen Wohnungen**, die in der Regel **an Einrichtungen der Altenpflege angebunden** sind. Auf diese Weise können ältere Menschen eigenständig leben, bei Bedarf aber auch pflegerische Hilfe in Anspruch nehmen. Durch die enge Verbindung zur Pflegeeinrichtung erübrigt sich für die Senioren zudem der zwangsläufige Umzug in ein Pflegeheim, selbst wenn sich ihr Pflegegrad im Laufe der Zeit erhöht.

2. Ziele

Das betreute Wohnen kann die eigene Lebensqualität auf vielfältige Weise positiv beeinflussen. Eigenständig und selbstbestimmtes Leben stehen weiterhin im Vordergrund. Familienmitglieder werden entlastet und haben ein sicheres Gefühl. Gemeinsame Zeit kann für gemeinsame Unternehmungen genutzt werden, statt die täglich notwendige Pflege zu organisieren. Die Bewohner sind vertraut mit der stationären Einrichtung und nutzen deren Vorteile. Bei steigender Pflegebedürftigkeit kommt die umfassende Pflege zum Tragen. Ein unter Umständen erforderlicher Wechsel in den vorhandenen Pflegebereich fällt leichter, wenn man die Einrichtung schon kennt.

3. Rahmenvorgaben

Das „**Betreute Wohnen**“ bietet älteren Personen, die geistig und/oder körperlich eingeschränkt sind, ein privates und altersgerechtes Wohnumfeld mit zahlreichen weiteren Dienstleistungen.

Das können beispielsweise Seniorenwohnungen unabhängiger Anbieter sein, bei denen sogenannte Betreuungsträger die Pflege und weitere Dienstleistungen übernehmen.

Allerdings gehören auch **Seniorenresidenzen bzw. Altenwohnanlagen** zum Konzept des betreuten Wohnens. Seniorenresidenzen sind dabei in der Regel luxuriöser ausgestattet und bieten neben den herkömmlichen Leistungen auch viele Extras wie Fitnessstudios oder Spa-Bereiche.

Darüber hinaus ist altengerechtes Wohnen mit Betreuung auch im eigenen Zuhause möglich. Voraussetzung dafür ist, dass die Wohnung barrierefrei ist und ein Pflegedienst die häusliche Pflege übernimmt.

Die **24-Stunden-Pflege** gehört im erweiterten Sinne ebenfalls zum betreuten Wohnen. Bei diesem Konzept lebt eine Hilfskraft im selben Haushalt wie der Betroffene und leistet ihm Unterstützung bei der Körperhygiene, der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Beratung Altersgerechtes Wohnen

Das Gegenstück zum betreuten Wohnen ist das „**Service Wohnen**“. Hier handelt es sich in der Regel um **barrierearme Wohnungen** mit **einfachen Dienstleistungen** für Senioren wie Alltagshilfen für Wäsche, mobiler Mittagstisch, Hausnotrufsysteme, Besuchsdienste und Hausmeistertätigkeiten. Ein professioneller Pflegebereich ist diesen Einrichtungen nicht angeschlossen, so dass bei höherem Pflegebedarf ggf. ein weiterer Umzug in eine fremde stationäre Einrichtung erfolgen muss.

Die Kosten für betreutes Wohnen richten sich in erster Linie danach, ob die Betroffenen eine Wohnung **mieten oder kaufen** möchten. Zudem variieren die Wohnungspreise nach **Lage, Größe, Ausstattung** und den angebotenen Leistungen der Einrichtung. Wenn es in dem Gebäude beispielsweise Wellnessbereiche, einen Kosmetiksalon und diverse Therapieräume gibt, kann der Miet- bzw. Kaufpreis für eine dortige Wohnung deutlich höher ausfallen als in anderen Einrichtungen. Grundsätzlich liegen die Kauf- bzw. Mietpreise für das betreute Wohnen **etwa 20% über dem örtlichen Immobilienpreisniveau**. Grund dafür sind u.a. Leistungen wie ein integriertes Hausnotrufsystem.

Neben den reinen Mietkosten ist auch eine Betreuungspauschale zu zahlen. Viele Einrichtungen fordern außerdem die Zahlung eines einmaligen Wohndarlehens, das mehrere Tausend Euro betragen kann. Zusatzleistungen wie Fahrdienste für Arztbesuche werden ebenfalls zu den monatlichen Kosten dazugerechnet. Je mehr Zusatzleistungen man in Anspruch nehmen möchte, desto höher werden somit auch die Kosten für das betreute Wohnen.

In der Regel müssen die Pflegebedürftigen diese Kosten selbst decken. Es gibt jedoch einige Möglichkeiten, finanzielle Entlastung zu schaffen. Beispielsweise können Betroffene mit anerkanntem **Pflegegrad einen Teil der Kosten über die Pflegekasse abrechnen**. Dazu gehören etwa die **Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes oder Maßnahmen zur Wohnraumanpassung**.

Einkommensschwache Senioren haben außerdem die Möglichkeit, einen **Wohnberechtigungsschein** zu beantragen. Dieser Schein befugt sie dazu, im Rahmen des betreuten Wohnens eine Sozialwohnung mit geringeren Mietkosten zu behausen. Zudem können sie auch ein Wohngeld beantragen. Dieses hilft ihnen, die Wohnkosten zu decken bzw. gewährt ihnen einen Mietzuschuss. Die passenden Anträge dazu gibt es normalerweise bei den örtlichen Wohngeldbehörden.

Auch hier gilt: Angebot und Nachfrage bestimmen den Preis. Die niedrigste Pauschale für die Grundleistungen liegt bei etwa 15 Euro pro Monat. Bei einer regelmäßig im Haus anwesenden Betreuungskraft und einem Hausnotruf liegen die Kosten der Grundleistungen zwischen 60 und 150 Euro pro Monat.

4. Zuständigkeit/Verantwortung

Case Management/ Monika mit einer Ausbildung zur Pflegefachkraft oder Weiterbildung zum Pflegeberater gem. §45 SGB XI.

Beratung Altersgerechtes Wohnen

5. Beratungsprozess/Beratungsschritte

Im Gespräch mit dem Patienten und seinen Angehörigen werden die unterschiedlichen Wohnformen und Betreuungsmodelle erörtert. Die Wünsche des Betroffenen, orientierend auch an seinen finanziellen Möglichkeiten, werden im Gespräch festgelegt:

- Privatsphäre und Selbstständigkeit bleiben erhalten
- Die Größe der barrierefreien Wohnungen und der angegliederten Einrichtung
- Wohngegend, soziales Umfeld mit guter Infrastruktur
- Welche Pflegerische Hilfe ist erforderlich und kann im weiteren Verlauf in Anspruch genommen werden
- Welche Serviceleistungen können genutzt werden wie z.B. das Reinigen der Wohnung, Wäscheservice, Friseur, Fußpflege, Organisation von Hilfsleistungen
- Optionale Leistungen können angefordert werden (z.B. Mahlzeitservice, Fahr- und Bringdienste)
- Freizeitangebote
- Nutzung von Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Cafés, Hobbyräume, Bibliotheken)
- Gibt es ein Therapeutisches Angebot, Pyhsio- Ergotherapie
- Luxuriöse Ausstattung wie z. B. Schwimmbad, Spa Bereich
- Finanzielle Möglichkeiten
- Zuschuss Wohnberechtigungsschein, Pflegewohngeld

Um den geeigneten Platz zu finden, empfehlen wir eine Besichtigung und Beratung vor Ort, um so auch erste persönliche Eindrücke zu gewinnen. Eine Vermittlung über die Stadtgrenze hinaus empfehlen wir den **Pflegenavigator** der AOK

Zur Nachbereitung des Beratungsgesprächs gehören:

- Abschließende Dokumentation in Theracase
- Feedback an den Hausarzt
- Bei Bedarf Kontaktvermittlung
- Telefonische Nachfrage nach ca. 4 Wochen, wie hat sich die Familie entschieden bei Umsetzung

6. Gesetzliche Grundlagen

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestaerkungsgesetz-zweites-psg-ii.html>

<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de>

Beratung Hausnotruf

1. Zweck

Notrufsysteme bieten 24 Stunden am Tag an 365 Tagen Sicherheit. Im Vorfeld individuell zusammengestellte Notfallpläne bieten eine schnelle und professionelle Hilfe bei akuten Notfällen. Der Notfallplan erhält alle persönlichen und medizinischen relevanten Daten.

Für Menschen mit Demenz ist ein Hausnotruf eher ungeeignet. Sie sind oftmals nicht mehr in der Lage zu entscheiden, ob eine Notlage vorliegt und drücken den Notknopf immer wieder unkontrolliert.

2. Ziele

Der Hausnotruf ist für alle Senioren und Pflegebedürftigen gedacht, die solange wie möglich ein **selbstbestimmtes und sicheres Leben in ihrem eigenen Zuhause** wünschen. Pflegenden Angehörigen wird ein gutes und sicheres Gefühl vermittelt.

3. Rahmenvorgaben

Der Hausnotruf ist ein offiziell anerkanntes Hilfsmittel. Grundlage ist das **SGB XI**. Die Pflegekasse übernimmt bereits ab dem PG 1 die einmalige Anschlussgebühr in Höhe von 10,49 € für die Installation. Die monatlichen Nutzungsgebühren werden bis zu 23,- €/ monatlich bezuschusst. Zusätzliche Leistungen werden nicht bezuschusst.

Vorraussetzungen sind:

- Anerkannter Pflegegrad
- Pflegebedürftige sind über viele Stunden allein in der Häuslichkeit, bzw. leben mit jemandem zusammen der vielleicht nicht in der Lage ist, schnell Hilfe zu holen
- Pflegebedürftige können voraussichtlich mit einem herkömmlichen Telefon keine Hilfe rufen

4. Zuständigkeit/ Verantwortung

Case Management/ Monika mit einer Ausbildung zur Pflegefachkraft oder Weiterbildung zum Pflegeberater gem. § 45 SGB XI

5. Beratungsprozess/ Beratungsschritte

Die MA des Ambulanten Case Management beraten umfassend über die unterschiedlichen Möglichkeiten und zur Kostenbeteiligung durch die Pflegekasse. Die Beratung kann sowohl beim Hausbesuch als auch telefonisch durchgeführt werden.

Der Hausnotruf besteht aus einem Sender und einem Empfänger. Der Sender wird in der Regel als Armband oder als Kette um den Hals der Patienten getragen. Die Basisstation wird über das Stromnetz / Telefonanschluss mit der Notrufzentrale verbunden. Alle Notgeräte sind mit einem Akku gegen möglichen Stromausfall von 10-20 Stunden geschützt.

Beratung Hausnotruf

Ein Hausnotruf ohne Festnetzanschluss kann auch über das Mobilfunknetz laufen. Bei DSL- oder ISDN - Anschlüssen sollte geklärt werden, was passiert, wenn die Leitungen nicht funktionieren. Manche Notrufgeräte sind für diesen Fall mit einer SIM-Karte ausgerüstet.

In der Regel ist der Hausnotrufknopf wasserdicht, er muss beim Duschen oder Händewaschen nicht abgezogen werden.

Neben den Wohlfahrtsverbänden gibt es mittlerweile auch viele private Anbieter, die ein Hausnotrufsystem anbieten. Libify ist ein vom GKV Spitzenverband* ebenfalls anerkannter Dienstleister, der Bundesweit arbeitet.

Viele Hausnotruf-Dienste bieten zusätzlich zum klassischen Hausnotruf auch den **mobilen Notruf** an. Dieser gibt **Sicherheit für unterwegs**. Ähnlich wie beim Hausnotruf tragen ältere Menschen ein mobiles Sendegerät bei sich, dass die Daten über das Mobilfunknetz, wie z. B. ein Handy überträgt.

Individuelle Notfallpläne werden im Vorfeld mit dem Anbieter vereinbart und schriftlich fixiert. Je nach Vertragsabsprachen werden zunächst Angehörige, Nachbarn, Pflegedienst oder der Rettungsdienst verständigt

Der Hausnotruf ist für Menschen gedacht, die

- auf Grund von Krankheit, oder Behinderung oder ihres Alters jederzeit mit gesundheitlichen Risiken rechnen müssen
- sich aufgrund einer vorzeitigen Krankenhausentlassung allein zu Hause sehr unsicher fühlen
- ihren Angehörigen ein sicheres Gefühl geben möchten

Inhalt der Beratung

- Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten des Patienten
- Welche Risikofaktoren liegen vor (Sturzrisiko, Patient lebt allein)
- Welche Erkrankungen und/oder körperliche Schwächen liegen vor
- Sind Angehörige, Nachbarn oder Freunde greifbar
- Was ist tatsächlich gewünscht: 24 Stunden Notruf mit persönlicher Annahme der Anrufe
- Notrufbearbeitung durch Anbieter vor Ort nach Vereinbarung
- Anbieter aus dem Netz
- Bei Verdacht auf Lebensgefahr direkte Verbindung zum Rettungsdienst
- Gerätebeschreibung und persönliche Einweisung vor Ort
- Beratung zu weiteren Unterstützungsangeboten auf Wunsch
- Deinstallation des Gerätes nach Vertragsende
- Antragstellung PV Kostenübernahme

Folgende Patientendaten werden in der Notrufzentrale hinterlegt

- Adresse und Zugang zur Wohnung
- Gesundheitszustand und Vorerkrankungen
- Kontaktdaten von Angehörigen, Bezugspersonen, Nachbarn

Beratung Hausnotruf

- Verordnete Medikamente
- Sofortmaßnahmen und individuell vereinbarte Hilfepläne
- Mindesten zwei Schlüssel Haus- und/oder Wohnungstür

Die Kosten setzen sich zusammen

- Installation/ Einmalige Anschlussgebühr
- Monatliche Grundgebühr

Zusatzkosten können anfallen für:

- Schlüsselanfertigung
- Kabelverlängerung, Netzteil, zusätzliche Dienstleistungsstunden
- SIM-Karte
- Zusätzlicher Handsender
- Rauchmelder

Zur Nachbearbeitung können gehören

- Vollständige Dokumentation in Theracase Besuchsprotokoll
- Anlage unter Versorger/ Theracase
- Feedback an den Hausarzt
- Kontaktvermittlung Anbieter
- Antragstellung Kostenübernahme Hausnotruf
- Nach ca. 14 Tagen erfolgt der Rückruf beim Patienten, Nachfrage bzgl. der Umsetzung und Handhabung

Besteht kein weiterer Bedarf, ist der Vorgang zunächst abgeschlossen. Eine telefonische Nachfrage wird in 4- 6 Monaten vereinbart. Bei weiteren Bedarfen im Verlauf erfolgt die direkte Kontaktaufnahme durch den Patienten, seine Angehörigen oder über die Hausarztpraxis.

6. Gesetzliche Grundlagen

7.

<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de>

<https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittelverzeichnis.de>

Beratung Pflegekurse für Angehörige

1. Zweck

Die meisten Pflegebedürftigen leben weiterhin in der Häuslichkeit. Hier wird ein Großteil der Pflege von den Angehörigen übernommen. Die Pflege eines Angehörigen ist nicht leicht und stellt oftmals eine psychische, physische und finanzielle Herausforderung dar.

2. Ziele

Ziel ist es, eine gute Pflegesituation in der Häuslichkeit zu schaffen, die Pflegebedürftigen eine optimale Pflege bietet.

Pflegenden Angehörigen soll durch die Vermittlung von theoretischem und praktischem Basiswissen Sicherheit und Vertrauen in ihre Pflegetätigkeit vermittelt werden, damit der Pflegealltag gut zu bewältigen ist. Nur wenn es Pflegpersonen gut geht, können Sie Pflegebedürftige mit Liebe und Fürsorge pflegen.

3. Rahmenvorgaben

Neben den Beratungsbesuchen durch die Pflegeberater der zuständigen Pflegekasse, sind die Kranken- und Pflegekassen verpflichtet, externe Pflegekurse anzubieten. Dies geschieht oft in Kooperation mit den Wohlfahrtsverbänden, dies kann man über die jeweilige Pflegeversicherung erfragen. Darüber hinaus stellen die Pflegekassen umfassende schriftliche Informationen und praktischen Demo-Videos zur Verfügung. Sollten Gebühren für einen externen Pflegekurs berechnet werden, sollte man vorher mit der zuständigen Pflegekasse über eine Kostenübernahme sprechen. Der Inhalt kann je nach Anbieter variieren. Die Anleitung in den Pflegekursen erfolgt immer durch geschultes Pflegepersonal.

4. Zuständigkeit/ Verantwortung

Case Management/ Monika mit einer Ausbildung zur Pflegefachkraft oder Weiterbildung zum Pflegeberater gem. § 45 SGB XI.

5. Beratungsprozess/ Beratungsschritte

Pflegende Angehörige müssen wissen, was in Zukunft auf sie zukommen kann. Eine langwierige und zunehmende Pflegebedürftigkeit kann zu physischen oder psychischen Belastungen führen.

Angehörige sollen im Pflegekurs erlernen auf sich selbst zu achten und die eigenen Warnsignale frühzeitig zu erkennen. In Pflegekursen werden folgende Fähigkeiten vermittelt:

- Praktische Fähigkeiten und Handgriffe
- Mobilisation
- Körperpflege und Hygiene
- Tipps zu Prophylaxe, Gesundheit und Ernährung
- Umgang mit Hilfsmitteln
- Spezifische Schulungen z. B. Demenz
- Austausch mit anderen Betroffenen

Beratung Pflegekurse für Angehörige

- Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung
- Betreuungsrecht
- Angebot von Pflegekursen über die Wohlfahrtsverbände, Krankenkassen und teilweise auch über Pflegedienste

Zur Nachbearbeitung gehören:

- Vollständige Dokumentation in Theracase
- Ggf. Feedback an den Hausarzt
- Vermittlung von Kontakten

6. Gesetzliche Grundlagen

www.pflegestaerkungsgesetze.de

Beratung Schwerbehindertenrecht GdB und seine Merkzeichen

1. Zweck

Der Grad der Behinderung (GdB) gibt die Schwere einer Behinderung an. Ab einem **GdB von 50** gilt ein Mensch als **schwerbehindert §2 Abs. 2 SGB IX**. Den GdB legt das Versorgungsamt fest. Ab dem GdB 50 wird auch ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt.

2. Ziele

Menschen mit einer Schwerbehinderung kennen ihre Rechte und können Nachteilsausgleiche nutzen. **Eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben soll so weiterhin gewährleistet werden.**

3. Rahmenvorgaben

Der Grad der Behinderung (GdB) beziffert die **Schwere einer Behinderung**. Er zeigt an, wie stark ein Mensch durch seine Behinderung beeinträchtigt ist. Dies gilt für die **körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen** einer **Funktionsbeeinträchtigung** aufgrund eines Gesundheitsschadens.

Der GdB kann zwischen **20 und 100 variieren**. Er wird in Zehnerschritten gestaffelt. Je höher der Wert desto stärker ist die Behinderung.

Die **ärztlichen Gutachter des Versorgungsamtes** prüfen nach Antragstellung den GdB nach festgelegten Regeln, die „**Versorgungsmedizinischen Grundsätze**“. Grundsätzlich geht es bei der Feststellung der Behinderung nicht um die Art der Erkrankung/Behinderung oder um eine Diagnose, sondern immer um ein **Funktionsdefizit, eine entsprechende Dauer (länger als sechs Monate) und die Auswirkung der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft**. Letztendlich ist die Ermittlung des GdB bei einem Menschen **immer individuell und vom Einzelfall** abhängig.

Ab dem GdB 50 erhält man einen **Schwerbehindertenausweis**. Mit dem Ausweis hat man Anspruch auf bestimmte Hilfen und Nachteilsausgleiche:

- Kündigungsschutz
- Zusatzurlaub
- Steuervorteile
- Nachteilsausgleich wie z. B. ermäßigte Eintrittsgelder, kostenlose Nutzung des öffentlichen Bus- und Bahnnetzes

Nicht nur Menschen mit einer Sinnes- oder Mobilitätseinschränkung können einen Schwerbehindertenausweis bekommen. Auch **chronische Erkrankungen können** als Behinderung anerkannt werden. Mehr als ein Drittel aller Deutschen leidet an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen. Anerkannt werden können schwerwiegende Erkrankungen wie zum Beispiel:

- Asthma
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Schlaganfall
- Rheuma
- Diabetes

Beratung Schwerbehindertenrecht GdB und seine Merkzeichen

- Multiple Sklerose
- schmerzhafte Rückenleiden
- und Krebserkrankungen

Entscheidend für den GdB ist immer das **Ausmaß der Erkrankung**. Fällt die Entscheidung positiv aus, erteilt die Behörde einen **Feststellungsbescheid**. Darin sind die einzelnen Behinderungen, der festgestellte GdB und das **Merkzeichen** aufgeführt. Der Bescheid wird auch dann ausgestellt, wenn der GdB weniger als 50 beträgt. Einen Ausweis erhält man dann aber nicht.

Der **Schwerbehindertenausweis** hat die Form einer grünen Kreditkarte. Sobald **Merkzeichen** vorliegen ist die Ausweiskarte orange/Grün. Die Merkzeichen, siehe Anlage, sind auf der Rückseite vermerkt. Das **B für Begleitung** ist in fett auf der Vorderseite vermerkt. Ab dem 10 Lebensjahr muss ein **Passbild** vorgelegt werden. Der Schwerbehindertenausweis ist die amtliche Anerkennung einer Schwerbehinderung. Bei blinden Menschen gibt es Hinweise in der Brailleschrift.

Der GdB wird in der Regel für **fünf Jahre** festgelegt. In Ausnahmefälle wird er unbefristet ausgestellt. Bei gesundheitlichen Änderungen, sowohl **Verbesserungen** als auch **Verschlechterungen** muss der GdB erneut geprüft und festgestellt werden.

4. Zuständigkeit/Verantwortung

Case Management/ Monika mit einer Ausbildung zur Pflegefachkraft oder Weiterbildung zum Pflegeberater gem. §45 SGB XI.

5. Beratungsprozess/Beratungsschritte

Werden die Einschränkungen durch eine Behinderung oder eine chronische Erkrankung immer größer, macht es Sinn einen Antrag (Neu) bzw. Änderungsantrag zu stellen. Im besten Fall macht der behandelnde Arzt auf die Antragstellung aufmerksam. Er kennt die Patienten am besten und hat den Gesamtzustand im Blick. Im Beratungsgespräch mit dem Patienten und seinen Angehörigen werden folgende Fragen erörtert:

- In welcher Ausgangssituation befindet sich der Patient?
- Wozu wird der Schwerbehindertenausweis benötigt?
- Wie sieht der Schwerbehindertenausweis aus und was steht darauf
- Was bedeuten die Merkzeichen auf dem Schwerbehindertenausweis?
- Wie verlängert man den Schwerbehindertenausweis?
- Schwerbehindertenausweis und Behindertenparkplätze

Soll ein Schwerbehindertenausweis neu oder eine Ergänzung beantragt werden, sind folgende Daten erforderlich:

Beratung Schwerbehindertenrecht GdB und seine Merkzeichen

- Persönliche Stammdaten
- Steuer ID Nr.
- Angaben zur Krankenkasse
- Aktuelle Gesundheitsstörungen
- Angaben Haus- und Fachärzte
- Krankenhaus Aufenthalte der letzten zwei Jahre
- Rehabilitationsmaßnahmen/ Kuraufenthalte der letzten zwei Jahre

Vorliegende Papiere wie:

- Ärztliche Gutachten
- Krankenhausberichte
- Gutachten aus der Reha oder
- Pflege- und Betreuungsgutachten
- EKG-, Labor- und Röntgenbefunde

können beigefügt werden, müssen aber nicht zwingend. Das Versorgungsamt muss sich ggf. die erforderlichen Unterlagen beim Haus- oder Facharzt anfordern.

Patienten, die auf einen Änderungsantrag bestehen, weil sie z. B. eine **Parkberechtigung** erwirken wollen, werden darauf aufmerksam gemacht, dass ggf. auch eine **Herabstufung** erfolgen kann. **Es kommt immer auf den Einzelfall und den jeweiligen aktuellen Gesundheitszustand an.**

In schwierigen bzw. nicht zweifelsfreien Fällen empfehlen wir eine ausführliche Beratung beim **VdK, Sozialverband Deutschland.**

6. Gesetzliche Grundlagen

<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/4.html>

<https://www.gesetze-im-internet.de/versmedv/BJNR241200008.html>

https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/Umsetzung_BTHG/Gesetz_BTHG/Gesetz_node.html

<https://www.vdk.de/deutschland/>

Sozialverband VdK NRW e. V.

Kreisverband Leverkusen

Vorsitzende: Erna Buntenbach

Rat-Deycks-Straße 12

51379 Leverkusen/ Opladen

Beratung Schwerbehindertenrecht GdB und seine Merkzeichen

Telefon: 02171/5 80 94 54

Telefax: 02171/5 80 94 55

Mail: kv-leverkusen@vdk.de

Definition Behinderung

"Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre **Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist**. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist." **SGB IX**

Das bedeutet: Nicht nur "sichtbare" Behinderungen sind relevant. Auch mit einer unsichtbaren Behinderung, etwa einer **schweren chronischen Erkrankung**, einer **seelischen** oder **psychischen Erkrankung** kann ein Grad der Behinderung festgestellt werden.

Definition chronisch krank

Laut einer Definition des Gemeinsamen Bundesausschusses von Kassen und Ärzten (G-BA) gilt als schwer chronisch krank, wer mindestens einmal pro Quartal wegen derselben Erkrankung auf ärztliche Behandlung angewiesen ist sowie einen **Pflegegrad** oder eine Schwerbehinderung hat oder sich in dauerhafter Behandlung befindet, da sich die Erkrankung sonst verschlimmern würde. Die Möglichkeit der Anerkennung als Behinderung geht auf ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs (Aktenzeichen C-335/11 und C-337/11) im Jahr 2013 zurück und soll die Betroffenen vor Diskriminierungen wegen ihres Gesundheitszustands schützen.

Beratung Schwerbehindertenrecht GdB und seine Merkzeichen

Anlage Merkzeichen

Bei bestimmten gesundheitlichen Beeinträchtigungen werden sogenannte Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis vermerkt. Diese Merkzeichen berechtigen zu besonderen Hilfen, um behindertengerechte Nachteile auszugleichen.

- G - erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr

Das Merkzeichen G steht Personen zu, bei denen folgende Beeinträchtigungen vorliegen:

- Erheblichen Beeinträchtigungen in ihrer Bewegungsunfähigkeit im Straßenverkehr
- Eingeschränktes Gehvermögen
- Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen
- Funktionsstörungen der LWS
- Störungen im Bereich der Orientierungsfähigkeit
- Seheinschränkungen
- Anfallsleiden

- aG – Außergewöhnliche Gehbehinderung

Das aG steht Personen zu, die sich aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können:

- Querschnittgelähmte
- Doppel Oberschenkelamputierte
- Doppelunterschenkelamputierte
- Einseitig Oberschenkelamputierte
- Herzschäden mit schwerer Dekompensation oder Ruheinsuffizienz
- Erkrankungen der Atmungsorgane mit schweren Einschränkungen der Lungenfunktion

Zu den Personen mit einer außergewöhnlichen Gehbehinderung, zählen Menschen, die dauerhaft, auch für sehr kurze Entfernungen, zwingend auf einen Rollstuhl abgewiesen sind. Es muss ein GdB von mindestens 80 vorliegen.

- B - Begleitung

Beratung Schwerbehindertenrecht GdB und seine Merkzeichen

Das Merkzeichen B steht Personen zu, die regelmäßig Hilfe bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel benötigen, Hilfe zum Ausgleich einer Sehschwäche oder Hilfe zum Ausgleich von Orientierungsstörungen, benötigen.

- Querschnittgelähmten
- Amputationen der oberen Gliedmaßen (ohne Hände)
- Sehbehinderten
- Blinden
- Hörbehinderten
- Geistig behinderten Menschen
- Anfallskranken
- Demenzerkrankten
- Erhebliche Beeinträchtigungen der Bewegungsfähigkeit

- **H – Hilflosigkeit**

Personen, die jeden Tag zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz für die Bewältigung von häufigen und regelmäßigen Tätigkeiten dauernd fremde Hilfe benötigen oder entsprechend überwacht oder angeleitet werden müssen, sind HILFLOS und erhalten das Merkzeichen H. Dies gilt auch, wenn die Unterstützung nicht dauerhaft, aber eine ständige Bereitschaft zur Hilfestellung vorhanden sein muss.

- **RF – Ermäßigung**

Schwerbehinderte Menschen, welche unter die nachfolgend aufgeführten Personen fallen, erhalten Merkzeichen RF

- Blinde Menschen
- Sehbehinderte Menschen mit einem GdB von mindestens 60 auf Grund einer Sehbehinderung
- Gehörlose Menschen
- Hörgeschädigte Menschen bei denen eine ausreichende Verständigung auch mit Hörhilfen nicht möglich ist
- Schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von mindestens 80 und die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen nicht teilnehmen können

- **TBI - Taubblind**

TBI als Merkzeichen erhalten Personen, die wegen einer Störung der Hörfunktion mindestens einen GdB von 70 und wegen einer Störung des Sehvermögens den GdB von 100 haben.

- **Bl - Blindheit**

Beratung Schwerbehindertenrecht GdB und seine Merkzeichen

Bl erhalten Personen die vollständig erblindet sind oder bei denen eine Gesamtsehschärfe bds. von max. ein Fünfzigstel (0,02) beträgt.

- GI – Gehörlosigkeit-

Hier muss eine Taubheit bds. vorliegen. Außerdem bei Personen, die an eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit haben und eine schwere Sprachstörung aufweisen, in der Regel angeboren oder in der Kindheit erworben.

- 1. Kl – Notwendigkeit für die Benutzung der 1. Wagenklasse

Schwerkriegsbeschädigte Menschen mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 70 und bei denen eine ständige Unterbringung in der 1. Klasse erforderlich ist, erhalten das Merkzeichen 1. Kl.

Gesetzliche Grundlage

<https://www.schwerbehindertenausweis.de/behinderung/ausweis/die-merkzeichen#G-Beeinträchtigung-der-Bewegungsfähigkeit>

https://www.gesetze-im-internet.de/estg/_33b.html

<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxii/72.html>

Technische Hilfsmittel

1. Zweck

Jeder Patient hat das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Hilfsmittel sollen dabei helfen, die Folgen einer Erkrankung oder Behinderung auszugleichen, die Pflege zu erleichtern bzw. sicher zu stellen und einer drohenden Behinderung oder Verschlechterung vorzubeugen. **§ 33 Absatz 1 SGB V**. Die Pflegekassen stellt allen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1 bis 5 bei häuslicher Pflege, Pflegehilfsmittel zur Verfügung. Technische Pflegehilfsmittel sind langlebige Produkte, die bei der häuslichen Pflege für Entlastung sorgen sollen.

2. Ziele

Das Ziel ist, Pflegebedürftigkeit und/oder eine dauerhafte Behinderung zu vermeiden oder eine bereits vorliegende Behinderung auszugleichen. Eine weitestgehend selbstständige Lebensführung soll weiterhin ermöglicht werden.

3. Rahmenvorgaben

Ein Hilfsmittel wird in der Regel dann bewilligt, wenn es **medizinisch notwendig** und im **Hilfsmittelkatalog** der gesetzlichen Krankenkassen mit einer **Hilfsmittelnummer** aufgeführt ist.

Voraussetzung für eine Pflegehilfsmittelverordnung ist

- dass Versicherte mindestens den Pflegegrad 1 haben,
- zu Hause, in einer betreuten Wohnanlage oder einer Wohngemeinschaft leben,
- von Familienmitgliedern, Bekannten, Freunden oder einem Pflegedienst gepflegt werden.

Für das beantragte Hilfsmittel muss vom **behandelnden Arzt** (Haus- oder Facharzt) eine Verordnung ausgestellt werden. Nach Möglichkeit sollte das Hilfsmittel genau benannt werden und speziell erforderliche Funktionen (Anschiebehilfe/Rollstuhl) sollten zusätzlich beschrieben werden. Die Hilfsmittel-Nr. ist hilfreich aber nicht zwingend erforderlich.

Eine Begründung der Notwendigkeit für das Hilfsmittel durch den Arzt kann hilfreich sein, z.B. **Teilhabe am gesellschaftlichen Leben außerhalb der Häuslichkeit**.

Die Verordnung gilt immer nur für das jeweilige **Kassenmodell**. Eventuell entstehende Mehrkosten, z. B. ein höherpreisiger Rollator, trägt immer der Versicherte selbst. Die **Krankenkasse übernimmt immer nur den vertraglich vereinbarten Festpreis** für das Hilfsmittel und **anfallende Folgekosten**, z. B. erforderliche Reparaturen, Erstattung der Stromkosten.

Da technische Hilfsmittel nur **leihweise** zur Verfügung gestellt werden, haben Versicherte **keinen Anspruch auf neue** Hilfsmittel. Wirtschaftliches Handeln steht im Vordergrund. Technische Hilfsmittel werden nach Rückgabe an das Sanitätshaus wieder instandgesetzt und weiter vergeben. Dies gilt auch, wenn der Versicherte Mehrkosten für ein von ihm speziell gewünschtes Hilfsmittel geleistet hat. Es gibt **keinen finanziellen Ausgleich für evtl. angefallene Mehrkosten**.

Technische Hilfsmittel

Für ein neu angeschafftes oder leihweise zur Verfügung gestelltes technisches Hilfsmittel gelten die allgemeinen **Zuzahlungen** (10 % vom Abgabepreis, wenigstens 5 Euro, höchstens 10 Euro) und die Härtefallrichtlinien der Krankenversicherung, nach denen der Versicherte auf Anfrage bei Erreichung der Belastungsgrenze von der Zuzahlung befreit werden kann (**§ 27 Abs.1 Satz 2 Nr. 3 SGB V, §§ 33, 34, 36, 61, 62, 126, 127, 139 SGB V**).

Privatversicherte müssen, das von der Versicherung bewilligte Hilfsmittel im Sanitätshaus/Reha/Fachgeschäft kaufen und die Rechnung später zur Erstattung bei der Versicherung einreichen.

Nicht Kranken- und/oder Pflegeversicherte können eine Kostenübernahme für Hilfsmittel beim **Fachbereich Soziales der Stadt** beantragen.

Bei **Berufstätigkeit** und erforderlichen Hilfsmitteln am Arbeitsplatz tritt meist der **Rentenversicherungsträger** oder das **Amt für Integration** ein, nicht die Krankenkasse.

Einzelfallentscheidung

Nur im Einzelfall ist es möglich, dass die Krankenkasse auch Kosten für Hilfsmittel übernimmt, die nicht gelistet sind. Hierzu ist eine ausführliche Begründung der ärztlichen Verordnung erforderlich. Es muss deutlich gemacht werden, warum gerade nur dieses Hilfsmittel, das einzig geeignete ist, dass die Selbstständigkeit garantiert und eine **Abhängigkeit von Fremdhilfe reduziert werden kann**. Lehnt die Kasse trotzdem das Hilfsmittel ab, hat der Versicherte Patient die Möglichkeit sich fachlichen Rat einzuholen und ggf. Widerspruch einzulegen. Dies gilt nur in schriftlicher Form. Wichtig hierbei ist es, dass der Ablehnungsbescheid der Krankenkasse ebenfalls schriftlich vorliegt.

Der Versicherte erhält zunächst einen Widerspruchsbescheid durch die Krankenkasse. Sollte der Widerspruch abgelehnt werden, kann der Versicherte binnen vier Wochen Klage beim Sozialgericht einreichen. In der ersten Instanz bestehen keine Anwaltpflicht und die Klage ist kostenlos. Sollte auch hier eine Ablehnung erfolgen, muss der Versicherte sich darüber im Klaren sein, dass es in der Regel zu einem langwierigen Gerichtsverfahren mit erheblichen Kosten zu seinen Ungunsten kommen kann.

4. Zuständigkeit

Case Management/ MoniKa mit einer Ausbildung zur Pflegefachkraft oder Weiterbildung zum Pflegeberater gem. §45 SGB XI.

5. Beratungsprozess/Beratungsschritte

Die Beratung sollte im besten Fall in der Häuslichkeit unter in Augenscheinnahme des Patienten und der Örtlichkeiten stattfinden. Abklärung: Was liegt bereits an Hilfsmitteln vor? Was wird ergänzend benötigt? Nach Beratung und dem Einverständnis des Patienten:

- Anforderung der Verordnung für gewünschtes Hilfsmittel in der Hausarztpraxis
- Nach Vorlage der Verordnung erfolgt die
- Weiterleitung zur Genehmigung an die zuständige Kasse oder das mit der Kasse vereinbarte Sanitätshaus

Technische Hilfsmittel

- Nach Bewilligung durch die Kasse liefert das zuständige Sanitätshaus das Hilfsmittel gebrauchsfertig aus und weist Patient und pflegende Angehörige in die Nutzung ein (z.B. Pflegebett /Lifter).

Zur Nachbereitung gehören:

- Abschließende Dokumentation in Theracase
- Feedback an den Hausarzt
- Telefonische Nachfrage nach ca. 2-4 Wochen: Wie kommt der Patient zurecht, gibt es ggf. weiteren Handlungsbedarf?
- Ggf. Beratung Stromkostenabrechnung

6. Gesetzliche Grundlagen

SGB V & SGB XI

<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/33.html>

Das vollständige Hilfsmittelverzeichnis findet man unter:
<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/>

Beratung Vorsorgevollmacht

1. Zweck

Eine Vorsorgevollmacht (**§1901 c BGB**) ist eine **selbstgetroffene Willenserklärung**, die unmissverständlich bestimmt, dass der **Bevollmächtigte** die finanziellen, organisatorischen und medizinischen Vorgänge für die Person erledigen kann, die die Vollmacht erteilt hat. **Vollmachtgeber**.

In der Vorsorgevollmacht hält der Vollmachtgeber die für ihn wichtigsten Wünsche für den Ernstfall fest. Das Grundrecht der **Selbstbestimmung**.

Mit der Vorsorgevollmacht ist der Bevollmächtigte in der Lage, anstelle des nicht mehr entscheidungsfähigen Vollmachtgebers Entscheidungen, auch von erheblicher Tragweite, zu treffen. Das setzt voraus, dass zwischen Vollmachtgeber und Bevollmächtigtem ein unabdingbares **Vertrauensverhältnis** besteht.

Die Notwendigkeit einer Vorsorgevollmacht ist grundsätzlich sinnvoll für Menschen jeden Alters. Leider kann es jeden aufgrund eines Unfalls oder einer schweren Erkrankung treffen, nicht mehr selbst in der Lage zu sein, wichtige Entscheidungen zu treffen.

Viele Menschen gehen davon aus, dass der nächste nahestehende Verwandte, wie Ehegatten oder auch die Kinder, automatisch entscheidungsbefugt sind. Das ist aber leider falsch und kann dazu führen, dass im Zweifelsfall eine **gesetzliche Betreuung gem. § 1897 BGB** über das Amtsgericht eingesetzt werden muss.

2. Ziele

Die Wünsche des Bevollmächtigten sind für den Ernstfall schriftlich festgelegt und die Person ihres Vertrauens kann unter Vorlage der Vorsorgevollmacht für deren Umsetzung sorgen. Durch die Erteilung einer Vorsorgevollmacht wird sichergestellt, dass eine gesetzliche Betreuung über das Amtsgericht vermieden wird.

3. Rahmenvorgaben

Grundvoraussetzungen für einen Bevollmächtigten ist eine emotionale Stabilität und Durchsetzungsfähigkeit. Die eigenen Wünsche oder andere Wertvorstellungen sind nachrangig. Der Bevollmächtigte muss in der Lage sein auch bei Widerständen die Wünsche des Vollmachtgebers zu respektieren und umzusetzen. Er muss sicher sein, dass er das will und dazu in der Lage ist.

Eine Vorsorgevollmacht muss **nicht zwingend von einem Notar erstellt** werden. Das Dokument muss aber **schriftlich** vorliegen, ob handschriftlich oder per Computer verfasst spielt dabei keine Rolle. Die Vorsorgevollmacht muss den vollständigen **Namen, Adresse, Geburtsdatum, Ort und das Datum, sowie die persönliche Unterschrift des Vollmachtgebers enthalten**.

Die Vorsorgevollmacht ist mit dem ausgestellten Datum und der persönlichen Unterschrift rechtswirksam. Aber sie greift erst dann, wenn der Vollmachtgeber durch eine vorübergehende oder dauerhafte Erkrankung, nicht mehr in der Lage ist, für sich selbst zu entscheiden.

Es ist möglich mehrere Bevollmächtigte einzusetzen. Man muss aber festlegen, ob alle in allen Bereichen gleichermaßen bevollmächtigt sind oder ob sie nur gemeinsam entscheiden dürfen. Soll es möglich sein, dass Bevollmächtigte Untervollmachten an weitere Personen erteilen darf, die im Bedarfsfall vertreten, (längere Abwesenheit), muss dies festgehalten werden. Es empfiehlt sich

Beratung Vorsorgevollmacht

bereits bei der Erstellung einen **Ersatz Bevollmächtigten** zu benennen. Vor allem bei Lebensgemeinschaften.

Die Vollmacht muss klar **verständlich und sachlich verfasst** sein. Enthält die Vorsorgevollmacht Einwilligungen in medizinische Maßnahmen, bei deren Durchführung der Vollmachtgeber sterben oder dauerhaft schweren Schaden nehmen könnte, müssen die **Maßnahmen unmissverständlich benannt werden**. Auch wenn der Bevollmächtigte über das Recht, freiheitsentziehender Maßnahmen oder Unterbringung verfügen soll.

Ebenso muss sie aber auch „Alltagstauglich“ verfasst sein, so dass im Notfall Notarzt, Krankentransport und Krankenhauspersonal auf einen Blick die verfassten Wünsche ersehen können.

Die Erteilung einer Vorsorgevollmacht sollte insbesondere Entscheidungen über folgende Bereiche enthalten:

- Gesundheitsfürsorge/ Pflegebedürftigkeit
- Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten
- Vertretung bei Behörden und Ämtern
- Vermögenssorge
- Post und Fernmeldeverkehr
- Vertretung vor Gericht
- Untervollmacht
- Betreuungsverfügung
- Geltung über den Tod hinaus

Für Bankgeschäfte legen Banken in der Regel eigene **Bankvollmachten** vor. Diese werden vor Ort und im Beisein eines Mitarbeiters ausgestellt. Dies setzt aber eine Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers voraus. Dies bzgl. sollte man sich frühzeitig bei seinem Bankinstitut beraten lassen.

Mit der **Betreuungsverfügung** bestimmt der Vollmachtgeber, wer im **Notfall über das Vormundschaftsgericht eingesetzt werden soll und wer nicht! § 1896 BGB**.

Die Vorsorgevollmacht ist **keine Generalvollmacht**. Sie kann auch nur für einzeln bestimmte Aufgabengebiete erstellt werden.

Gerade im **Bereich der Gesundheitsfürsorge** kann der Bevollmächtigte wichtige Entscheidungen wie z. B. Lebenserhaltende Maßnahmen, alternative Behandlungsformen nicht treffen. Hierzu ist eine **Patientenverfügung zwingend** erforderlich. In der Patientenverfügung wird festgelegt, was der Bevollmächtigte in bestimmten Fällen tun soll.

Die öffentliche **Beglaubigung** der Unterschrift kann die Akzeptanz einer erteilten Vollmacht erhöhen. Die **Vorsorgevollmacht** kann durch die örtlich zuständige Betreuungsstelle (Betreuungsbehörde) oder einen **Notar beglaubigt werden**.

Es besteht die Möglichkeit die **Vorsorgevollmacht in der Bundesnotarkammer registrieren** zu lassen. Hier wird die Vollmacht und alle bevollmächtigten Personen registriert. Muss im Verhinderungsfall eine schnelle Entscheidung getroffen werden, kann das Betreuungsgerecht darauf zurückgreifen.

Beratung Vorsorgevollmacht

Anders als bei der gesetzlichen Betreuung ist der Bevollmächtigte dem Gericht keine Rechenschaft schuldig. Er wird auch nicht durch das Gericht kontrolliert.

Solange der **Vollmachtgeber geschäftsfähig** ist, kann er jederzeit die Vorsorgevollmacht **ändern oder widerrufen**.

Die **notarielle Vorsorge -oder Generalvollmacht** beinhaltet immer eine juristische Beratung und Unterstützung. Es empfiehlt sich immer dann einen juristischen Rat einzuholen, wenn innerhalb der Familienstruktur eine Uneinigkeit herrscht. Die notarielle Vollmacht ist immer kostenpflichtig. Die einmalige Gebühr richtet sich nach dem Vermögen des Vollmachtgebers. Die Mindestgebühr beträgt

60,- €.

Die Vorsorgevollmacht sollte immer auch dem Hausarzt vorgelegt werden.

Die Original Vorsorgevollmacht sollte immer dem Bevollmächtigten direkt ausgehändigt werden, damit dieser im Ernstfall schnell handeln kann.

Für die Erstellung einer **Vorsorgevollmacht** stellt das **Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz ein Formular zur Verfügung**. Um Zweifel an der Echtheit und Wirksamkeit der Vollmacht vorzubeugen, empfiehlt das Bundesministerium, die Vollmacht notariell beurkunden zu lassen.

4. Zuständigkeit/ Verantwortung

Case Management/ MoniKa mit einer Ausbildung zur Pflegefachkraft oder Weiterbildung zum Pflegeberater gem. § 45 SGB XI.

5. Beratungsprozess/ Beratungsschritte

Wenn möglich, wird im Vorfeld des Beratungsgespräches dem Patienten die Informationsbroschüre des Ministeriums der Justiz des Landes NRW zur Verfügung gestellt.

Das Beratungsgespräch kann sowohl in der Häuslichkeit als auch im Büro umgesetzt werden. Im Beratungsgespräch wird die **Wichtigkeit einer vorliegenden Vorsorgevollmacht** vermittelt. Die Selbstbestimmung der Patienten steht hierbei im Vordergrund.

Der Unterschied zur **Betreuungsverfügung, Notarielle Vorsorgevollmacht** und die Abgrenzung zur **Pateintenverfügung** werden ausführlich erklärt.

Es wird empfohlen die Vollmacht regelmäßig (alle 1-2 Jahre) erneut zu überprüfen und ggf. anzupassen, aktuelles Datum sowie die persönliche Unterschrift bestätigen, dass der Patient seinen Willen nicht geändert oder angepasst hat.

Im Gespräch ist folgendes zu klären:

- Zu wem hat der Patient uneingeschränktes Vertrauen?
- Wer ist bereit und in der Lage diese Verantwortung zu übernehmen und ggf. auch auszuführen? Unabhängig seiner eigenen Anschauungen.
- Wer wohnt in der Nähe und hat Zeit?
- Gibt es eine Ersatzperson, 2. Bevollmächtigter?
- Erklärung Betreuungsverfügung

Beratung Vorsorgevollmacht

- Erklärung zur Patientenverfügung bzw. liegt bereits eine vor?
- Klärung offener Fragen
- Ggf. Hilfe beim Ausfüllen

Nachbereitende Aufgaben können sein:

- Abschließende Dokumentation in Theracase
- Feedback an den Hausarzt
- Bei Bedarf Termin Vereinbarung nachfolgender Hausbesuch
- HB Patientenverfügung
- Telefonische Rücksprache nach ca. 3-4 Wochen, Nachfrage der Umsetzung

6. Gesetzliche Grundlagen

<https://dejure.org/gesetze/BGB/164.html>

<https://www.bmjv.de>

<https://www.vorsorgeregister.de>

Beratung Wohnumfeldverbessernde Maßnahme

1. Zweck

Die meisten Menschen möchten möglichst lange in ihrem Zuhause wohnen bleiben. Aber häufig ist die eigene Wohnung nicht optimal auf eine Pflegesituation ausgerichtet. Mit zunehmendem Alter oder mit einer Behinderung verändern sich auch die Anforderungen an das Wohnen. Schmale Türen, Treppenstufen oder ein hoher Einstieg in die Badewanne werden plötzlich zu Barrieren, die entweder bei der Pflege behindern oder für den Pflegebedürftigen zu Stolperfallen werden.

Wer zu Hause pflegt, sollte die Wohnung auf mögliche **Gefahrenquellen** überprüfen.

Als **barrierefreie**, oder zumindest **barrierearme** Wohnung, wird ein Zuhause ohne oder mit nur sehr wenigen Hürden und Stolperfallen bezeichnet.

2. Ziele

Altersgerechtes Wohnen erleichtert die Pflege und schafft Sicherheit auch für pflegende Angehörige. Die Pflege wird durch die Maßnahme ermöglicht und eine selbstständige Lebensführung sichergestellt. Ein Wohnortwechsel soll möglichst vermieden werden.

3. Rahmenvorgaben

Bereits **ab Pflegegrad 1** unterstützt die **zuständige Pflegekasse** kleine sowie große Umbaumaßnahmen. Für notwendige Wohnraumanpassungen zahlt die Pflegeversicherung bis zu **4.000 Euro**. Ein Zuschuss kann auch ein zweites Mal gewährt werden, wenn die Pflegesituation sich so verändert hat, dass erneute Maßnahmen erforderlich werden.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer Wohngruppe zusammen, kann jeder Pflegebedürftige den Zuschuss beantragen. Insgesamt kann eine **Wohngruppe bis zu 16.000 Euro** erhalten.

Die Voraussetzung nach § 40 Abs. 4 SGB XI für eine Wohnumfeldanpassung:

- Die häusliche Pflege wird durch diese Maßnahme ermöglicht.
- Eine erhebliche Erleichterung in der häuslichen Pflege wird durch diese Maßnahme erreicht.
- Die Maßnahme stellt eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wieder her.

Das **Wohnumfeld gilt als barrierefrei**, wenn folgende Punkte erfüllt sind:

- Begehung ohne Stufen oder Schwellen möglich
- Barrierefreies Bad mit z. B. ebenerdiger Duschtasse
- Die Breite der **Türen** beträgt mindestens **80 cm**
- Die Bewegungsflächen im Flur, Bad und Küche beträgt mindestens **120 cm X 120 cm**, **Rollstuhlgerecht 150 cm X 150 cm**
- Vorhandensein von Haltegriffen, Sitz und Aufstehhilfen

4. Zuständigkeit/Verantwortung

Case Management/ Monika mit einer Ausbildung zur Pflegefachkraft oder Weiterbildung zum Pflegeberater gem. §45 SGB XI.

Beratung Wohnumfeldverbessernde Maßnahme

5. Beratungsprozess/Beratungsschritte

Die MoniKa berät umfassend zu den Möglichkeiten der Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Mit Ihrem Rund um Blick erkennt sie die Gefahrenstellen, weist darauf hin und unterstützt im Bedarfsfall bei der Umsetzung.

- Ausführliche Beratung zu den Leistungen „Wohnumfeldverbessernde Maßnahme“ der Pflegeversicherung
- Analyse des Wohnumfeldes
- Beratung zu möglichen Hilfsmitteln
- Ggf. erste Maßnahmen ergreifen
- Sturzprävention
- Je nach Eigenständigkeit der versicherten Unterstützung bei der Antragstellung

Oftmals helfen schon **kleine Änderungen**, um das Leben und die Pflege zu Hause zu erleichtern:

Im Wohnraum:

- Wege frei räumen, Überflüssige Einrichtungsgegenstände entfernen
- Möbel die Fenster versperren entfernen
- Teppiche, Läufer und Fußmatten entfernen, oder befestigen damit sie rutschfest sind
- Stabile Sitzgelegenheit zum An- und Ausziehen von Schuhen
- Zur Erleichterung des Aufstehens und Hinsetzen durch Befestigung von Holzklötzen unter den Füßen oder entsprechenden Sessel mit Aufrichthilfe
- Lose Kabel von Stehlampen, Fernseher oder Telefon verbergen
- Handläufe oder Rampen an Treppen im Innen- und Außenbereich
- Unwichtige Türen aushängen, erleichtert Rollator- oder Rollstuhlfahrern den Zugang zu Räumen

Im Badezimmer

Kleine Installationen erleichtern alltägliche Abläufe im Bad, z. B.

- Leicht bedienbare Hebelarmaturen am Waschbecken
- Haltegriffe in Dusche und an WC
- Stablen Duschhocker- oder Stuhl mit Armlehne
- Sitzerrhöhung für die Toilette
- Einstiegshilfe für die Badewanne
- Nachtlicht

Für das Schlafzimmer:

- ein freier und direkter Zugang zum Bett
- Lichtschalter und Telefon direkt am Bett
- Bett umrüsten, damit es höhenverstellbar ist. Das erleichtert das Aufstehen
- Nachtlicht

Häufig genutzte Steckdosen sollten auf eine **Höhe von 85 cm** erhöht werden.

Zu den **größeren Umbaumaßnahmen**, die mit hohen Kosten verbunden sind, können gehören:

- **Behindertengerechte Bäder:** Einbau ebenerdiger Dusche, Installation eines Badewannenlifters, Höhenverstellbares Waschbecken, erhöhte Toilette

Beratung Wohnumfeldverbessernde Maßnahme

- **Behindertengerechte Küchen:** Tiefer montierte Arbeitsplatten und Unterschränke, Herd und Spülbecken
- Treppenlifte und Aufzüge
- Verbreiterung von Türen
- Abbau von Türschwellen

Ist der Pflegebedürftige lange oder **dauerhaft bettlägerig**, wird ein Zimmer benötigt, das möglichst groß genug für ein Pflegebett und ggf. weitere Hilfsmittel ist. Es sollte hell und freundlich sein. Folgendes ist zu beachten:

- Das Bett sollte möglichst so stehen, dass es von beiden Seiten begehbar ist
- Der Bodenbelag sollte leicht zu pflegen und rutsch fest sein
- Das Zimmer sollte nicht zu voll stehen
- Abstellfläche für Pflegehilfsmittel
- Ausreichende Lichtquellen die vom Bett aus bedienbar sind, Deckenlampe, Wandlampe am Bett, Nachtlicht zur Orientierung
- Zur Kommunikation sollte ein Telefon, eine Klingel oder ein Babyfon am Bett stehen

Bei einem **Barrierefreien Umbau** ist zu beachten:

- Ggf. Einverständnis des Vermieters einholen
- Es müssen mindestens zwei Kostenvoranschläge eingeholt werden
- Antragstellung und Kostenvoranschläge unbedingt vor Aufnahme der Umbaumaßnahme einreichen

Zur Umsetzung und Installierung von Hilfsmitteln unterstützen alle Sanitätsfachgeschäfte. Eine Beratung im häuslichen Umfeld ist auch hier möglich.

Zur Nacharbeitung gehören:

- Vollständige Dokumentation in Theracase
- Feedback an den Hausarzt
- Bei Bedarf Kontaktvermittlung Sanitätshaus
- Bei Bedarf Kontaktvermittlung Sanitärfachhandel
- Hilfestellung bei der Antragstellung Wohnumfeldverbessernde Maßnahme
- Nach 2-12 Wochen, je nach Maßnahme, erfolgt die Telefonische Nachfrage, ob die Maßnahme erfolgreich umgesetzt wurde
- Wurde die Maßnahme durch die Pflegeversicherung abgelehnt, Unterstützung beim Widerspruch, ggf. erneute MDK Begutachtung beantragen

6. Gesetzliche Grundlagen

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/leistungen-der-pflege/wohnumfeldverbessernde-massnahmen.html>

Beratung Wohnumfeldverbessernde Maßnahme

Anmerkung zusätzliche Förderung:

Bei Eigentum und größeren erforderlichen Umbaumaßnahmen besteht zusätzlich, zur Bezuschussung durch die Pflegekasse, die Möglichkeit eine **Förderung durch die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW)** zu beantragen.

Über die Förderung „**Altersgerecht umbauen – Investitionszuschuss**“ können Fördergelder für die unterschiedlichsten Umbaumaßnahmen beantragt werden. Es handelt sich hierbei um zinsgünstige Kredite, bei denen bis zu **maximal 50.000 €** als Kredit aufgenommen werden können.

<https://www.kfw.de/inlandsfoerderung/Privatpersonen/Bestandsimmobilien/Finanzierungsangebote/Altersgerecht-umbauen>

<https://www.kfw.de/inlandsfoerderung/Privatpersonen/Bestandsimmobilien/Barrierereduzierung>

Die Kontaktdaten:

Niederlassung Bonn

KfW Bankengruppe
Ludwig-Erhard-Platz 1-3
53179 Bonn
Tel.: 0228 8 31 - 0
Fax: 0228 8 31 - 95 00

Beratung MDK Begutachtung

1. Zweck

Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird in Deutschland vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (**MDK**) mittels **Pflegegutachten** festgestellt.

Mit dem **Pflegestärkungsgesetz 2** erfolgte zum **1. Januar 2017** die Umstellung der Pflegestufen auf die **Pflegegrade**. Die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade hat zum Ziel, **Bedürfnisse von Demenzkranken stärker zu berücksichtigen**, außerdem werden insgesamt höhere Leistungen für Pflegebedürftige vorgesehen.

Mit dem neuen **Pflegebedürftigkeitsbegriff** wird der **Grad der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen** in unterschiedlichen Bereichen eingeschätzt.

Die MDK Begutachtung dient als Grundlage zur **Einordnung in einen Pflegegrad**. Der MDK verfolgt das Ziel, zu klären inwieweit der **Betroffene pflege- und hilfsbedürftig** ist, um die medizinisch notwendigen Leistungen zu ermöglichen.

Pflegebedürftigkeit bezeichnet einen Zustand, in dem eine Person mit Krankheit oder Behinderung, häufig **altersbedingt**, ihren Alltag dauerhaft nicht mehr selbständig bewältigen kann und deshalb auf Pflege oder Hilfe durch andere angewiesen ist.

2. Ziele

Ziel der Begutachtung ist es, den tatsächlichen pflegerischen und Betreuungsbedarf zu ermitteln und somit die Einstufung in einen Pflegegrad vorzunehmen. Nach dem Pflegegrad richtet sich der mögliche Leistungsumfang durch die Pflegeversicherung.

3. Rahmenvorgaben

Die pflegerelevante Vorgeschichte und Befunde werden vom Gutachter im persönlichen Gespräch aufgenommen. An die Befunderhebung schließt sich die Einschätzung der Selbstständigkeit an.

Die **Selbstständigkeit pflegebedürftiger Menschen kann in verschiedenen Lebensbereichen** eingeschränkt sein. Um genau zu bestimmen, wie viel Unterstützung eine Person benötigt, werden die nachfolgenden sechs Bereiche begutachtet:

➤ Mobilität,

hierbei geht es u. a. darum, abzuklären inwieweit der Pflegebedürftige mobil und in der Lage ist, eigenständig Positionswechsel vorzunehmen. Wie ist die Körperhaltung, Bewegungsabläufe, Treppensteigen,

➤ Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Wie gut ist die örtliche und zeitliche Orientierung, Erkennen von Personen, Einschätzung von Risiken, Alltagsverständnis und Umsetzung mehrschrittiger Alltagshandlungen, Teilnahme an Gesprächen

Beratung MDK Begutachtung

- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
Verhaltensauffälligkeiten, aggressives Verhalten, Wahnvorstellungen, Ängste Depressionen
- Selbstversorgung
Hier geht es um den Bereich der grundpflegerischen Versorgung, Inkontinenz und der Vorbereitung von Mahlzeiten und der Aufnahme von Mahlzeiten
- Bewältigung mit krankheitsbedingten Anforderungen
Hier geht es um den medizinischen Behandlungsbereich, Arztbesuche und Therapie
- Gestaltung des Alltagslebens
Tagesstruktur, Ruhen und Schlafen, Soziale Kontakte

Die Bereiche werden entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag unterschiedlich gewichtet.



Anhand der Grafik kann man erkennen, dass der **Bereich der Selbstversorgung** eine deutliche höhere Gewichtung hat.

Der Pflegegrad wird von genau festgelegten Berechnungsregeln zusammengeführt. Diese Berechnungsregeln sind nach pflegefachlichen Gesichtspunkten von Pflegewissenschaftlern erarbeitet worden.

Aus dem sich ergebenden Gesamtpunktwert wird der Pflegegrad abgeleitet.

Je höher der Pflegegrad ist, desto höher ist am Ende auch der Leistungsanspruch.

- Pflegegrad 1: 12,5 bis unter 27 Punkte
- Pflegegrad 2: 27 bis unter 47,5 Punkte
- Pflegegrad 3: 47,5 bis unter 70 Punkte
- Pflegegrad 4: 70 bis unter 90 Punkte
- Pflegegrad 5: 90 bis 100 Punkte

Beratung MDK Begutachtung

In der MDK Beratung stellt der Gutachter bereits fest, welche weiteren Maßnahmen wie z. B. medizinische Rehabilitation, individuelle **Hilfs- und Pflegehilfsmittel** oder **Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen** den Alltag erleichtern und somit die bestehende Pflegebedürftigkeit positiv verbessern.

Der Gutachter kann direkt vor Ort Hilfsmittel empfehlen, stimmt der Pflegebedürftige zu, gilt dies **bereits als Antrag**. Eine separate Antragstellung und damit verbundener schriftlicher Aufwand, sowie eine ärztliche Verordnung, entfallen.

Das gleiche gilt für **medizinische Rehabilitationsmaßnahmen**. Ist der Pflegebedürftige aktiv in der Lage an der Umsetzung mitzuwirken und einverstanden, führt das Gutachten im Anschluss automatisch zu einem Rehabilitationsantrag.

Alle empfohlenen Maßnahmen dienen dazu, eine Krankheit oder Pflegebedürftigkeit positiv zu beeinflussen und bestehende Fähigkeiten zu erhalten, ggf. wiederherzustellen oder sie zu verbessern.

Der Antrag auf eine Pflegeeinschätzung oder ggf. Höherstufung wird zunächst bei der zuständigen Pflegekasse gestellt. Auch die telefonische Mitteilung an die zuständige Pflegekasse wird bereits als Antragstellung gewertet. **Der Zeitpunkt der Antragstellung ist für den Leistungsbeginn entscheidend**. Der Leistungsbescheid erfolgt nach Begutachtung über die zuständige Pflegekasse.

In besonders dringenden Fällen z. B. Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalt erfolgt zunächst eine Einschätzung nach Aktenlage. Die persönliche Begutachtung findet zu einem späteren Zeitpunkt statt.

Die Pflegekasse beauftragt den MDK mit der Pflegebegutachtung. Der MDK setzt sich zur Terminvereinbarung zunächst schriftlich mit dem Versicherten in Verbindung. Die persönliche Begutachtung findet in der Regel in der Häuslichkeit oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung statt.

Pflegende Angehörige oder der gesetzliche Betreuer sollten an der Begutachtung auf jeden Fall teilnehmen. Falls vorhanden sollten Krankenhaus- und Reha Berichte, Arztbriefe sowie ein aktueller Medikamentenplan bei der Begutachtung griffbereit vorliegen. Ist bereits ein Pflegedienst involviert, sollte auch die Pflegedokumentation bereitgelegt werden.

Achtung!

Auf Grund der aktuellen Corona Pandemie finden derzeit ausschließlich telefonische Begutachtungen statt. Hierzu versendet der MDK im Vorfeld einen Fragebogen an den Versicherten mit der Bitte, diesen auszufüllen und im Vorfeld an den MDK zurück zu schicken.

Wer führt die Begutachtung durch

In der Regel kommen speziell ausgebildete Pflegefachkräfte oder Ärzte des MDK zum Hausbesuch. Im Gespräch zwischen Gutachter, Pflegebedürftigem und Pflegenden Angehörigen sollte immer offen geschildert werden, welche Beeinträchtigungen und pflegerischen Herausforderungen den Alltag erschweren. Wobei Hilfe und Unterstützung zwingend benötigt.

Während der Begutachtung wird auch ermittelt, welche Hilfsmittel bereits zur Verfügung stehen oder ggf. erforderlich sind, um den Pflegealltag so zu gestalten, dass der Pflegebedürftige die größtmögliche Eigenständigkeit behält oder wiederhergestellt werden kann und pflegende Angehörige entlastet werden. Der Hausbesuch des MDK Gutachters kann bis zu einer Stunde dauern.

Beratung MDK Begutachtung

4. Zuständigkeit/Verantwortung

Case Management/ Monika mit einer Ausbildung zur Pflegefachkraft oder Weiterbildung zum Pflegeberater gem. §45 SGB XI.

5. Beratungsprozess/Beratungsschritte

Im Beratungsgespräch durch unsere Monika werden Patienten und deren Angehörige die Richtlinien der MDK Begutachtung vermittelt. Es wird eine vorab Einschätzung vorgenommen, um so zu verhindern, dass falsch Erwartungen entstehen. Bei Bedarf wird bei der Auslösung des Erstantrags oder der Höherstufung unterstützt. Im Verlauf hat der Patient oder dessen Angehörigen die Möglichkeit der Kontaktaufnahme, so sie Hilfestellung beim Ausfüllen des MDK Fragebogens benötigen

- Beratung in der Häuslichkeit oder über den telefonischen Kontakt
- Assessment
Einschätzung der unterschiedlichen Bereiche: **Mobilität, Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen, Selbstversorgung, Bewältigung krankheitsbedingter Anforderungen, Gestaltung des Alltagslebens**
- Welche Hilfsmittel werden ggf. benötigt
- Ist eine Wohnumfeldverbessernde Maßnahme erforderlich
- Erstantrag/ Höherstufung werden je nach Bedarf ausgelöst
- Weiterleitung an die Pflegekasse

Zur Nacharbeitung des Beratungseinsatzes gehören:

- Vollständige Dokumentation in Theracase
- Feedback an den Hausarzt
- Ggf. Weiterleitung des Antrages an die Pflegekasse
- Terminierung telefonische Nachfrage nach 4-6 Wochen
- Nachfolgetermin Beratung bei Vorliegen des Pflegegrades, siehe AA Pflegegrad
- Bei Ablehnung des Pflegegrades ggf. Unterstützung zur Umsetzung Widerspruch durch den Versicherten

6. Gesetzliche Grundlagen

<https://www.mdk.de/>

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Praxisseiten_Pflege/1.5_Pflegestaerkungsgesetz.pdf

Expertenpanel Vermeidung von Hospitalisierungen. Indikation: Kardiologie

Leverkusen, 6. Juni 2018

Mam | bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

- Begrüßung – warum bin ich heute hier?
- Mambo – worum geht es?
- Ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK) als Verbesserungschance
- Sekundärdatenanalyse des Bedarfsmanagements
- Diskussion

- **Begrüßung – warum bin ich heute hier?**
- Mambo – worum geht es?
- Ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK) als Verbesserungschance
- Sekundärdatenanalyse des Bedarfsmanagements
- Diskussion

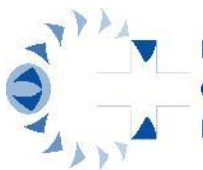
- Begrüßung – warum bin ich heute hier?
- **Mambo – worum geht es?**
- Ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK) als Verbesserungschance
- Sekundärdatenanalyse des Bedarfsmanagements
- Diskussion

Mambo ist eine Initiative zur Verbesserung der Koordination in der ambulanten Versorgung multimorbider Patienten

- Fokus liegt auf betreuungsintensiveren Patienten
- Früherkennung von Eskalationen
- Stabilisierung der Alltagssituation / Vermeidung unnötiger Krankenhaus-Einweisungen
- Entlastung des Arztes von nicht-ärztlichen Aufgaben / Delegation + Erhalt zusätzlicher Patienteninformationen durch „MoniKa“ und ggf. MFA
- Multimorbidität = Multimedikation: Erhöhung Therapieadhärenz + Therapiesicherheit

START
1. Juli
2017

Projektpartner



Regionales
Gesundheitsnetz
Leverkusen eG

pronovaBKK
Partner für Ihre Gesundheit

Umsetzungsbegleitung

3CON connection
conception
conversion

Wissenschaftliche
Evaluation

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationwissenschaft

i:mvr

Für die Umsetzung einer Verbesserungsmaßnahme in den Strukturen sind drei Schritte notwendig

- Identifikation relevanter **Verbesserungsbedarfe** aus der Versorgungspraxis (VM) und Datenanalyse (BM)
- Entwicklung geeigneter **Ansätze**, um Bedarfe zu adressieren

1

Mit den betroffenen Akteuren im System (z.B. Monikas, Ärzte, MFAs) **Übersetzung** der Konzepte in konkrete, individuelle Alltags-Aktivitäten

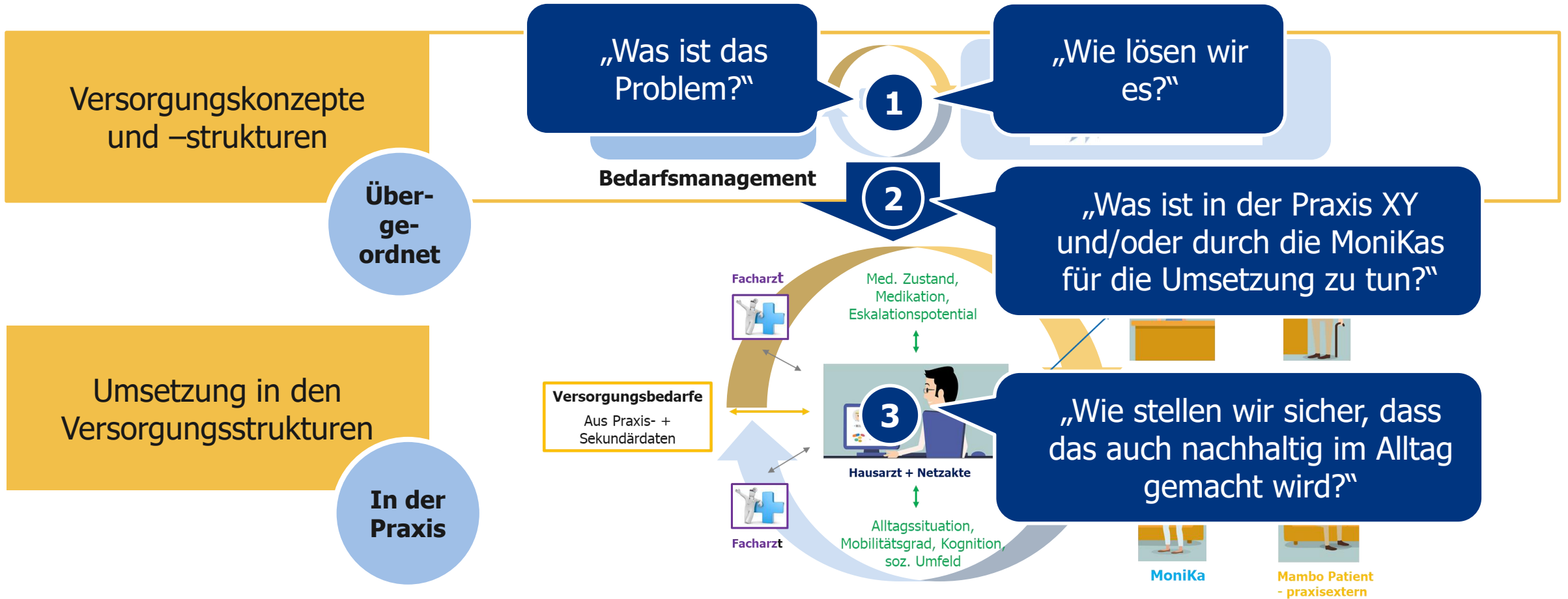
2



3

- Umsetzung in der Breite des Systems durch die Akteure
- Start der Wirksamkeit am Patienten

Diese drei Schritte werden bei Mambo partnerschaftlich von der pronova BKK (Bedarfs-) und dem Ärztenetz (Versorgungsmanagement) gegangen



Das Expertenpanel unterstützt die Versorgungsmanagerin bei der anwendungsorientierten Definition von Versorgungsverbesserungen



- Begrüßung – warum bin ich heute hier?
- Mambo – worum geht es?
- **Ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK) als Verbesserungschance**
- Sekundärdatenanalyse des Bedarfsmanagements
- Diskussion

Kardiologische Krankheiten führen die Liste der ASK-Diagnosegruppen an

Diagnosegruppe	Anzahl der Fälle (in Tsd.) [absteigend]	Anzahl der vermeidbaren Fälle (in Tsd.)	Prozentsatz der vermeidbaren Fälle	Anzahl verm. Fälle * Prozentsatz der Notfälle	Prozentsatz der Notfälle	Häufigste medizinische Maßnahme zur Reduzierung von ASK	Häufigste systemische Maßnahme zur Reduzierung von ASK
Ischämische Herzkrankheiten	426	260	61%	75.4	29%	MoCD	ICT
Herzinsuffizienz	381	246	64%	81.18	33%	MoCD	ICT
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	370	282	76%	86.01	30.50%	MoCD	ICT
Bronchitis & COPD	320	245	76%	138.43	56.50%	MoCD	ICT
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioi	315	209	66%	135.85	65%	OPP	ICT
Rückenbeschwerden	284	231	81%	84.32	36.50%	OPP	ICT
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	279	231	83%	132.83	57.50%	OPP	ICT
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	263	202	77%	110.09	54.50%	MoCD	OPP
Infektiöse Darmkrankheiten	259	195	75%	110.09	54.50%	MoCD	OPP
... Pneumonie	255	175	69%	100.6	40.0%	MoCD	OPP

Diagnosegruppe	Tsd. [absteigend]	vermeidbare Fälle (in Tsd.)	vermeidbare Fälle (%)	Fälle * Prozentsatz der Notfälle	Prozentsatz der Notfälle	häufigste medizinische Maßnahme zur Reduzierung von ASK	systemische Maßnahme zur Reduzierung von ASK
Ischämische Herzkrankheiten	426	260	61%	75.4	29%	MoCD	ICT
Herzinsuffizienz	381	246	64%	81.18	33%	MoCD	ICT
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	370	282	76%	86.01	30.50%	MoCD	ICT
Bronchitis & COPD	320	245	76%	138.43	56.50%	MoCD	ICT
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioi	315	209	66%	135.85	65%	OPP	ICT
Rückenbeschwerden	284	231	81%	84.32	36.50%	OPP	ICT
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	279	231	83%	132.83	57.50%	OPP	ICT
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	263	202	77%	110.09	54.50%	MoCD	OPP
Infektiöse Darmkrankheiten	259	195	75%	110.09	54.50%	MoCD	OPP
... Pneumonie	255	175	69%	100.6	40.0%	MoCD	OPP
Grippe und Pneumonie	250	175	69%	100.6	40.0%	ETdD	ICT
Bluthochdrücke	250	202	81%	110.09	54.50%	ETdD	ICT
Depressive Störungen	211	139	66%	53.8	30.50%	MoCD	ICT
Diabetes mellitus	196	160	81%	59.2	37%	MoCD	ICT
Sonstige	187	147	78%	4.4	4%	MoCD	ICT
Wahlheiten der Sehlinn und Weichteilgewebe	183	134	73%	20.77	11.50%	ETdD	ICT
Sonstige vermeidbare psychische und Verhaltensstörungen	175	129	74%	62.57	48.50%	MoCD	ICT
Krankheiten des Auges	153	124	81%	9.92	6%	MoCD	ICT
Krankheiten des Nervensystems	146	107	73%	68.57	54.50%	ETdD	ICT
Schlafstörungen	127	105	83%	5.76	5.50%	MoCD	ICT
Infektionen der Haut und der Unterhaut	125	90	72%	51.84	54%	ETdD	ICT
Mangelernährung	92	72	78%	23.55	25.50%	OPP	ICT
Zahn- und Mundhöhlenkrankungen	90	75	83%	51.4	57.50%	OPP	ICT

Tabelle 4: Anzahl der Krankheitsfälle, Grad der Vermeidbarkeit und Anteil der Notfälle sowie die Kombination aus dem Jahr 2012, Maßnahme MoCD: Maßnahme ambulanter Erkrankungen, OPP: Sonstige Präventionsmaßnahmen durch Verhaltensmaßnahmen, ETdD: Behandlung von Akuterkrankungen und Strategien zur Reduzierung von ASK, ICT: Kardiologische Behandlung verbessern

Ambulant sensitive Diagnosen als ein Qualitätsindikator der ambulanten Versorgung

- Annahme: Krankenhausfälle können durch effektives Management + effektive Akutbehandlungen chronischer Erkrankungen vermieden werden
- Erhöhte Rate ambulant-sensitiver Krankenhausfälle = Defizite im Zugang zum ambulanten Sektor oder/und Defizite der Qualität im ambulanten Sektor
- Externe (potenziell verzerrende) Faktoren beeinflussen den Zusammenhang zwischen der Güte des ambulanten Sektors und den Krankenhausaufenthalten infolge ASD
- Konsentiierte Liste von 22 Diagnosegruppen

ASK als erstes Handlungsfeld von Bedarfs- und Versorgungsmanagement ausgewählt

- Begrüßung – warum bin ich heute hier?
- Mambo – worum geht es?
- Ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK) als Verbesserungschance
- **Sekundärdatenanalyse des Bedarfsmanagements**
- Diskussion

Sekundärdaten verdeutlichen die Chancen, die in einer Verbesserung der ambulanten Versorgung für Patienten und die Systemteilnehmer liegen

- In 2017 wurden gut 7.000 pronova BKK Patienten mit kardiologischen ASK als HD im Raum Leverkusen behandelt, davon:
 - **1.000 Patienten mit KHK (I20, I25)**, ohne weitere Eingriffe
Kosten: 2,3 Mio. EUR
 - **172 Patienten mit HI (I50)**
Kosten: 430.000 EUR
 - **174 Patienten mit Hypertonie (I10)**, ohne schwerwiegende Komplikationen oder Komorbiditäten
Kosten: 400.000,- EUR

Wie kommen die Daten zustande?

- pn-Versicherte in LEV: ca. 50.000
- Betrachtungszeitraum: 1 Jahr
- Filter auf Hauptdiagnosen, ASK (Sundmacher L. et al., 2015)
- Zusätzliche Eingrenzung auf Kurzlieger (<4 Tage, Ø 2 Tage)
- Ausschluss Patienten mit Eingriff / OPS-Code, schwerwiegenden CC

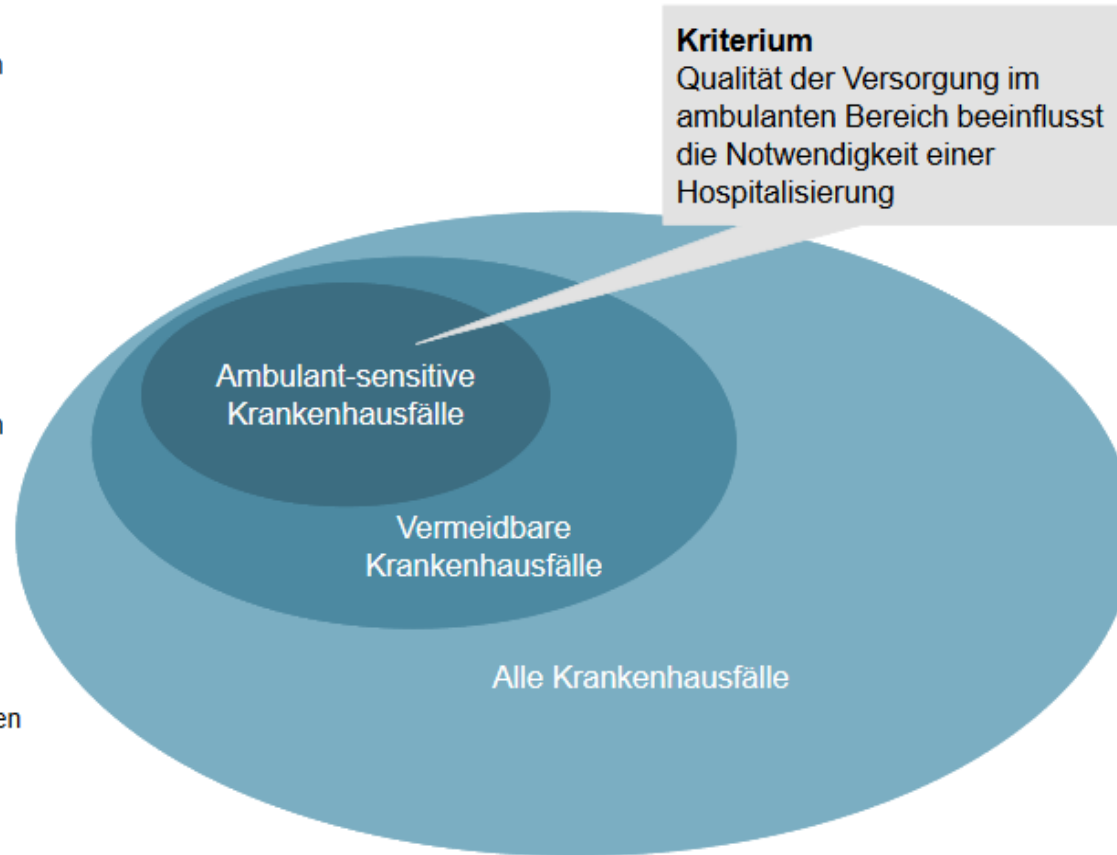
- Begrüßung – warum bin ich heute hier?
- Mambo – worum geht es?
- Ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK) als Verbesserungschance
- Sekundärdatenanalyse des Bedarfsmanagements
- **Diskussion**

Themen und Ziele des Expertenpanels

- Begrüßung und Vorstellungsrunde (warum ist das Thema für mich interessant)
- Mambo – worum geht es eigentlich?
- KVP: Veränderung der gelebten Versorgungspraxis
- Ambulant Sensitive Krankenhausfälle (ASK) – wovon sprechen wir genau?
- Sekundärdatenanalyse „Herzinsuffizienz“ der pronova BKK
- Ziele:
 - Gleiches Verständnis für das Patientenbild
 - Welche Fälle sind zu vermeiden?
 - Konkret unterstützende Maßnahmen zur Vermeidung ASK Herzinsuffizienz für Hausarzt, MFA, MoniKa
 - Ggf. Umsetzung und weiteres Vorgehen

Krankheitsmanagement: Ambulant sensitive Krankhausfälle - Abgrenzung

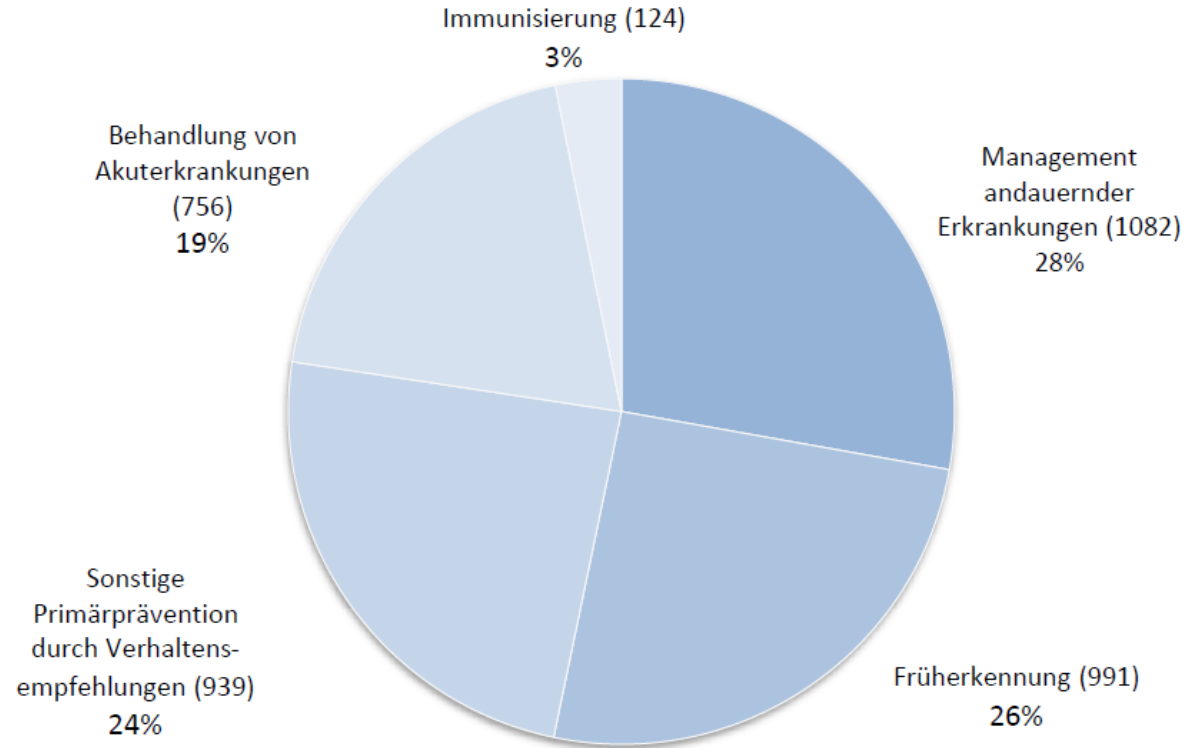
- ❖ Leistungen, die auch ambulant erbracht werden können (Herzkatheter, Glaukom-OP) • Veränderungsfaktor medizinischer Fortschritt
- ❖ Ambulant-sensitive Notfälle • Fehlsteuerung
- ❖ Ambulant-sensitive Krankenhausfälle • Defizite in der ambulanten Versorgung; Krankenhausstruktur
- ❖ Leistungen, welche die Qualität sektorenübergreifender Behandlung anzeigen können (Myokardinfarkt, Schlaganfall) • Indikatoren



Quelle: Sundmacher

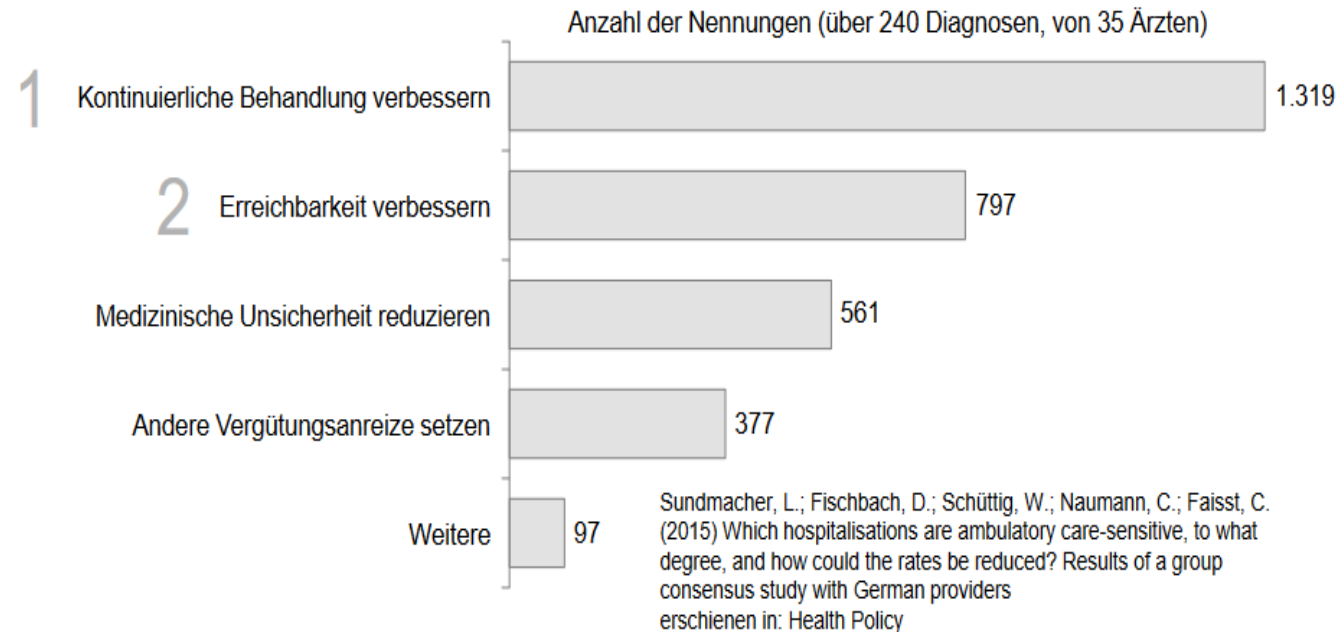
2

Krankheitsmanagement: Medizinische Behandlungen zur Reduktion von Krankenhausaufenthalten infolge von ASDF



Quelle: Sundmacher et.al. 2015: Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen Deutschland

Krankheitsmanagement: Mögliche systemische Maßnahmen zur Reduktion von Krankenhausaufenthalten infolge von ASD



In einer detaillierten Analyse sind diese Ergebnisse auf Ebene einzelner Krankheiten zu untersuchen und genauer zu bewerten

Quelle: Sundmacher et.al. 2015: Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen Deutschland

Evaluation Mambo – kurzer Abgleich

- **Innovationsimplementierung Praxis (Nützlichkeit des Change Managements)**
- **Auswertung der Sekundärdaten bzgl. 3 paradigmatischer Krankheitsfelder**
 - Herzinsuffizienz (Anzahl Dekompensationen senken)
 - COPD (Anzahl Exazerbationen senken)
 - Vorhofflimmern (TIA/Schlaganfall vermeiden)
- **Auswertung Sekundärdaten bzgl.**
 - Inanspruchnahme Fachärzte gleicher Fachrichtung (Anzahl senken)
 - Anzahl Kontakte ärztl. Bereitschaftsdienst
 - Raten der amb.-sensitiven KH-Einweisungen senken (Ischämische Herzkrankheit, Krankheiten der Sehnen und Weichteile, Sonstige Herzkreislauferkrankungen)
- **Summative Evaluation: Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität**
 - Befragung Patienten, Ärzte, Praxispersonal, BM, VM
- **Einbezug der zu evaluierenden Sekundärdaten in die Projektausrichtung und MoniKa-Tätigkeit**

Eingangs-Assessment

Patientenname + Geburtsdatum:

Beratung erfolgte am: durch

Anwesende:

1. Beratungsschwerpunkte

- Information Beratung Care und Case Management

2. Falltyp:

- Ersteinsatz Folgeeinsatz Akuter Einsatz Einsatz wg. Veränderungen

3. Lebens- und Pflegesituation des Patienten

Wohnsituation:

- Haus
 Wohnung
 Pflegeheim
 Betreutes Wohnen
 Sonstiges:

Hilfspersonen:

- Verwandte
 Freunde
 Nachbarn
 Ambulanter Pflegedienst
 24 h Pflege
 Haushalts- / Reinigungshilfe
 SPZ
- Betreuer
 Sonstige:

Notiz:

Soziales Umfeld:

- Alleinlebend
 Mit Ehe-/Lebenspartner
 Wohnt bei Angehörigen
 Angehörige in der Nähe
 Angehörige in der Ferne
 Keine Angehörigen

Pflegegrad:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 | <input type="checkbox"/> liegt vor |
| <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 | <input type="checkbox"/> muss beantragt werden |
| <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 | <input type="checkbox"/> wurde bereits beantragt |
| <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 | <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt |
| <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 | <input type="checkbox"/> Umstellungsantrag erforderlich |
| | <input type="checkbox"/> Widerspruch/Klage eingelegt |

Derzeitige Leistungen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pflegegeld | <input type="checkbox"/> Teilstationäre Leistungen |
| <input type="checkbox"/> Sachleistungen | <input type="checkbox"/> Vollstationäre Leistungen |
| <input type="checkbox"/> Kombinationsleistungen | <input type="checkbox"/> Betreuungs-/Entlastungsleistungen |
| <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege |

Finanzielle Situation

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ausreichend | <input type="checkbox"/> nicht ausreichend |
| <input type="checkbox"/> Grundsicherung | <input type="checkbox"/> Wohngeld |
| <input type="checkbox"/> Handlungsnotwendigkeit | |

Diagnosen:

Ärztliche und pflegerische Leistungen:

Hausarzt:

Facharzt:

Facharzt:

Therapeut:

Pflegedienst:

Pflege-/Hilfsmittel	Vorhanden	Ungenutzt	Benötigt
<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Kein Bedarf			
Gehhilfen, u.a. Gehstock, Unterarmgehstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegerollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl/Urinflasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompressionsstrümpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbrauchsmaterial (Stoma, PEG, DK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BZ-Messgerät/Insulinpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruckmessgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haltegriffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauerstoffkonzentrator /-gerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschstuhl/-hocker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badewannensitz/-lift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegebett/elektr. Einlegerahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeverbrauchsmittel, u.a. Handschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Hilfsmittel/Bemerkungen:	<input type="checkbox"/> Abholung veranlassen		<input type="checkbox"/> Verordnung durch den Arzt erfolgt durch:

5. Kurze Erläuterung der derzeitigen Pflegesituation/Allgemeinzustand

6. Medikamentenversorgung:

Dosierung und Einnahme erfolgen selbständig

Hilfe ist erforderlich: beim Stellen und/oder bei der Einnahme der Medikamente

Durch wen:

Medikamentenversorgung ist nicht sichergestellt – weitere Maßnahmen sind einzuleiten

Medikamente:

1 - Wirkstoff / Handelsname

2 - Stärke / Form

3 - morgens / mittags / abends / zur Nacht

4 - Grund

6. Persönlicher Hilfebedarf (Ist-Zustand)

Modul 1: Mobilität

Alltagsbewältigung, mobil außer Haus, mobil im Wohnbereich, Treppensteigen

selbständig Unterstützungsbedarf unselbständig

Sturzgefahr: Ja Nein

Erläuterungen:

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch

selbständig Unterstützungsbedarf unselbständig

Sturzgefahr: Ja Nein

Demenz: Ja Nein

Depression: Ja Nein

Erläuterungen:

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen

nie/selten häufiger pro Woche täglich

Demenz: Ja Nein

Depression: Ja Nein

Erläuterungen:

Modul 4: Selbstversorgung

Ernährung

ausreichend, regelmäßig

Trinkmenge

nicht ausreichend, unregelmäßig

Gewicht

besondere Ernährungsform

Größe

Unterstützungsbedarf

BMI

Kontinenz

kontinent

Katheter

inkontinent Harn

Inkontinenzmaterial vorhanden

inkontinent Stuhl

Inkontinenzmaterial zu organisieren

Erläuterungen

Bewältigung der Alltagssituation

Körperhygiene, An- und Auskleiden, Toilettenbenutzung

selbständig

Unterstützungsbedarf

unselbständig

Medikation, Injektionen, regelmäßige Messtechniken, Verband- und Wundversorgung, Arzt- und
 Therapeutenbesuche, Einhalten therapie- oder krankheitsbedingter Verhaltensvorschriften

selbständig

Unterstützungsbedarf

unselbständig

Erläuterungen

Modul 5: Gestaltung des Alltagslebens

Gestaltung des Tagesablaufes, sich beschäftigen, zukunftsgerichtet Planungen

selbständig Unterstützungsbedarf unselbständig

Haushaltsführung

Einkaufen, Zubereitung der Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten, Wäsche, Erledigen von Behördengängen

selbständig Unterstützungsbedarf unselbständig

Soziale Einbindung

Tagesstrukturierende Maßnahmen, Aktivierung, Einbindung in das soziale Umfeld

gedeckt nicht gedeckt nicht erwünscht

Erläuterungen

7. Pflegerische Hilfen - SGB XI Leistungen der Pflegeversicherung

Pflegegeld Ja Nein

Sachleistungen Ja Nein

Kombinationsleistungen Ja Nein

Antrag auslösen Höherstufungsantrag auslösen

Erläuterungen

Einbindung weitere Dienstleistungen/Dienstleister

- | | | | |
|---|---|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hausnotruf | <input type="checkbox"/> ambulanter Pflegedienst | <input type="checkbox"/> SPZ | <input type="checkbox"/> 24 h-Betreuung |
| <input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen | <input type="checkbox"/> Betreuung-/Entlastungsleistungen | | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel | <input type="checkbox"/> stationäre Pflege | | |

Erläuterungen

8. Hilfen - SGB V Leistungen der Krankenversicherung

Häusliche Krankenpflege/Heilmittel

Pflege

Heilmittel

9. Hilfen nach SGB IX – Schwerbehinderung und Rehabilitation

Schwerbehindertenausweis

Grad der Behinderung

aG G H GI B BI RF AK

Befristung unbefristet GI

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Erläuterungen

10. Hilfen nach SGB XII – Grundsicherung

Einzuleitende Maßnahmen

- | | | | | |
|--|---|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Rente | <input type="checkbox"/> Betriebsrente | <input type="checkbox"/> Witwenrente | <input type="checkbox"/> Beihilfe | <input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaft |
| <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter | <input type="checkbox"/> Erwerbsminderung | <input type="checkbox"/> Wohngeld | | |
| <input type="checkbox"/> Pflegewohngeld | <input type="checkbox"/> Hilfen zum Lebensunterhalt | <input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflegebett | | |
| <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe | <input type="checkbox"/> persönliches Budget | | | |

Erläuterungen

11. Medizinische Versorgung - Allgemein

Teilnahme am DMP

Facharztbesuche regelmäßig Frequenz/Jahr

unregelmäßig Frequenz/Jahr

Koordination Facharztbesuche Ja nicht erforderlich nicht erwünscht

Fachrichtung

Krankenhausaufenthalte

Häufigkeit in den letzten 12 Monaten

kein Mal

1 bis 2 Mal

mehr als 2 Mal

Grund des Aufenthaltes

geplant wegen

ungeplant wegen

Prädiktoren zur Krankheitseskalation

12 Medizinische Versorgung – Herzinsuffizienz

Diagnose Herzinsuffizienz ja nein

Stadium der Herzinsuffizienz

NYHA 1 NYHA 2 NYHA 3 NYHA 4

Bluthochdruck

Werte zwischen

gut eingestellt selten/manchmal Schwankungen schlecht eingestellt

Erläuterungen

Ödeme nie selten häufig

Erläuterungen

Atembeschwerden nie selten häufig

Erläuterungen

MoniKa Workshop

Mam | bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Das Ziel ist die aktuellen Tätigkeiten der MoniKa an konkreten Beispielen zu verstehen & diese mit den Abstimmungsprozessen weiterzuentwickeln

1

- Was fehlt noch?
- Was ist unnötig?
- Was ist besonders wertvoll?

Aktuelle Tätigkeiten der MoniKa an konkreten Beispielen verstehen

2

- Wie muss die Abstimmung und Kommunikation mit den Praxen laufen?
- Was kann besser werden?
- Wo sind besondere Hindernisse und Herausforderungen?

Die Ziele von Mambo sind es die Lebensqualität der Patienten und der Ärzte zu verbessern so wie die Versorgungseffizienz zu erhöhen

Lebensqualität Patient

Der Gesundheitszustand der Patienten wird erhalten und verbessert durch

- Erhöhte „Kümmerzeit“
- Erhöhung Therapiesicherheit und –zufriedenheit
- Erhöhung der Therapieadhärenz
- Vermeidung von Krankenhausesweisungen

Entlastung Arzt

Die Ärzte werden entlastet durch

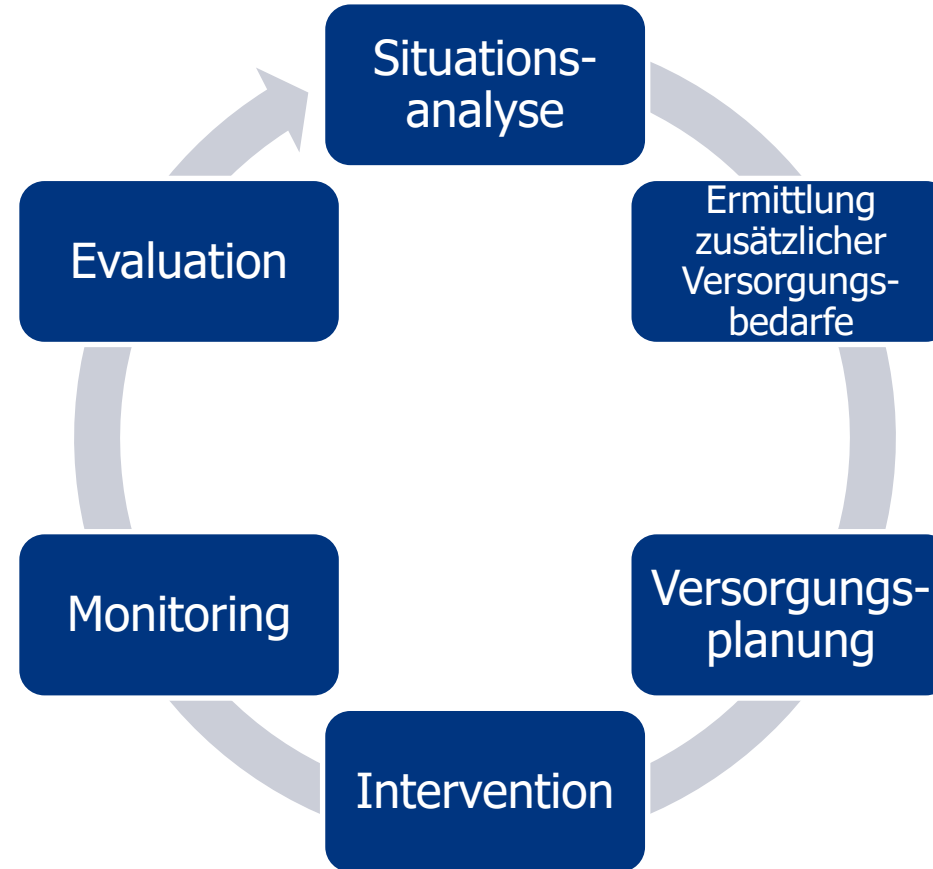
- Delegation von Leistungen
- Unterstützung in der praxisübergreifenden Koordination
- Entlastung bei der Informationsbeschaffung
- Verstärkte ganzheitliche Betrachtung des Krankheitsgeschehens

Versorgungseffizienz

Die Versorgungseffizienz im Gesamtsystem wird erhalten und verbessert durch

- Transparenz und Informationen
- Schrittweise Optimierung der Versorgungsabläufe
- Geringere Krankheitseskalationen
- Vermeidung von Krankenhausesweisungen

Der MoniKa-Prozess orientiert sich an dem bewährten Case-Management-Ansatz zur strukturierten Versorgung



Nicht nur für das Gehirn gilt: Vernetzung ist alles! Die MoniKa kombiniert Fall- und Systemmanagement

... kennt die Situation des Patienten

- Individuelle Problemlage und Bedürfnisse
 - Fachlicher Blick & Situationsanalyse, Unterstützung & Koordination



Fall Management

Stärkung bzw. Stabilisierung der gesundheitlichen und sozialen Situation des Einzelnen
Einbindung eigener Ressourcen sowie die der An- und Zugehörigen

... kennt die Angebote des Versorgungssystems

- Ermöglichung von Hilfsangeboten durch Überprüfung der Refinanzierung
 - Wissen um professionelle und angrenzende Hilfsangebote



System Management

Organisation und Koordination der Versorgungsleistungen
Förderung der Zusammenarbeit der Institutionen

... vermittelt für den Einzelfall angemessene und passgenaue Versorgung

Trotz der vielfältigen Einsatzmöglichkeiten der MoniKa ergibt sich nur eine Hand voll von Abstimmungsprozessen

Aktive Abstimmungsprozesse

- Erstkontakt
 - Einschreibeunterlagen Patient
 - MoniKa-Auftrag
- Info von MoniKa an Praxis
 - Aktive Rückmeldung zu jedem Patientenkontakt
 - Handlungsempfehlung (z.B. Hilfsmittel)
 - Handlungsempfehlung akut (z.B. offene Wunde)

Aktive Abstimmungsprozesse

- Info von Praxis an MoniKa
 - Zu jeweiligem Patientenkontakt?
 - Rückmeldung zu Handlungsempfehlung
 - Rückmeldung zu Handlungsempfehlung akut
 - Zusätzliche Rückmeldung zum Behandlungsverlauf

Die MoniKa ermöglicht eine Vielzahl von Leistungen - Welche der Leistungen sind aus Sicht des Arztes am wichtigsten?

Leistungen

- Zusätzliche „Kümmerzeit“ für den Patienten
- Analyse der häuslichen Situation
- Identifikation von Eskalationsrisiken
- Erstellung eines Lagebildes der Versorgungssituation
- Erkennen & Adressieren von Versorgungslücken
- Koordination von Arztbesuchen, Krankentransporten etc.
- Entlastung bei „unnötigen“ Hausbesuchen
- Übernahme von Patienteninformationsgesprächen (z.B. Ernährung & Pflegegrad)
- Verzahnung mit nicht-ärztlichen Leistungen (z.B. Pflege & Soziales)

Menschen ambulant betreut, optimal versorgt!

Mambo, ein Versorgungsprojekt der Zukunft

Mam | bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Mambo – von der Idee zum Projekt

Die Ausgangslage:

Die Zahl der multimorbid erkrankten Menschen steigt und mit ihr auch der Versorgungsbedarf dieser Patienten

Patienten benötigen mehr Zeit im Arztgespräch für nicht direkte, medizinische Fragestellungen



ca. 15.000 multimorbide PatientInnen
der pronova BKK leben in Leverkusen

davon werden
ca. 7.600 PatientInnen
bereits im Gesundheitsnetz versorgt

Mambo – von der Idee zum Projekt

- › Etablierung neuer Versorgungsstrukturen, die Ärzte und Patienten gleichermaßen unterstützen
- › Fokus auf multimorbiden und betreuungsintensiveren Patienten
- › Entlastung des Arztes von nicht-ärztlichen Aufgaben (Delegation)
- › Stabilisierung der Alltagssituation und Verbesserung der Lebenszufriedenheit
- › Vermeidung unnötiger Krankenhaus-Einweisungen
- › Aufbau eines kooperierenden Teams rund um den Patienten



Die Mambo-Partner

Neue Versorgungsformen Übersicht Förderung nach Themenfeldern

Themenfelder	Anzahl Förderung
Versorgungsmodelle in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten	4
Modellprojekte zur Arzneimitteltherapie sowie Arzneimitteltherapiesicherheit	4
Versorgungsmodelle unter Nutzung von Telemedizin, Telematik und E-Health	6
Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen	10
Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen	4
Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung	4
Verbesserung der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten und Förderung der Gesundheitskompetenz	9
Versorgungsmodelle für Menschen mit Behinderungen	4
Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle	9
Krankheitsübergreifende Versorgungsmodelle	1
Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen	15
Versorgungsmodelle für vulnerable Gruppen	4
Versorgungsmodelle mit übergreifender und messbarer Ergebnis- und Prozessverantwortung	2
Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und –prozessen	7
Themenoffen	36
Gesamt	119



Der Innovationsfonds: Stand der Dinge

Seite 21 | Dezember 2018

Projektpartner



pronovaBKK
Partner für Ihre Gesundheit

Umsetzungsbegleitung

Change-Management Experten

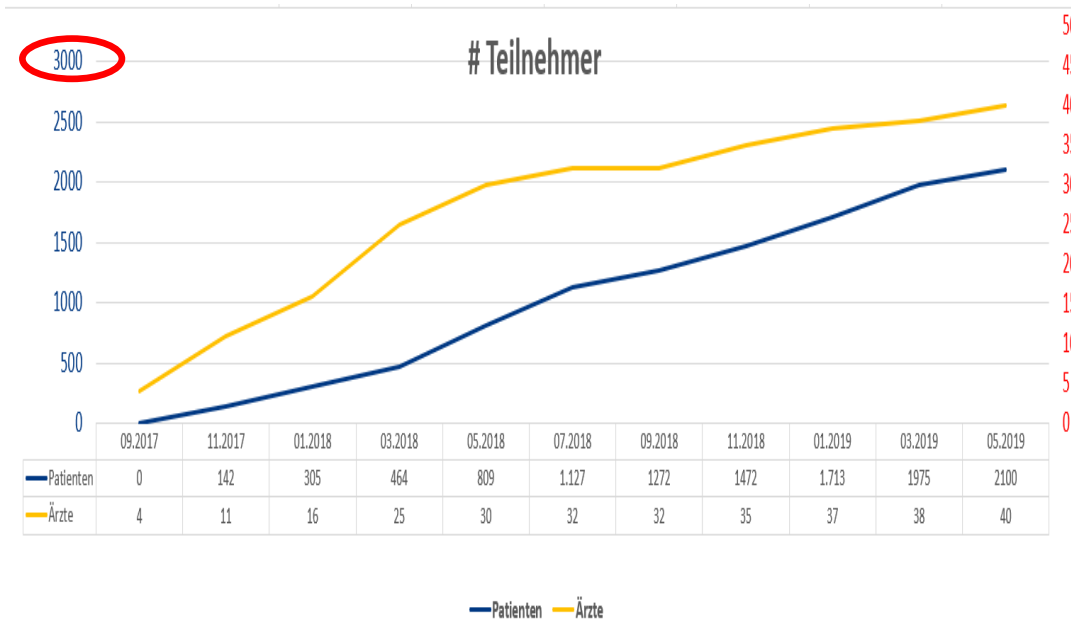
Wissenschaftliche Evaluation

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft



Status Quo – Zahlen/Daten/Fakten

Stand Mai 2019

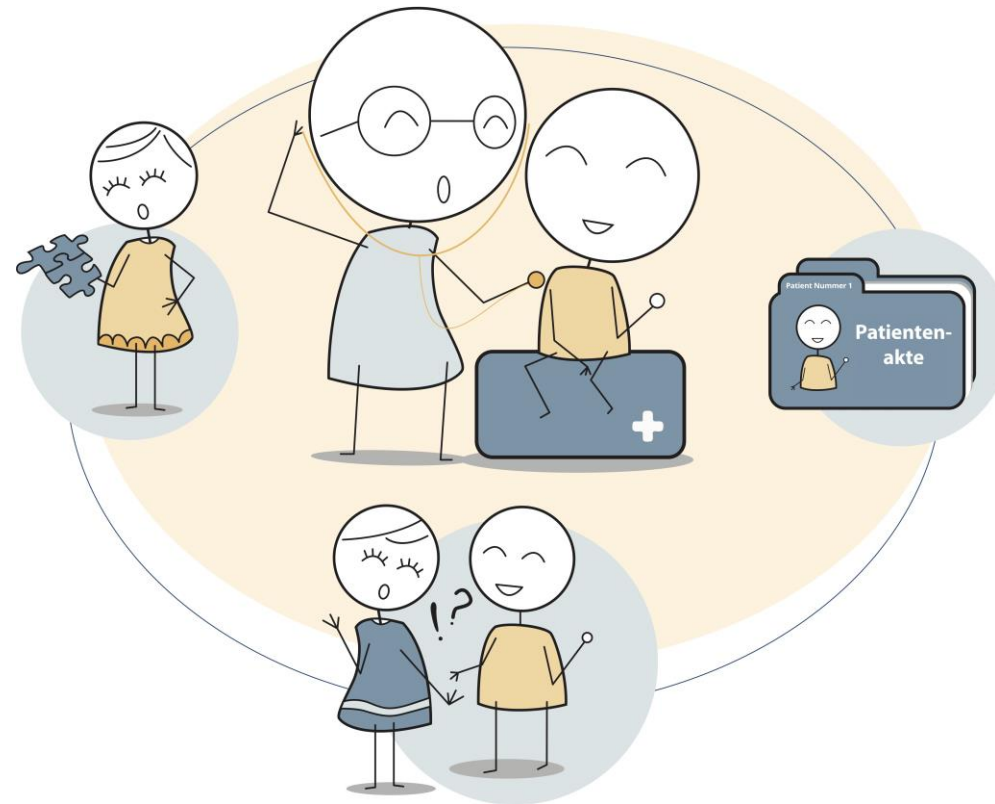


Aktueller Stand seit Beginn

- ✓ 40 Mambo-Ärzte
- ✓ 2100 teilnehmende Patienten
- ✓ 3 Mitarbeiterinnen der pronova BKK
- ✓ 2 Mitarbeiter beim IMVR
- ✓ 1 wunderbares Mambo Team



... jetzt mal konkret: was bringt uns Mambo?

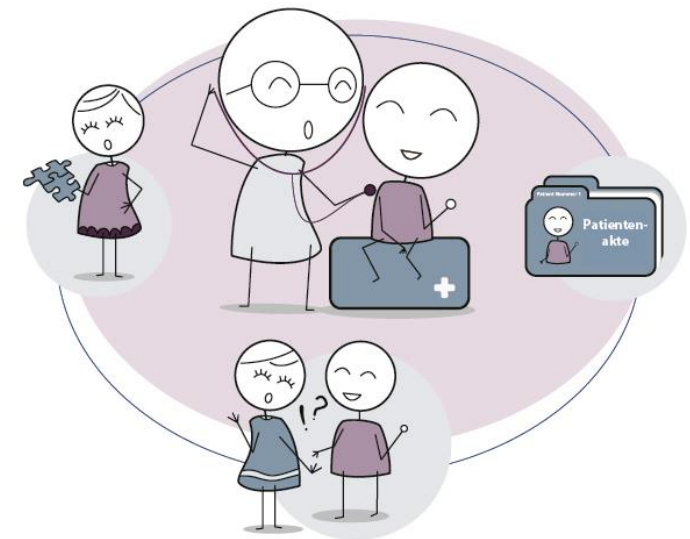


„Mambo ist einfach ein sehr hilfreicher Baustein zur Versorgung in der hausärztlichen Praxis, den ich nicht mehr missen möchte. Ich merke bei vielen Patienten, dass durch Mambo eine ganze Reihe von Problemen nicht mehr mit in die Arztpraxis gebracht werden. Hier kann ich mich dann völlig auf die medizinische Versorgung konzentrieren.“

Dr. med. Wolfram Wieser, Mambo-Arzt

Mambo konkret: Vorteil Patienten

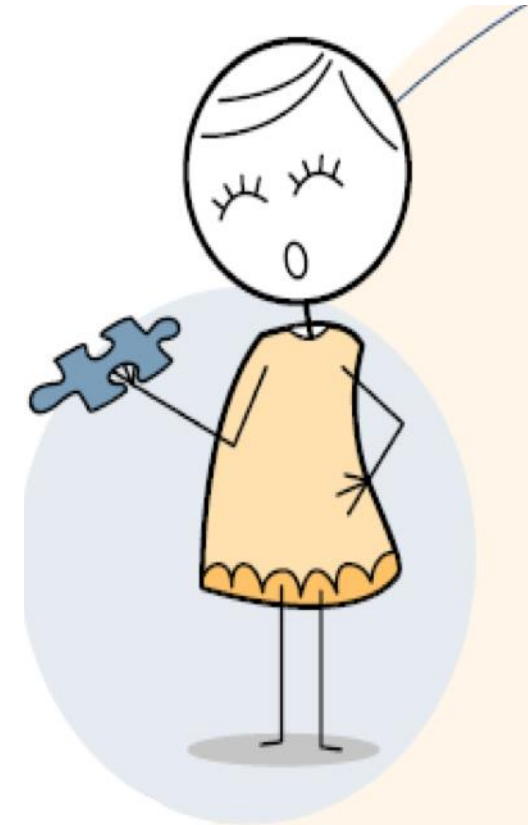
- ✓ Arztbegleitende umfassende Unterstützung durch zusätzlich Kümmerzeit (MoniKas)
- ✓ Organisation und Koordination der Versorgung als kontinuierliche Ansprechpartnerin für medizinisch-sozialrechtliche Fragen
- ✓ Lösungen für individuelle Gesundheitsfragen
- ✓ Vermeidung unnötiger Krankenhaus-Einweisungen, Mehrfachmedikation und Einweisung in stationäre Pflegeeinrichtungen



Mambo konkret: Vorteil Gesundheitsnetz

- ✓ Aufbau neuer Versorgungsprozesse: Case Management
- ✓ Elektronisches Dokumentationssystem mit Vernetzungspotential
- ✓ Etablierung der Rolle der MoniKa (10% der Mambo Patienten) → 25% der Mambo Patienten
- ✓ Aufbau eines Versorgungsnetzwerkes
- ✓ Etablierung des Workshops „Mambo-Managerin“ → 15 Teilnehmerinnen
- ✓ Expertenpanel Herzinsuffizienz + COPD – Entwicklung eines Monitorings
- ✓ IV-Vertrag mit der **AOK** (2 Jahre) Schwerpunkt auf das Monitoring schwer erkrankter Menschen und fachkundige intensive Betreuung durch MoniKa (Herzinsuffizienz + COPD + paVK)
- ✓ Gewinn von → 8 neuen Mitgliedern
- ✓ Interesse am Projekt über Leverkusen hinaus

...



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Mit Mambo in die Zukunft – ein Ausblick

- ✓ Positives Zwischenfazit mit 2100 teilnehmenden Patienten, 40 teilnehmenden Ärzten und ersten erfolgsversprechenden Ergebnissen der IMVR-Studie
- ✓ Verlängerung des Innovationsprojektes bis März 2021
- ✓ Langfristiges Ziel bleibt die Übernahme in die Regelversorgung nach Abschluss des Innovationsprojektes

MAMBO weiterdenken – ein Bedarfsszenario

- ✓ Von 630.000 Versicherten der pronova BKK sind 133.000 älter als 70 Jahre.
 - ✓ Jeder 2. leidet an drei chronischen Erkrankungen oder erhält fünf Wirkstoffe pro Quartal
 - ✓ Jeder 10. leidet an neun chronischen Erkrankungen und/oder erhält neun Wirkstoffe oder mehr pro Quartal
- ✓ Übertragen auf die 73 Mio. gesetzlich Krankenversicherte in Deutschland können wir von ca. 7,3 Mio. potentiellen „Mambo-Patienten“ ausgehen.
- ✓ Es wäre schade und möglicherweise auch unverantwortlich, diese Versorgungsform nicht weiter zu entwickeln.
- ✓ Als Angebot in der Regelversorgung für Ärzte / Krankenhäuser / Pflegeeinrichtungen

MAMBO weiterdenken – ein Bedarfsszenario

- ✓ MAMBO ist nach meiner Auffassung nicht nur einfach ein Projekt. Es ist eine gesellschaftliche Aufgabe
- ✓ MAMBO ist ein Projekt, das erst ganz am Anfang seiner Entwicklung und Bedeutung steht. Wir müssen neue, zusätzliche Impulse für MAMBO setzen, um es in eine erfolgreiche Zukunft zu führen!
- ✓ Dabei dürfen wir uns nichts vormachen: MAMBO wird eher früher als später finanziell auf eigenen Füßen stehen müssen!

MAMBO weiterentwickeln – strategische Ansätze

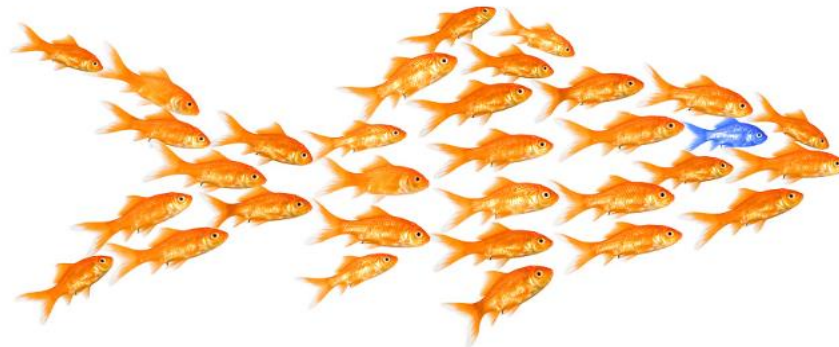
Wir benötigen

- ✓ Eine Produktstrategie
- ✓ Eine Markenstrategie
- ✓ Eine Kommunikationsstrategie



MAMBO weiterdenken – gemeinsam!

- ✓ Ein Projekt wie MAMBO ist ein Menschen-Projekt. Und Menschen-Projekte leben davon, dass sich alle beteiligten Menschen dafür einsetzen. Jeder an seinem Platz.
- ✓ Das hat bis jetzt toll geklappt! Das soll auch in Zukunft so sein!
- ✓ Lassen Sie uns MAMBO weiterdenken. Und weiterentwickeln.
Und ausbauen, **so dass es als Produkt/Marke attraktiv ist für den Markt.**
- ✓ **Gemeinsam**



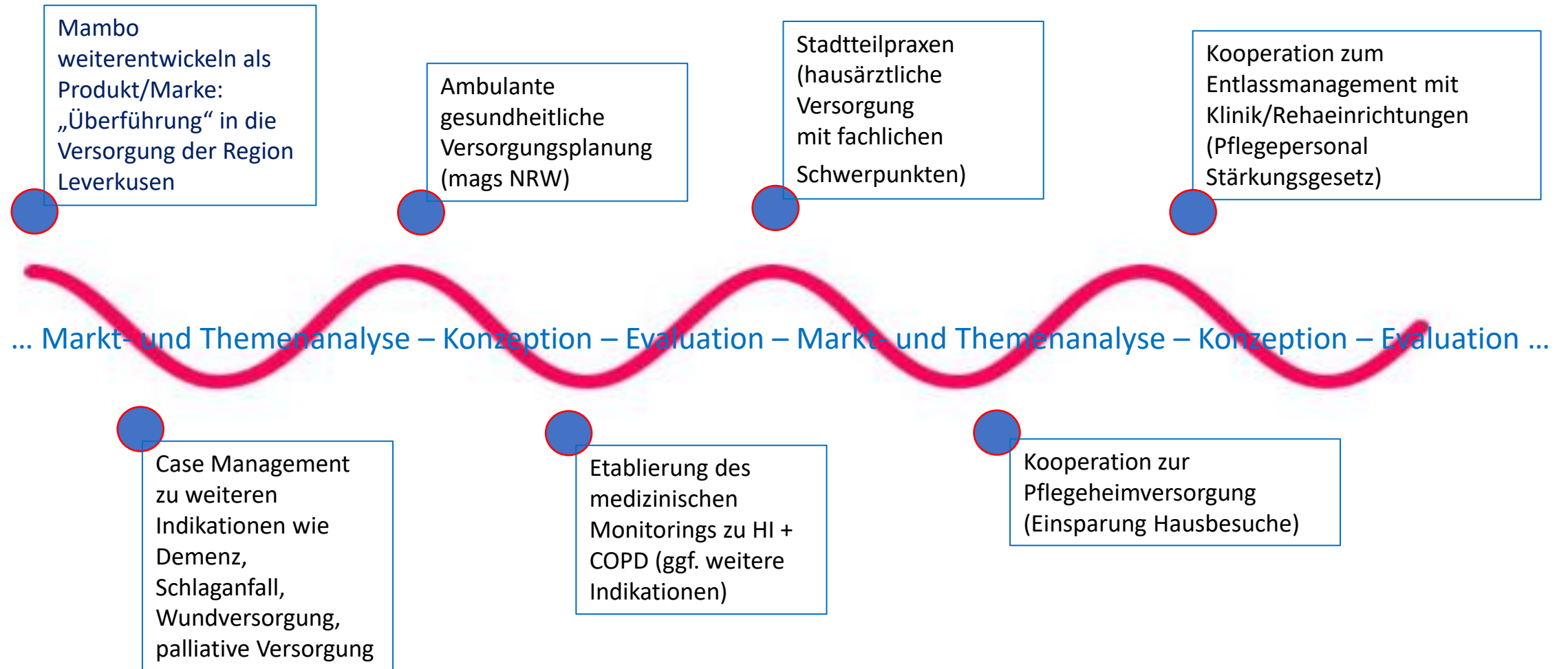
Strategische Ausrichtung Gesundheitsnetz Leverkusen eG und „Business Case Monika“

30.01.2020 pronova BKK Leverkusen
Nicole Balke-Karrenbauer, Dr. M. Klemm

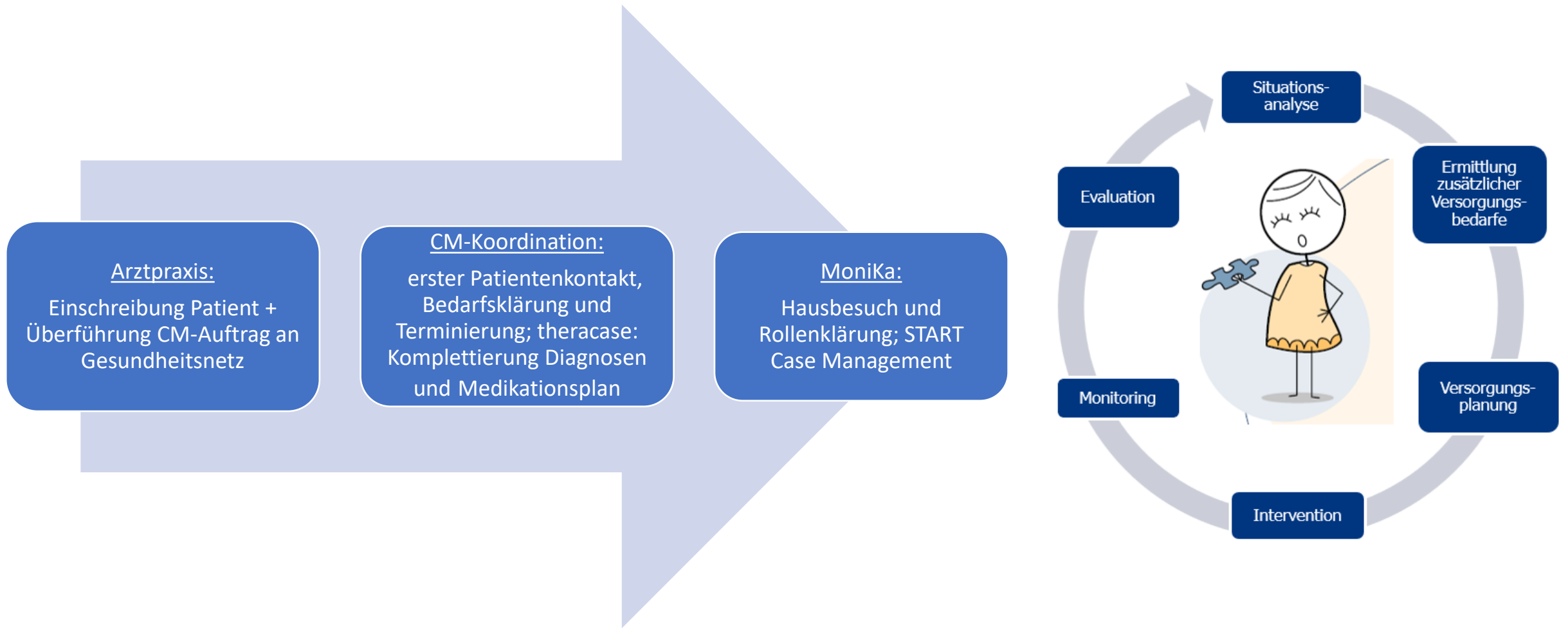
Mam | **bo**

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG – strategische Entwicklung VM



Case Management – der Versorgungsprozess



Case Management – die Datenanalyse

Datenanalyse ist entstanden aus:

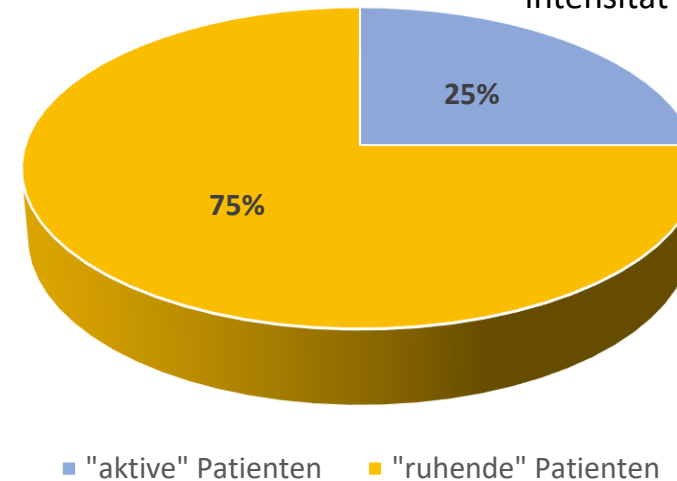
- Selbsteinschätzung der 3 MoniKa, in einem strukturierten Interview abgefragt
- Prozessbeobachtung und –analyse VM
- Auswertung der Case Management Dokumentation

Case Management – Versorgungsstruktur

- Stand Januar 2020: 780 Patienten in der MoniKa-Versorgung
- Jede der 3 MoniKa betreut ca. 260 Patienten
- Von 260 Patienten haben ca. 25% (65 Patienten) den Betreuungsstatus „aktiv“
- Entsprechend haben 75% (195 Patienten) den Betreuungsstatus „ruhend“
- Alle MoniKa-Aufträge bleiben „offen“ – d.h. bei Wiederaufnahme der aktiven Betreuung wird formell kein neuer Auftrag erteilt

„ruhende“ Patienten =
Hintergrundbetreuung – Auftrag bleibt formell offen, Recall nach ca. 3 Monaten oder Rückmeldung durch Patienten

„aktive“ Patienten =
akute und regelmäßige Betreuung nach vereinbartem Versorgungsplan, Zeitaufwand nach Versorgungsintensität und Leistungs-Mix



Case Management – Patientenstruktur

Örtliche Verteilung

- Patienten wurden zunächst nach Verfügbarkeit auf MoniKa verteilt (Einsatzgebiet der MoniKa ist das Stadtzentrum Leverkusen)
- ab 06/2019 Zuteilung der MoniKa nach Stadtteilen bzw. Hausärzten – entsprechend wurde die Verteilung der Patienten vorgenommen

⇒ damit ca. 80-90%ige Zuordnung der MoniKa zum Hausarzt

⇒ konsistente Kommunikationsschiene Arzt/MFA prioritäre MoniKa

⇒ gleiche Sprache, Abstimmungsmodalitäten, Vertrauen, „kurzer Dienstweg“, Fallbesprechungen (Therapieplanung, Medikation, Codierungen etc.)

⇒ Effektive Termin- und Tourenplanung möglich, damit auch effektiver Einsatz der Ressource Auto

Case Management – Patientenstruktur

Krankheitsbild und Schwere der Erkrankung sowie die Mengenverteilung

Kriterien	Präventive Fälle – leichter Versorgungsbedarf	Mittelschwere Fälle – mittlerer Versorgungsbedarf	Schwere Fälle – hoher Versorgungsbedarf
Patienten-Situation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Patienten sind noch eigenständig, mobil und leben autark ✓ Melden sich eigenständig bei Bedarf 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Patienten haben bereits ein oder mehrere Handicaps ✓ Es besteht ein med. und/oder pflegerischer Bedarf ✓ keine ausreichende Selbstreflexion des Versorgungsbedarfs – Notwendigkeit zum persönlichen Gespräch und Wohnungsinspektion 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Patienten mit akuter Versorgungssituation, sofortiger MoniKa-Einsatz erforderlich ✓ Z.B. nach KH-Aufenthalt und/oder Reha
Patienten-Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ggf. Unterstützung durch An- und Zugehörige 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Keine An- und Zugehörigen (in der Nähe) ✓ An- und Zugehörige sind überfordert 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Keine oder überforderte Angehörige ✓ Schwierige häusliche Situation
Versorgungsbedarf / -herausforderung	<ul style="list-style-type: none"> ✓ noch kein Pflegegrad erforderlich, max. PG 1 ✓ Insgesamt gute Compliance ✓ Kein Schulungsbedarf 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Höherer Beratungs- und Schulungsaufwand ✓ Antragsstellungen (PG, Umstellung Pflegeleistungen etc.) und Widersprüche 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Immobilität ✓ Starke Einschränkung der Selbständigkeit ✓ Beratungs- und Schulungsaufwand ✓ Antragstellung und Widersprüche
∅ Anzahl Hausbesuche	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ca. 1 Hausbesuch 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ca. 2 - 3 Hausbesuche 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ≥ 3 Hausbesuche
∅ Betreuungszeitraum	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 Woche 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ≥ 4 Wochen, ≤ 9 Wochen 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ≥ 10 Wochen
∅ Einsatz in Stunden	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ≤ 3 Stunden 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 4 – 10 Stunden 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 11 – 20 Stunden
∅ Anzahl Abstimmungen zu Arzt/MFA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Feedback 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Feedback ✓ ca. 1-2 Abstimmungsgespräche mit dem Hausarzt 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Feedback ✓ Intensiver Austausch zur Arztpraxis
Organisations- und Koordinationsaufwand	<ul style="list-style-type: none"> Gar nicht bis gering 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Telefonate zur Organisation und Koordination d. Versorgung ✓ Einbindung der Netzwerkpartner 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hoher Organisations- und Koordinationsaufwand zur schnellst möglichen pflegerischen und hauswirtschaftlichen Unterstützung (z.B. Pflegebett) ✓ Intensiver Austausch mit Netzwerkpartnern
Med. Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> ✓ nein 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ja, bei ca. 50% der Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Med. Monitoring nahezu 100%
Dokumentationsaufwand	<ul style="list-style-type: none"> ✓ gering 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ mittel 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hoch und kontinuierlich

ca. 30% der MoniKa-Fälle

ca. 55% der MoniKa-Fälle

ca. 15% der MoniKa-Fälle

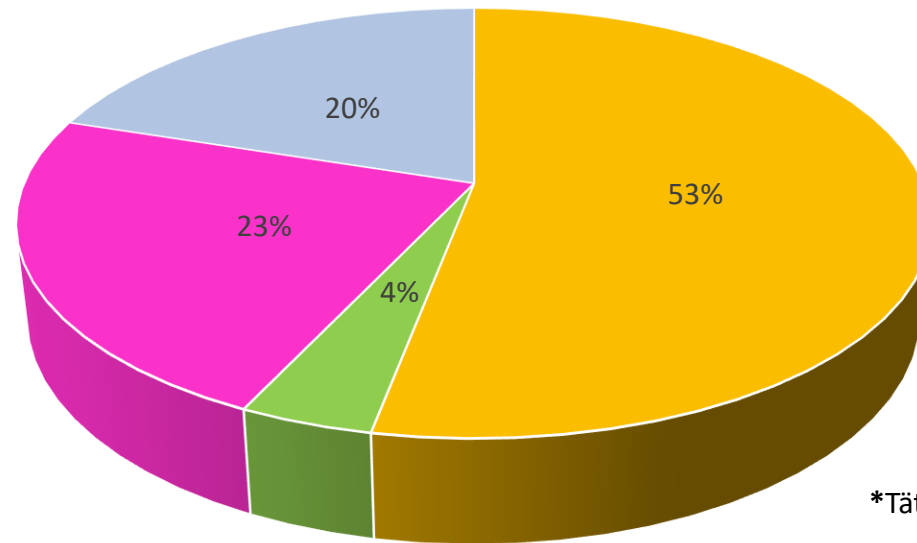
Case Management – ∅ Aufwandsverteilung*

Administrative Tätigkeiten /Dokumentation

- Insgesamt 6 Stunden pro Woche
- ∅ ca. 24 Minuten pro Fall

Organisation und Koordination

- Telefonate mit Netzwerkpartnern, Telefonaten mit Praxen, Erstellung Versorgungsplan
- Insgesamt 7 Stunden pro Woche
- ∅ ca. 28 Minuten pro Fall



Telefonische Patientenbetreuung

- Insgesamt 1,2 Stunden pro Woche
- ∅ ca. 5 Minuten pro Fall

∅ 15 Besuche in der Woche

- 10 Erstbesuche ca. 55 Minuten pro Besuch
- 5 Folgebesuche ca. 40 Minuten pro Besuch
- Fahrzeit ca. ca. 14 Minuten pro Besuch
- Insgesamt 16 Stunden pro Woche

*Tätigkeiten bezogen auf 30 Wochenstunden einer MoniKa

Case Management – MoniKa-Leistungen

Leistungseinsatz nach Erkrankungs- und Versorgungsbedarf, Selbstständigkeitsgrad, sozialer und familiärer Situation

Situationsanalyse (objektive vs subjektive Wahrnehmung)

- wahrnehmende Blick: Wohnumfeld und soziales Umfeld
- Mambo-Assessment mit Abfrage der Versorgungsbereiche

Beantragungsprozesse

- Vollmacht, Patientenverfügung, Pflegegrad

Aufklärung/Beratung

- Patienten (Krankheitsverständnis, Möglichkeiten z.B. Pflegegrad)
- Angehörige (Patientenumgang, Unterstützungsmöglichkeiten)

Medikation

- Medikamenten-Check, Adhärenz-Schulung

Unterstützungsleistungen

- Sicherstellungsdienste (Hausnotruf)
- Häusliches Umfeld (Umbau, Treppenlift, Haltestangen, Bad)
- Hilfsmittelversorgung (Gehhilfen, Pflegebett)
- Hauswirtschaftliche Leistungen (Reinigung, Mahlzeiten)
- Entlastungsangebote für Angehörige (Tagespflege)
- Ambulante Unterstützungsmaßnahmen (z.B. Physiotherapie=

Prävention

- Sturzprävention, Schulung zu Ernährung, Dehydrierung, Gewicht, Inkontinenz

Therapieunterstützung

- verlängerter Arm des Arztes

Case Management – Nutzen

Effekte beim Patienten

Patientenorientierung

- Starke Ausrichtung an individuellen Bedarfen
- Lebensqualität und soziale Teilhabe
- Beruhigung, Sicherheit, Stabilität
- Entlastung (pflegender) Angehöriger, z.B. Deeskalation bei Demenzpatienten)

Stärkung der Eigenständigkeit und Handlungsfähigkeit

- Patient wird unterstützend versorgt und kann zuhause bleiben
- Reduktion Einweisung ins Krankenhaus oder stat. Pflege/Transportkosten
- Subjektiv eingeschätzte Erfolgsquote sehr hoch (ca. > 80%)

Strukturierte Behandlungssteuerung

- Symptomkontrolle (Inkontinenz, Ernährung)
- Medikamentensteuerung
- Prävention: Sturzprävention, Dehydrationsprophylaxe
- Beratung und Schulung
- Unterstützung Therapieprozess (z.B. Vermittlung EKG)

Case Management – Nutzen für Ärzte und Kostenträger

Mögliche Effekte für teilnehmende Ärzte

- Entlastung Ärzte durch Delegation:
 - im Behandlungs-/Therapieprozess sowie in sozial-pflegerischen Beratungen
 - „Auslagerung“ zeitintensiver Patienten- und Angehörigengespräche
- Erweitertes Versorgungsspektrum für Patienten („Praxismarketing“)
- Komprimierte, fachlich-kompetente Rückmeldung der MoniKa zum Arzt – Möglichkeit der effektiven und gezielten Behandlungssteuerung
- Unterstützung der intersektoralen Abstimmung/Versorgung mit Informationsmehrwerten

Mögliche Effekte für Kostenträger

- Partner zur vorausschauenden Stärkung einer stabilen regionalen Versorgungslage
- Reduktion von Krankenhaus- und Heimeinweisungen/Transportkosten
- Bei jüngeren Patienten (psychosoz. CM) : weniger Arbeitsausfälle
- Vermeidung/Reduktion von Behandlungskosten
 - ✓ Vermeidung von Verschlechterungen (Herzinsuffizienz, COPD)
 - ✓ Prävention (Sturz, Dehydrieren, Luftnot, Medikamente, Blutdruck...)
- Reduktion Medikamentenausgaben
 - ✓ Polypharmazie (Reichweitenkontrolle) und Selbstmedikation
 - ✓ Adhärenz-Steigerung

Case Management – Finanzierungssystematik Business Case

Definition des Patientenkollektivs

- Multimorbidität
- Weitere spezifische Indikationen
- Einschätzung des Versorgungsbedarfs nach einem „Versorgungsindex“ (Klassifizierung)

Rahmenbedingungen

- Einschreibungen/Patientenselektion durch wen??
- Ggf. Honorierung der Ärzte zur Teilnahme?



„Mambo ist einfach ein sehr hilfreicher Baustein zur Versorgung in der hausärztlichen Praxis, den ich nicht mehr missen möchte. Ich merke bei vielen Patienten, dass durch Mambo eine ganze Reihe von Problemen nicht mehr mit in die Arztpraxis gebracht werden. Hier kann ich mich dann völlig auf die medizinische Versorgung konzentrieren.“

Dr. med. Wolfram Wieser, Mambo-Arzt



MoniKa Workshop

Mam | bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Das Ziel ist die aktuellen Tätigkeiten der MoniKa an konkreten Beispielen zu verstehen & diese mit den Abstimmungsprozessen weiterzuentwickeln

1

- Was fehlt noch?
- Was ist unnötig?
- Was ist besonders wertvoll?

Aktuelle Tätigkeiten der MoniKa an konkreten Beispielen verstehen

2

- Wie muss die Abstimmung und Kommunikation mit den Praxen laufen?
- Was kann besser werden?
- Wo sind besondere Hindernisse und Herausforderungen?

Die Ziele von Mambo sind es die Lebensqualität der Patienten und der Ärzte zu verbessern so wie die Versorgungseffizienz zu erhöhen

Lebensqualität Patient

Der Gesundheitszustand der Patienten wird erhalten und verbessert durch

- Erhöhte „Kümmerzeit“
- Erhöhung Therapiesicherheit und –zufriedenheit
- Erhöhung der Therapieadhärenz
- Vermeidung von Krankenhausesweisungen

Entlastung Arzt

Die Ärzte werden entlastet durch

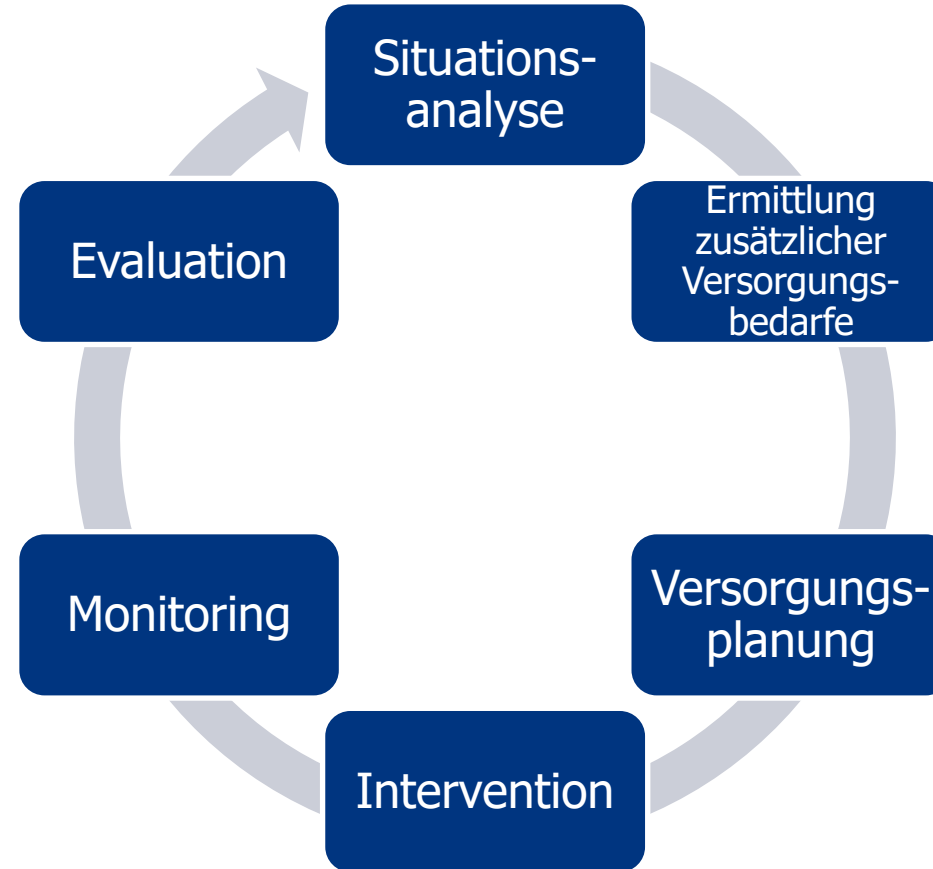
- Delegation von Leistungen
- Unterstützung in der praxisübergreifenden Koordination
- Entlastung bei der Informationsbeschaffung
- Verstärkte ganzheitliche Betrachtung des Krankheitsgeschehens

Versorgungseffizienz

Die Versorgungseffizienz im Gesamtsystem wird erhalten und verbessert durch

- Transparenz und Informationen
- Schrittweise Optimierung der Versorgungsabläufe
- Geringere Krankheitseskalationen
- Vermeidung von Krankenhausesweisungen

Der MoniKa-Prozess orientiert sich an dem bewährten Case-Management-Ansatz zur strukturierten Versorgung



Nicht nur für das Gehirn gilt: Vernetzung ist alles! Die MoniKa kombiniert Fall- und Systemmanagement

... kennt die Situation des Patienten

- Individuelle Problemlage und Bedürfnisse
 - Fachlicher Blick & Situationsanalyse, Unterstützung & Koordination



Fall Management

Stärkung bzw. Stabilisierung der gesundheitlichen und sozialen Situation des Einzelnen
Einbindung eigener Ressourcen sowie die der An- und Zugehörigen

... kennt die Angebote des Versorgungssystems

- Ermöglichung von Hilfsangeboten durch Überprüfung der Refinanzierung
 - Wissen um professionelle und angrenzende Hilfsangebote



System Management

Organisation und Koordination der Versorgungsleistungen
Förderung der Zusammenarbeit der Institutionen

... vermittelt für den Einzelfall angemessene und passgenaue Versorgung

Trotz der vielfältigen Einsatzmöglichkeiten der MoniKa ergibt sich nur eine Hand voll von Abstimmungsprozessen

Aktive Abstimmungsprozesse

- Erstkontakt
 - Einschreibeunterlagen Patient
 - MoniKa-Auftrag
- Info von MoniKa an Praxis
 - Aktive Rückmeldung zu jedem Patientenkontakt
 - Handlungsempfehlung (z.B. Hilfsmittel)
 - Handlungsempfehlung akut (z.B. offene Wunde)

Aktive Abstimmungsprozesse

- Info von Praxis an MoniKa
 - Zu jeweiligem Patientenkontakt?
 - Rückmeldung zu Handlungsempfehlung
 - Rückmeldung zu Handlungsempfehlung akut
 - Zusätzliche Rückmeldung zum Behandlungsverlauf

Die MoniKa ermöglicht eine Vielzahl von Leistungen - Welche der Leistungen sind aus Sicht des Arztes am wichtigsten?

Leistungen

- Zusätzliche „Kümmerzeit“ für den Patienten
- Analyse der häuslichen Situation
- Identifikation von Eskalationsrisiken
- Erstellung eines Lagebildes der Versorgungssituation
- Erkennen & Adressieren von Versorgungslücken
- Koordination von Arztbesuchen, Krankentransporten etc.
- Entlastung bei „unnötigen“ Hausbesuchen
- Übernahme von Patienteninformationsgesprächen (z.B. Ernährung & Pflegegrad)
- Verzahnung mit nicht-ärztlichen Leistungen (z.B. Pflege & Soziales)



Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG

Netz-Patientenakte
Theracase – SmartQ

Anspruch an eine Netzakte



Diagnosen

- Dauerdiagnosen
- Nebendiagnosen

Befunde

Arzneimittel

- Medikationspläne
- Eigenbedarf

Anamnesen

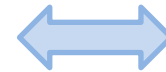
Therapievorschläge

etc.

Anspruch an eine Netzakte



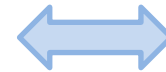
Patienten-Info



Case Management:
Assessment
(Bedarfsanalyse)

Diagnosen
Befunde
Arzneimittel
Medikationsplan

Anspruch an eine Netzakte

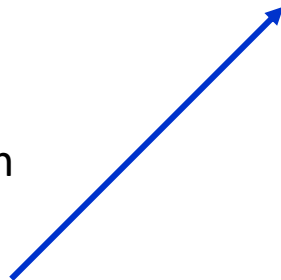


Patienten-Info

Diagnosen
Befunde
Arzneimittel
Medikationsplan

GDT 3.x

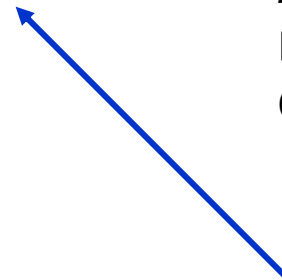
autom. Daten-Abgleich



Assessment
Bedarfsanalyse
Casemanagement

Telemedizin-Tools

Video, Wundfoto, etc.



Erweiterungen



Patienten-Info

Morbiditäts-Monitoring
Prozess-Evaluation



-lichen

Dank!



Internet basiert



Schritt 1

Benutzer :

Passwort :

Absenden

Hier können Sie Ihr Kennwort ändern oder ein defektes Token melden >>>

Impressum | Datenschutz

© Smart-Q Softwaresysteme GmbH

ähnlich KV-Token



Schritt 2

Entrust IdentityGuard

Bitte achten Sie darauf, dass Ihr Token die
nachfolgende Seriennummer besitzt :
54907-25172

Token :

Absenden

Hier können Sie Ihr Kennwort ändern oder ein
defektes Token melden >>>

Theracase von smart-Q

Daniel Zenz, Bochum



theracase

Q AUFNAHME EIGENE PATIENTEN POSTEINGANG



Klemm, Manfred
LETZTES UPDATE: 11.01.2019

User Dashboard

Letzten 10 Kontakte

Latest News & Events

Allgemeiner Support & Kontakt

Aufnahmen der letzten 7 Tage

Krise

TO DO



Übersicht

Patientenliste

Kalender + Teambesprechung

Aufnahme

Nachrichtensystem (2)

Dateien

Einstellungen

Ehrenamtliche

Handbuch

Mandanten- Einstellungen

Vernetzung

VSTN EXPORT

Projekte

Abmelden



theracase

🔍 AUFNAHME EIGENE PATIENTEN POSTEINGANG



Klemm, Manfred
LETZTES UPDATE: 11.01.2019

Aktive Patienten Entlassene Patienten **Eigene Patienten** Anfragen Gelöschte Anfragen Archiv Alle Patienten

Fügen Sie hier Filter zu der Liste hinzu

50 Einträge anzeigen

#	<input type="checkbox"/>	Pat.-Nr. ▲ ▼	Nachname ▲ ▼	Vorname ▲ ▼	Geburtsdatum ▲ ▼	Aufnahmedatum ▲ ▼	Aufenthaltsort ▲ ▼	Verordnung	Letzte Änderung ▲ ▼	Icon	Letzter ärztl. HB
1	<input type="checkbox"/>	NRLM10003	xxxHenkel	Mauricius	02.04.1935	12.11.2018	Zu Hause Bruchhauser Str. 28 51381 Leverkusen	keine	24.01.2019 12:56 FF	                	
2	<input type="checkbox"/>	NRLM10004	xxxMambus	Testus	23.12.1952	27.11.2018	bei Kontaktperson 2(Clinton, Hillary)	keine	31.01.2019 17:47 NB	        	

- Übersicht
- Patientenliste
- Patientenliste**
- ISPC-App Patienten
- Kalender + Teambesprechung
- Aufnahme
- Nachrichtensystem (2)
- Dateien
- Einstellungen
- Ehrenamtliche
- Handbuch
- Mandanten- Einstellungen
- Vernetzung
- VSTN EXPORT
- Projekte
- Abmelden




theracase



[AUFNAHME](#)
[EIGENE PATIENTEN](#)
[POSTEINGANG](#)










Klemm, Manfred


 LETZTES UPDATE: 11.01.2019





- Übersicht
- Patientenliste
- Patientenliste**
- ISPC-App Patienten
- Kalender + Teambesprechung
- Aufnahme
- Nachrichtensystem (2)
- Dateien
- Einstellungen
- Ehrenamtliche
- Handbuch
- Mandanten- Einstellungen
- Vernetzung
- VSTN EXPORT
- Projekte
- Abmelden

Name	xxxHenkel, Mauricius (83 Jahre)	Patientennummer	NRLM10003
Geb.-Datum	02.04.1935	Aufgenommen durch	Klemm, Manfred
Behandelt durch Bearbeiten	<ul style="list-style-type: none">  Balke, Nicole  Fabian, Fabiola  Schöben, Jonas  Klemm, Manfred  Dr. Denhoven, Bodo  Mambo, Gast 	Aufnahmedatum	12.11.2018 15:07
Aufenthaltort	zu Hause Bruchhauser Str. 28 51381 Leverkusen	Überwiesen durch	Hausarzt
Pflegedienst	Purzelbaum <i>haben Kapazitäten</i>		
Kontakt-Telefonnummer	 xxxHenkel, Mauricius		

STATUS 

PD




ICD





T



PG2



BESUCH




Dies ist ein Memo Feld, klicken Sie hier um etwas einzutragen.

- | | | | | | | | | |
|----------|-------------|-----------|-------------|--|---------------------|---|-----------|------------|
| Verlauf | Stammdaten | Versorger | Symptomatik | Formulare  | Dateien & Dokumente | Briefe  | Diagnosen | Entlassung |
| Hospiz-V | Medikamente | | | | | | | |

VERLAUFS-DOKUMENTATION






theracase


[AUFNAHME](#)
[EIGENE PATIENTEN](#)
[POSTEINGANG](#)










Klemm, Manfred

 LETZTES UPDATE: 11.01.2019





- Übersicht
- Patientenliste
- Patientenliste
- ISPC-App Patienten
- Kalender + Teambesprechung
- Aufnahme
- Nachrichtensystem (2)
- Dateien
- Einstellungen
- Ehrenamtliche
- Handbuch
- Mandanten- Einstellungen
- Vernetzung
- VSTN EXPORT
- Projekte
- Abmelden

Name	xxxHenkel, Mauricius (83 Jahre)	Patientennummer	NRLM10003
Geb.-Datum	02.04.1935	Aufgenommen durch	Klemm, Manfred
Behandelt durch Bearbeiten	<ul style="list-style-type: none">  Balke, Nicole  Fabian, Fabiola  Schöben, Jonas  Klemm, Manfred  Dr. Denhoven, Bodo  Mambo, Gast 	Aufnahmedatum	12.11.2018 15:07
Aufenthaltort	zu Hause Bruchhauser Str. 28 51381 Leverkusen	Überwiesen durch	Hausarzt
Pflegedienst	Purzelbaum <i>haben Kapazitäten</i>		
Kontakt-Telefonnummer	 xxxHenkel, Mauricius		

STATUS 













BESUCH




Diagnosen
HD
E01.2 Endemische Schilddrüsenvergrößerung
I50.19 Linksherzinsuffizienz
J44.99 COPD [Chronic obstructive pulmonal disease]
ND
J01.0 Akute Entzündung der Kiefernebenhöhle

Dies ist ein Memo Feld, klicken Sie hier um etwas einzutragen.



theracase

🔍 AUFNAHME EIGENE PATIENTEN POSTEINGANG

👤 2 🗨️ 2 **Klemm, Manfred**
 LETZTES UPDATE: 11.01.2019

< >

- Übersicht
- Patientenliste
- Patientenliste**
- ISPC-App Patienten
- Kalender + Teambesprechung
- Aufnahme
- Nachrichtensystem (2)
- Dateien
- Einstellungen
- Ehrenamtliche
- Handbuch
- Mandanten- Einstellungen
- Vernetzung
- VSTN EXPORT
- Projekte
- Abmelden

Name	xxxHenkel, Mauricius (83 Jahre)	Patientennummer	NRLM10003
Geb.-Datum	02.04.1935	Aufgenommen durch	Klemm, Manfred
Behandelt durch	<ul style="list-style-type: none"> 👤 Balke, Nicole 👤 Fabian, Fabiola 👤 Schöben, Jonas 👤 Klemm, Manfred 👤 Dr. Denhoven, Bodo 👤 Mambo, Gast 	Aufnahmedatum	12.11.2018 15:07
Bearbeiten		Überwiesen durch	Hausarzt

Aufenthaltort zu Hause
Bruchhauser Str. 28
51381 Leverkusen

Pflegedienst Purzelbaum
haben Kapazitäten

Kontakt-Telefonnummer 📞 xxxHenkel, Mauricius



STATUS ●

PD
🔧
🏥
ICD
💊
📱
📞
📌
❤️
PG2
+

BESUCH

📧
📅

Medikation	
IbuHEXAL® 400 mg Filmtabletten 1-1-1-0 Nur bei Bedarf	Schmerzen
Librederm Antioxidant Körpercreme Vit E 1---	Übelkeit

Dies ist ein Memo Feld, klicken Sie hier um etwas einzutragen.

VERLAUFS-DOKUMENTATION





theracase

< NRLM10003 - xxxHenkel, Mauricius >

Name	xxxHenkel, Mauricius (83 Jahre)	Patientennummer	NRLM10003
Geb.-Datum	02.04.1935	Aufgenommen durch	Klemm, Manfred
Behandelt durch	<ul style="list-style-type: none"> Balke, Nicole Fabian, Fabiola Schöben, Jonas Klemm, Manfred Dr. Denhoven, Bodo Mambo, Gast 	Aufnahmedatum	12.11.2018 15:07
Bearbeiten		Überwiesen durch	Hausarzt

Aufenthaltsort
zu Hause
Bruchhauser Str. 28
51381 Leverkusen

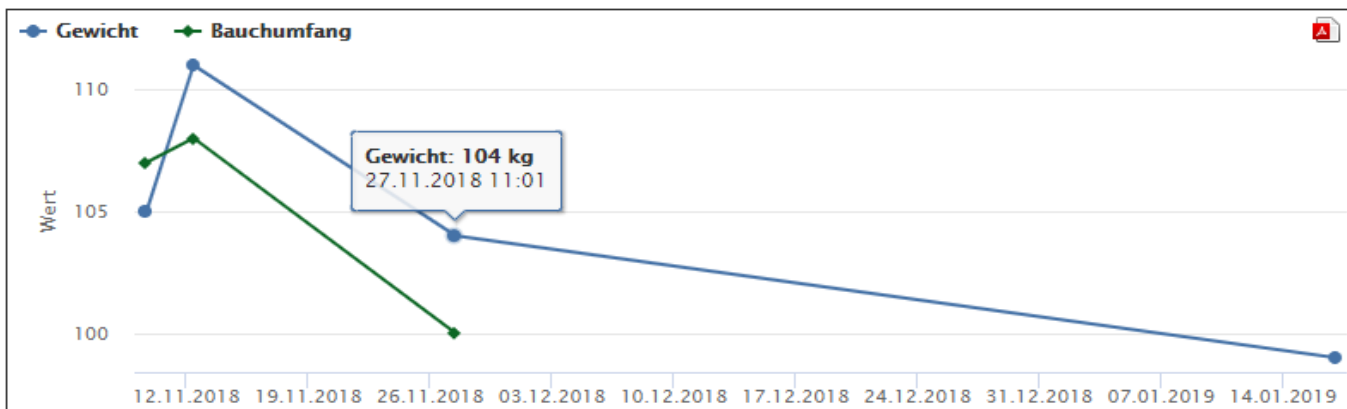
Pflegedienst
Purzelbaum
haben Kapazitäten

Kontakt-Telefonnummer
 xxxHenkel, Mauricius

STATUS
PD

ICD

PG2
BESUCH



+ Vitalwerte

BMI : 27.42

test




theracase



[AUFNAHME](#)
[EIGENE PATIENTEN](#)
[POSTEINGANG](#)










Klemm, Manfred


 LETZTES UPDATE: 11.01.2019


















- Übersicht
- Patientenliste
- Patientenliste**
- ISPC-App Patienten
- Kalender + Teambesprechung
- Aufnahme
- Nachrichtensystem (2)
- Dateien
- Einstellungen
- Ehrenamtliche
- Handbuch
- Mandanten- Einstellungen
- Vernetzung
- VSTN EXPORT
- Projekte
- Abmelden

Name	xxxHenkel, Mauricius (83 Jahre)	Patientennummer	NRLM10003
Geb.-Datum	02.04.1935	Aufgenommen durch	Klemm, Manfred
Behandelt durch Bearbeiten	<ul style="list-style-type: none">  Balke, Nicole  Fabian, Fabiola  Schöben, Jonas  Klemm, Manfred  Dr. Denhoven, Bodo  Mambo, Gast 	Aufnahmedatum	12.11.2018 15:07
Aufenthaltort	zu Hause Bruchhauser Str. 28 51381 Leverkusen	Überwiesen durch	Hausarzt
Pflegedienst	Purzelbaum <i>haben Kapazitäten</i>		
Kontakt-Telefonnummer	 xxxHenkel, Mauricius		

STATUS 

BESUCH



Dies ist ein Memo Feld, klicken Sie hier um etwas einzutragen.

- Verlauf
 - Stammdaten
 - Versorger
 - Symptomatik
 - Formulare ▾
 - Dateien & Dokumente
 - Briefe ▾
 - Diagnosen
 - Entlassung
- Hospiz-V
 - Medikamente

VERLAUFS-DOKUMENTATION





- Übersicht
- Patientenliste
- Patientenliste**
- ISPC-App Patienten
- Kalender + Teambesprechung
- Aufnahme
- Nachrichtensystem (2)
- Dateien
- Einstellungen
- Ehrenamtliche
- Handbuch
- Mandanten- Einstellungen
- Vernetzung
- VSTN EXPORT
- Projekte
- Abmelden



NAME
xxxHenkel, Mauricius



AUFENTHALTSORT
zu Hause

Bitte ERST ein Kürzel auswählen

Speichern

01.02.2019

<p>24.01.2019, 12:56</p> <p>Fabian, Fabiola</p>	<p>K Formular Kontaktformular - Kontaktformular alles wurde erstellt</p>
<p>24.01.2019, 09:11</p> <p>Balke, Nicole</p>	<p>K Der Benutzer Mambo Gast wurde als Behandler entfernt.</p> <p>K Dem Patienten/ der Patientin wurde Mambo Gast zugeordnet</p>
<p>24.01.2019, 07:59</p> <p>Balke, Nicole</p>	<p>M Librederm Antioxidant Körpercreme Vit E 1--- 24.01.2019</p>
<p>24.01.2019, 07:51</p> <p>Balke, Nicole</p>	<p>H E01.2 Endemische Schilddrüsenvergrößerung</p> <p>D J01.0 Akute Entzündung der Kiefernebenhöhle</p>
<p>24.01.2019, 07:44</p> <p>Balke, Nicole</p>	<p>K MamboAssessment was created.</p>
<p>24.01.2019, 07:30</p> <p>🕒 27.11.2018, 14:02</p> <p>Schöben, Jonas</p>	<p>F Kontaktformular hinzugefügt am 27.11.2018 14:03 von Schöben, Jonas .</p>
<p>24.01.2019, 07:30</p> <p>🕒 24.01.2019, 07:36</p> <p>Balke, Nicole</p>	<p>F Kontaktformular hinzugefügt am 24.01.2019 07:36 von Balke, Nicole . </p> <p>K Kontaktformular alles: 07:30 - 07:45 24.01.2019</p> <p>K Fahrtstrecke: 4</p> <p>K Fahrtzeit: 10</p> <p>K Fahrtstrecke:0.03</p> <p>K Beteiligte Mitarbeiter: Balke, Nicole;</p> <p>K</p>

Theracase von smart-Q

Daniel Zenz, Bochum



theracase

Q AUFNAHME EIGENE PATIENTEN POSTEINGANG



Klemm, Manfred
LETZTES UPDATE: 11.01.2019

User Dashboard

Letzten 10 Kontakte

Latest News & Events

Allgemeiner Support & Kontakt

Aufnahmen der letzten 7 Tage

Krise

TO DO

Übersicht

Patientenliste

Kalender + Teambesprechung

Aufnahme

Nachrichtensystem (2)

Dateien

Einstellungen

Ehrenamtliche

Handbuch

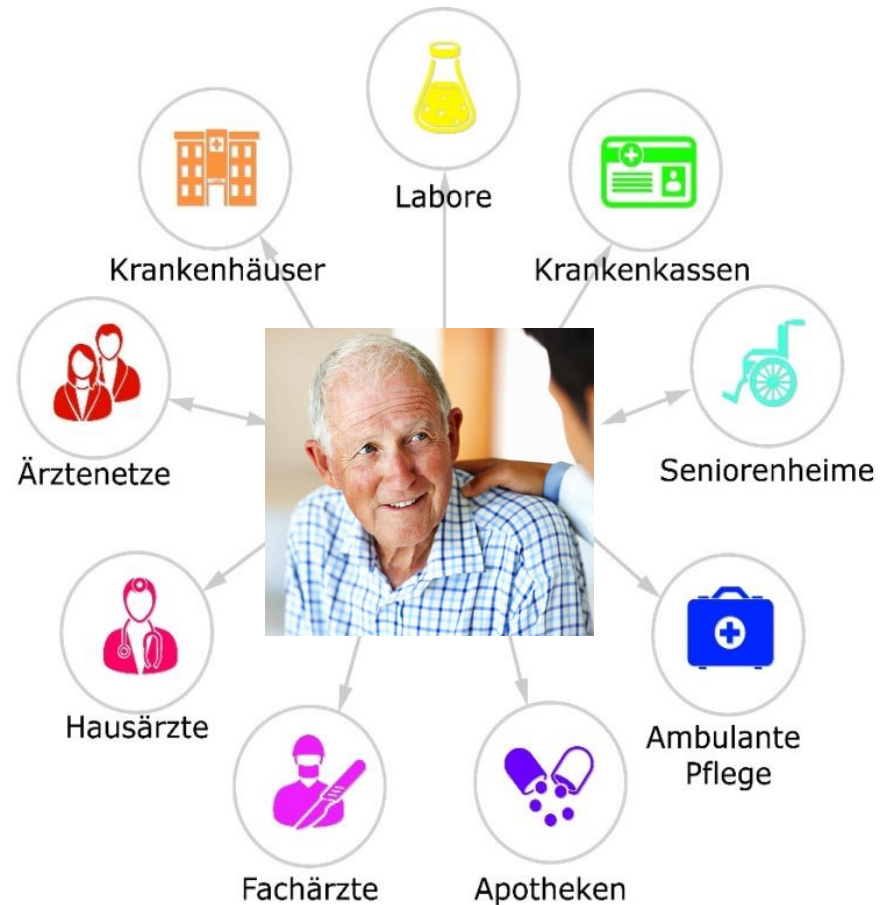
Mandanten- Einstellungen

Vernetzung

VSTN EXPORT

Projekte

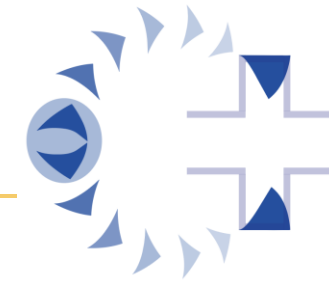
Abmelden



Vorstellung Monitoring Herzinsuffizienz

26. August 2019 Klinikum Leverkusen





**Regionales
Gesundheitsnetz
Leverkusen eG**

- Zusammenschluss von **80 Haus- und Fachärzten** der Region Leverkusen
- Seit 13 Jahren bestehende Genossenschaft
- Anerkennung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein als **zertifiziertes Versorgungszentrum**
- **Kooperation mit Kliniken und Pflege**
- Worum kümmern wir uns?
 - Ambulante Palliativzentrum Leverkusen
 - **Versorgung chronisch kranker Menschen – Mambo**



Bruchhauser Straße 30 (Lützenkirchen)

Tel. 02171 36368-70

Mail mambo@gesundheitsnetz-leverkusen

Mambo ist eine Initiative zur Verbesserung der Koordination in der ambulanten Versorgung multimorbider Patienten

START
01. Juli
2017

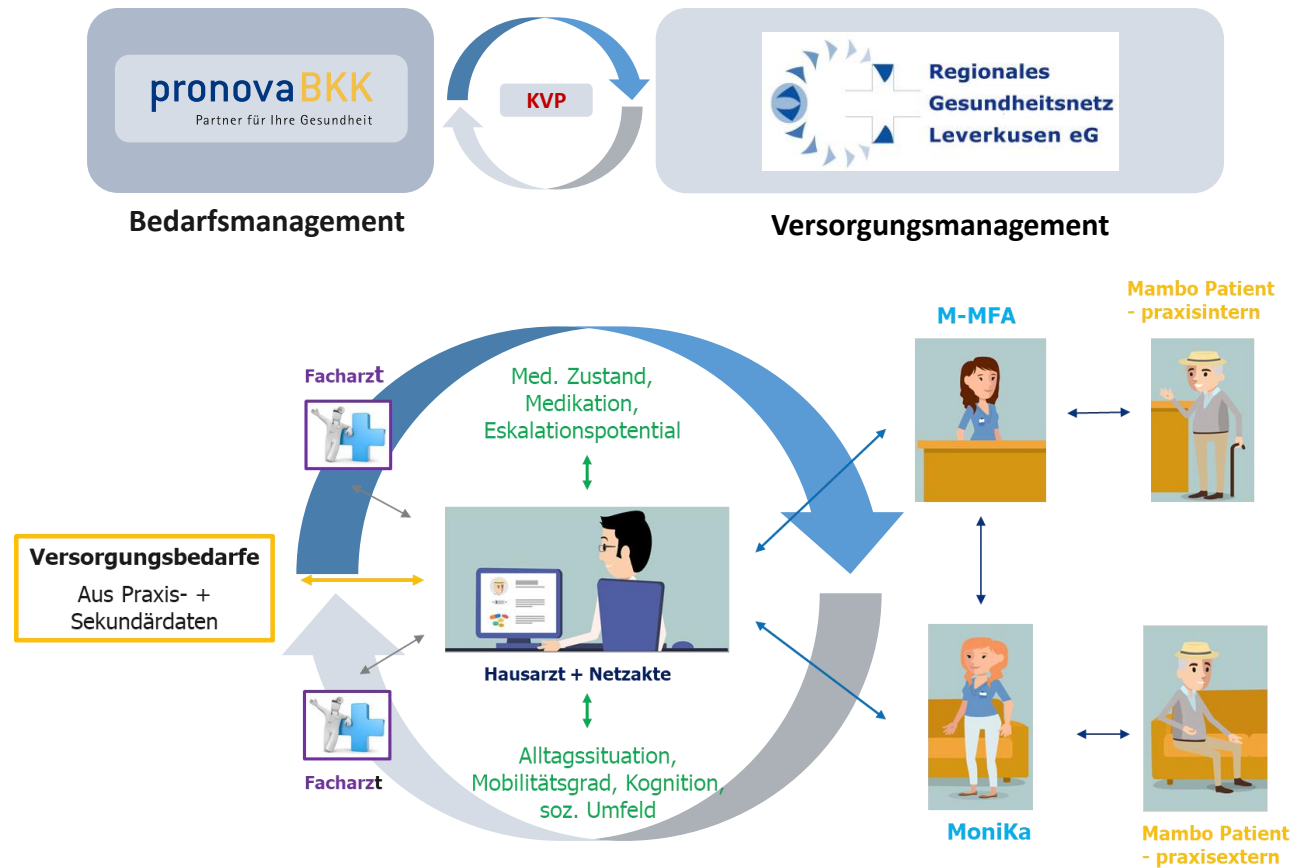
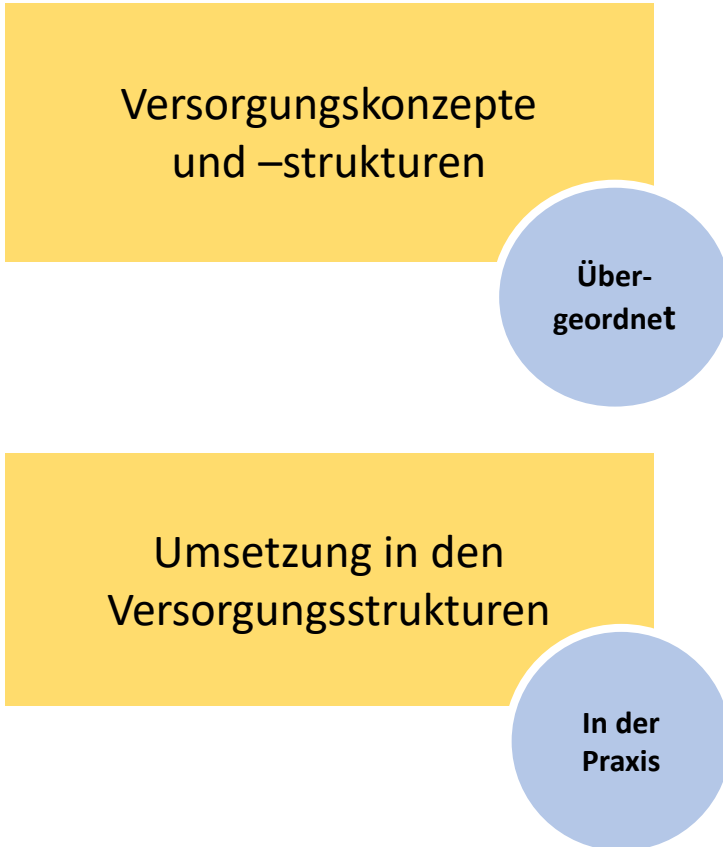
- Fokus liegt auf betreuungsintensiveren Patienten
- Früherkennung von Eskalationen
- Stabilisierung der Alltagssituation / Vermeidung unnötiger Krankenhaus-Einweisungen
- Entlastung des Arztes von nicht-ärztlichen Aufgaben / Delegation + Erhalt zusätzlicher Patienteninformationen durch „MoniKa“ und ggf. MFA
- Multimorbidität = Multimedikation: Erhöhung Therapieadhärenz + Therapiesicherheit



Aktuell gibt es ca. 15.000 potentielle Mambo Patienten in Leverkusen
In etwa die Hälfte ist bei Mitgliedern des Gesundheitsnetzes

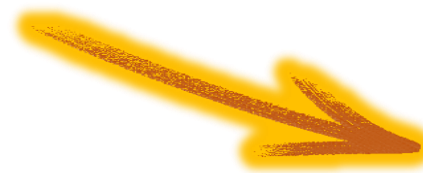
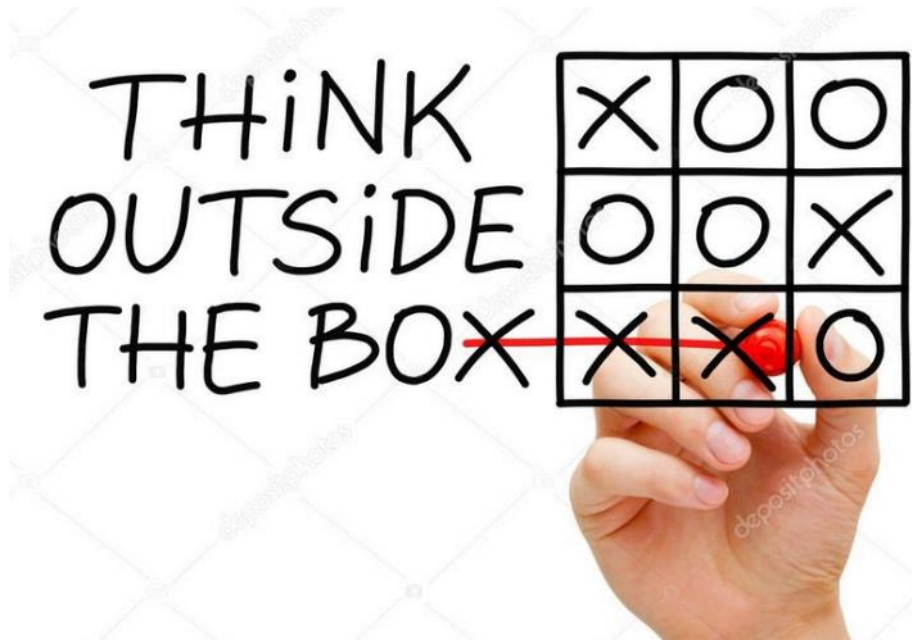


Neben den neuen Strukturen (BM, VM) ist der KVP ein innovativer Bestandteil von Mambo, der auf zwei Ebenen wirksam wird



Aufgrund der aktuellen gesellschaftlichen Entwicklung ist Multimorbidität eine große Herausforderung in der Zukunft – wir entwickeln jetzt Lösungen

- **Demographischer Wandel**
- **Ärztmangel**
- **Sektorengrenzen**
- **Komplexe Versorgungssituationen**
- **Bedarf an strukturierter, informierter und indikationsübergreifender Versorgung**



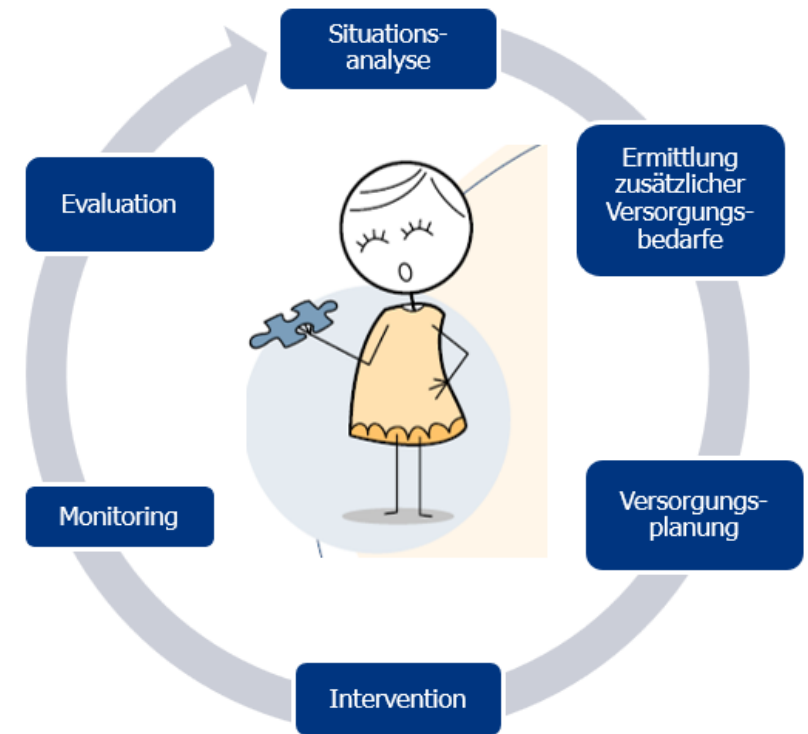
Monitoring



MoniKa-Profildefinition

- In enger Abstimmung mit der Ärztin/dem Arzt (verlängerter Arm)
- Erfasst zusätzlich die Versorgungssituation der Patienten aus MoniKa-Perspektive
- Unterstützung in der Versorgungskoordination
- Vorausschauender Blick
- Unterstützung durch
 - Medikations-Check
 - Schulungen
 - Organisation alltagsunterstützender Maßnahmen
 - Blick in die häusliche Situation
 - Suche nach Pflegediensten, Pflegeheimen etc.
 - Beantragung Pflegegrad
 - Beratung für demenziell Erkrankte und deren Angehörige

Mambo-Care und Case Management





Asthma/
COPD



Diabetes



KHK

...



- Sie sind versichert bei der pronova BKK
- Sie haben mind. 3 chronische Erkrankungen und/oder erhalten mind. 7 Medikamente
- Ihre Ärztin/ Ihr Arzt schreibt Sie ein

- Mambo- Ansprechpartnerin in Ihrer Hausarztpraxis
- Anmeldung zum MoniKa-Einsatz
- Terminvereinbarung

- Ausführliches, persönliches Gespräch
- Beratung
- Organisation
- Koordination

Wer kann an Vernetzung PLUS Gesundheit teilnehmen?



Herzinsuffizienz



COPD



pAVK

- Sie sind versichert bei der AOK Rheinland/Hamburg
- Sie haben einer der drei chronischen Erkrankungen (HI, COPD oder pAVK)
- Ihre Ärztin/ Ihr Arzt schreibt Sie ein
- Anmeldung zum MoniKa-Einsatz
- Terminvereinbarung

- Monitoring: Wir schauen gemeinsam genauer und häufiger hin, um Krankheitsentgleisungen rechtzeitig zu erkennen
- Koordination/Organisation

- Unterstützung im Umgang mit Erkrankung und im Wissen über Steuerungsmöglichkeiten durch die Ernährung und Medikation

Ambulant sensitive Diagnosen als ein Qualitätsindikator der ambulanten Versorgung

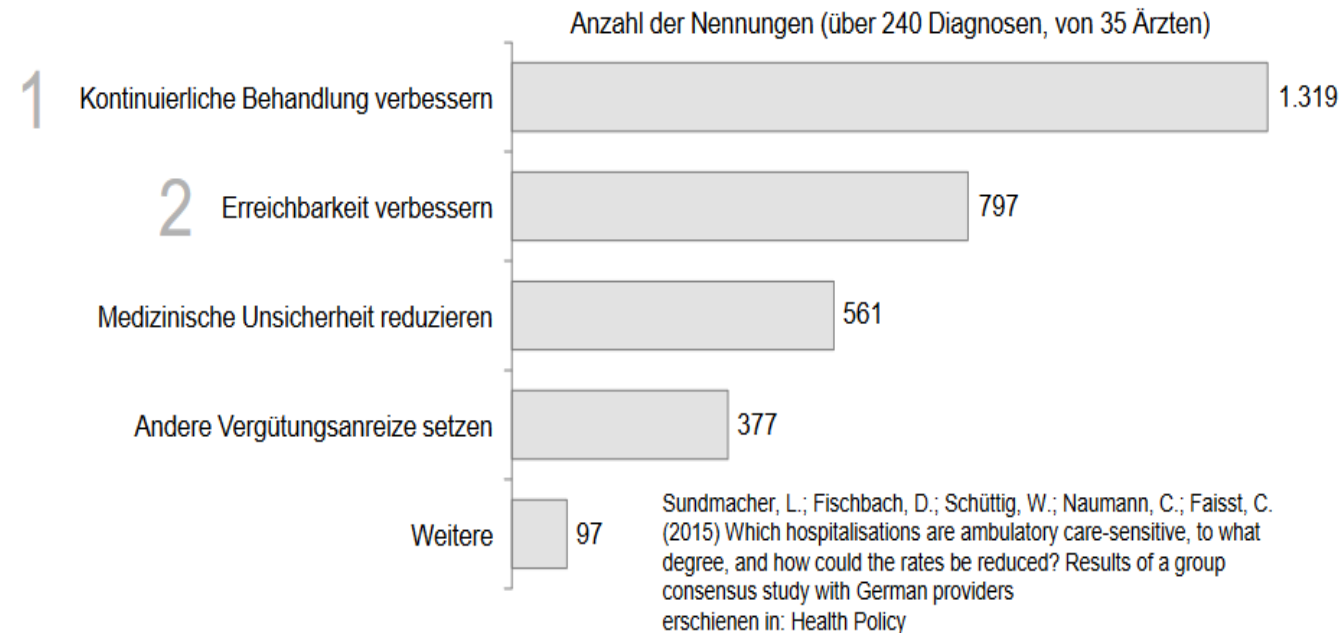
- Annahme: Krankenhausfälle können durch effektives Management + effektive Akutbehandlungen chronischer Erkrankungen vermieden werden
- Erhöhte Rate ambulant-sensitiver Krankenhausfälle = Defizite im Zugang zum ambulanten Sektor oder/und Defizite der Qualität im ambulanten Sektor
- Externe (potenziell verzerrende) Faktoren beeinflussen den Zusammenhang zwischen der Güte des ambulanten Sektors und den Krankenhausaufenthalten infolge ASD
- Konsentierete Liste von 22 Diagnosegruppen

Kernliste von 22 Diagnosegruppen decken 85% der vermeidbaren Hospitalisierungen ab

Diagnosegruppe	Anzahl der Fälle (in Tsd.) [absteigend]	Anzahl der vermeidbaren Fälle (in Tsd.)	Prozentsatz der vermeidbaren Fälle	Anzahl verm. Fälle * Prozentsatz der Notfälle	Prozentsatz der Notfälle	Häufigste medizinische Maßnahme zur Reduzierung von ASK	Häufigste systemische Maßnahme zur Reduzierung von ASK
Ischämische Herzkrankheiten	426	260	61%	75.4	29%	MoCD	ICT
Herzinsuffizienz	381	246	64%	81.18	33%	MoCD	ICT
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	370	282	76%	86.01	30.50%	MoCD	ICT
Bronchitis & COPD	320	245	76%	138.43	56.50%	MoCD	ICT
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioi	315	209	66%	135.85	65%	OPP	ICT
Rückenbeschwerden	284	231	81%	84.32	36.50%	OPP	ICT
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	279	231	83%	132.83	57.50%	OPP	ICT
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	263	202	77%	110.09	54.50%	MoCD	ICT
Infektiöse Darmkrankheiten	259	195	75%	136.5	70%	OPP	ICT
Grippe und Pneumonie	256	175	68%	108.5	62.50%	ETaD	ICT
HNO-Infektionen	252	214	85%	37.45	17.50%	ETaD	ICT
Depressive Störungen	251	175	70%	53.38	30.50%	MoCD	ICT
Diabetes mellitus	196	160	81%	59.2	37%	MoCD	ICT
Gonarthrose	190	110	58%	4.4	4%	MoCD	ICT
Krankheiten der Sehnen und Weichteilgewebe	183	134	73%	20.77	15.50%	ETaD	ICT
Sonstige vermeidbare psychische und Verhaltensstörungen	175	129	74%	62.57	48.50%	MoCD	ICT
Krankheiten des Auges	153	124	81%	9.92	8%	MoCD	ICT
Krankheiten des Harnsystems	146	126	86%	68.67	54.50%	ETaD	ICT
Schlafstörungen	127	105	83%	5.78	5.50%	MoCD	ICT
Infektionen der Haut und der Unterhaut	125	96	77%	51.84	54%	ETaD	ICT
Mangelernährung	49	42	85%	11.55	27.50%	OPP	ICT
Zahn- und Mundhöhlenerkrankungen	36	33	94%	10.4	31.50%	OPP	ICT

Tabelle 4: Anzahl der Krankenhausfälle, Grad der Vermeidbarkeit und Anteil der Notfälle sowie ihre Kombination aus dem Jahr 2012; Maßnahmen [MoCD: Management andauernder Erkrankungen; OPP: Sonstige Primärprävention durch Verhaltensempfehlungen; ETaD: Behandlung von Akuterkrankungen] und Strategien zur Reduzierung v ASK [ICT: Kontinuierliche Behandlung verbessern]

Mögliche systemische Maßnahmen zur Reduktion von Krankenhausaufenthalten infolge von ASD



In einer detaillierten Analyse sind diese Ergebnisse auf Ebene einzelner Krankheiten zu untersuchen und genauer zu bewerten

● = nein ● = leicht ● = stark

Fragestellung Belastungsdyspnoe

Haben Sie bei folgenden körperlichen Tätigkeiten Luftnot?

NYHA II	1. Wenn Sie schneller gehen, so als würden Sie einen Bus noch erreichen wollen oder wenn Sie Treppen steigen, z.B. bis in den 2. Stock?			
NYHA III	2. Wenn Sie eine gerade Strecke in normaler Gehgeschwindigkeit laufen?			
NYHA IV	3. Wenn Sie ruhig sitzen oder wenn Sie schlafen ? (mit erhöhtem Oberkörper/Kissen)			
	4. sonstiges Textfeld (sonstige Beschwerden)			

● = nein ● = leicht ● = stark

Leistungsminderung/Müdigkeit:

1. Fühlen Sie sich, z.B. auf dem Weg zum Einkaufen, schnell erschöpft ?
2. Können Sie weniger Tätigkeiten im Haushalt ausführen als früher?
3. Behindert Ihre Luftnot Ihre gewohnten Alltagstätigkeiten?
4. Haben Sie Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten?
5. sonstiges Textfeld (sonstige Beschwerden)

Notfallfragen

Haben Sie neu aufgetretene Brustschmerzen oder ein neu aufgetretenes Engegefühl in der Brust (Angina Pectoris)

<input type="text" value="ja, seit heute oder mehreren Tagen"/>	⇒	<input type="text" value="Kontaktaufnahme Arzt"/>
<input type="text" value="nein"/>		

Haben Sie neu aufgetretene starke Luftnot?

<input type="text" value="ja, seit heute oder mehreren Tagen"/>	⇒	<input type="text" value="Kontaktaufnahme Arzt"/>
<input type="text" value="nein"/>		

Haben Sie in den letzten 2 Wochen wegen verstärkter Luftnot in einem Stuhl oder mit mehr als 2 Kissen im Bett geschlafen?

<input type="text" value="ja, seit heute oder mehreren Tagen"/>	⇒	<input type="text" value="Kontaktaufnahme Arzt"/>
<input type="text" value="nein"/>		

Sonstiges

Monitoring zur...

	Ja	Nein	
Therapiesteuerung:			
Einhaltung des Gewichtes			um wieviel kg?
Hat sich in den letzten Tagen ihr Gewicht			
1. um mehr als 2 kg innerhalb von 2-3 Tagen erhöht ? oder um 5 kg kontinuierlich innerhalb 1 Woche ?			
2. Gewicht unverändert			
3. sonstiges Textfeld			
Flüssigkeitsretention			
1. Haben Sie geschwollene Füße, Knöchel oder Beine?			
[2. Haben Sie Wassereinlagerung im Bauch (bettlägerigen Patienten)]			
3. Müssen Sie mehr als 2x nachts Wasser lassen?			
4. Trinken Sie mehr als 1,5-2L pro Tag oder			Wie viel?
5. Trinken Sie weniger als 1,5-2L pro Tag?			Wie viel?
6. sonstiges Textfeld			
Medikations-Adhärenz			
1. Nehmen Sie Ihre Medikamente regelmäßig ein?			
2. Nehmen Sie alle Medikamente ein, die Ihnen verordnet wurden?			
3. Nehmen Sie die Medikamente in der verordneten Dosierung ein?			
	häufig	selten	
4. Wie häufig* nutzen Sie Ihre Bedarfsmedikation?			*Ab dem 2. Mal in der Woche
5. Wie häufig lassen Sie Ihre Medikamente mal weg			
6. sonstiges Textfeld			
	Textfeld	Textfeld	Textfeld
kontinuierliche Erfassung wichtiger Vitalparameter			
	systolisch	diastolisch	
1. Blutdruck* RR syst. >140 oder diast. >90 mmHg: Arzt informieren Falls bei beiden Messungen RR syst. < 85: Arzt informieren			*Achtung: Messung erst nach einer Ruhephase von 5 Minuten durchführen
2. Puls			
3. (Herzfrequenz)			
4. Sauerstoffsättigung			
	Ja	Nein	
Erfassung Kontrollparameter			
1. Herzkatheter			
2. Schrittmacher			
3. Defibrillator			
4. Stent(s)			
5. Wann ist Ihr nächster Geräte-Kontrolltermin?			
6. Teilnahme DMP KHK			
7. Teilnahme DMP COPD			
8. Wann ist Ihr nächster Facharzt-Termin	Textfeld	Textfeld	Textfeld
9. Verwendung Tagebuch regelmäßig?			

- prognostizierbaren Gesundheitseinschätzung (prädiktiv health assessment)
- Vermeidung belastender Krankheitseinweisungen
- Vermeidung frühzeitiger Krankheitsentgleisungen
- Entlastung des Arztes
- Vermeidung Drehtüreffekt

„Für Ihre Aufmerksamkeit herzlichen Dank.“

Versorgungsplan – Ziel: Sicherstellung einer stabilen, ambulanten Versorgung

Name der CM	
Name Patient/in	

Bereich 1: Wohnsituation + hauswirtschaftliche Versorgung					
Datum:					
Bedarf/Problem	Ressourcen	Versorgungsziel	Mögliche Maßnahmen	Mögliche Leistungserbringer	Zeitpunkt + Indikatoren Zielerreichung
			1.		
			2.		
			3.		
			4.		
			5.		
Verlauf/ Ereignis					

Versorgungsplan – Ziel: Sicherstellung einer stabilen, ambulanten Versorgung

Name der CM	
Name Patient/in	

Bereich 2: Pflegerische Versorgung (Mobilität + Ernährung)					
Datum:					
Bedarf/Problem	Ressourcen	Versorgungsziel	Mögliche Maßnahmen	Mögliche Leistungserbringer	Zeitpunkt + Indikatoren Zielerreichung
			1.		
			2.		
			3.		
			4.		
			5.		
Verlauf/ Ereignis					

Versorgungsplan – Ziel: Sicherstellung einer stabilen, ambulanten Versorgung

Name der CM	
Name Patient/in	

Bereich 3: Selbstversorgung (Umgang mit Krankheiten, inkl. Medikation)					
Datum:					
Bedarf/Problem	Ressourcen	Versorgungsziel	Mögliche Maßnahmen	Mögliche Leistungserbringer	Zeitpunkt + Indikatoren Zielerreichung
			1.		
			2.		
			3.		
			4.		
			5.		
Verlauf/ Ereignis					

Versorgungsplan – Ziel: Sicherstellung einer stabilen, ambulanten Versorgung

Name der CM	
Name Patient/in	

Bereich 4: Psychosoziale Situation (Gestaltung des Alltagslebens + soziale Kontakte)					
Datum:					
Bedarf/Problem	Ressourcen	Versorgungsziel	Mögliche Maßnahmen	Mögliche Leistungserbringer	Zeitpunkt + Indikatoren Zielerreichung
			1.		
			2.		
			3.		
			4.		
			5.		
Verlauf/ Ereignis					

Versorgungsplan – Ziel: Sicherstellung einer stabilen, ambulanten Versorgung

Name der CM	
Name Patient/in	

Bereich 5: kognitive Fähigkeiten / psychische Probleme					
Datum:					
Bedarf/Problem	Ressourcen	Versorgungsziel	Mögliche Maßnahmen	Mögliche Leistungserbringer	Zeitpunkt + Indikatoren Zielerreichung
			1.		
			2.		
			3.		
			4.		
			5.		
Verlauf/ Ereignis					

Versorgungsplan – Ziel: Sicherstellung einer stabilen, ambulanten Versorgung

Name der CM	
Name Patient/in	

Bereich 6: Finanzielle + rechtliche Situation					
Datum:					
Bedarf/Problem	Ressourcen	Versorgungsziel	Mögliche Maßnahmen	Mögliche Leistungserbringer	Zeitpunkt + Indikatoren Zielerreichung
			1.		
			2.		
			3.		
			4.		
			5.		
Verlauf/ Ereignis					

Versorgungsplan – Ziel: Sicherstellung einer stabilen, ambulanten Versorgung

Name der CM	
Name Patient/in	

Bereich 7:					
Datum:					
Bedarf/Problem	Ressourcen	Versorgungsziel	Mögliche Maßnahmen	Mögliche Leistungserbringer	Zeitpunkt + Indikatoren Zielerreichung
			1.		
			2.		
			3.		
			4.		
			5.		
Verlauf/ Ereignis					

Anlage 29: Medikamentenliste Selbstauskunft



Medikamentenliste - Selbstauskunft

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Versicherten-Nr.: _____

Auch Spritzen, Pflaster, Sprays, Säfte, Tropfen etc. – selbstgekaufte, nicht-ärztlich verordnete Medikamente							
Name des Präparates	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Grund der Einnahme

Expertenpanel Herzinsuffizienz

06. Juni 2018

Mam | bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Themen und Ziele des Expertenpanels

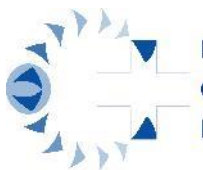
- Begrüßung und Vorstellungsrunde (warum ist das Thema für mich interessant)
- Mambo – worum geht es eigentlich?
- KVP: Veränderung der gelebten Versorgungspraxis
- Ambulant Sensitive Krankenhausfälle (ASK) – wovon sprechen wir genau?
- Sekundärdatenanalyse „Herzinsuffizienz“ der pronova BKK
- Ziele:
 - Gleiches Verständnis für das Patientenbild
 - Welche Fälle sind zu vermeiden?
 - Konkret unterstützende Maßnahmen zur Vermeidung ASK Herzinsuffizienz für Hausarzt, MFA, MoniKa
 - Ggf. Umsetzung und weiteres Vorgehen

Mambo ist eine Initiative zur Verbesserung der Koordination in der ambulanten Versorgung multimorbider Patienten

- Fokus liegt auf betreuungsintensiveren Patienten
- Früherkennung von Eskalationen
- Stabilisierung der Alltagssituation / Vermeidung unnötiger Krankenhaus-Einweisungen
- Entlastung des Arztes von nicht-ärztlichen Aufgaben / Delegation + Erhalt zusätzlicher Patienteninformationen durch „MoniKa“ und ggf. MFA
- Multimorbidität = Multimedikation: Erhöhung Therapieadhärenz + Therapiesicherheit

START
01. Juli
2017

Projektpartner



Regionales
Gesundheitsnetz
Leverkusen eG

pronovaBKK
Partner für Ihre Gesundheit

Umsetzungs-
begleitung

Change-Management
Experten

Wissenschaftliche
Evaluation

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:mvr

Für die Umsetzung einer Verbesserungsmaßnahme in den Strukturen sind drei Schritte notwendig

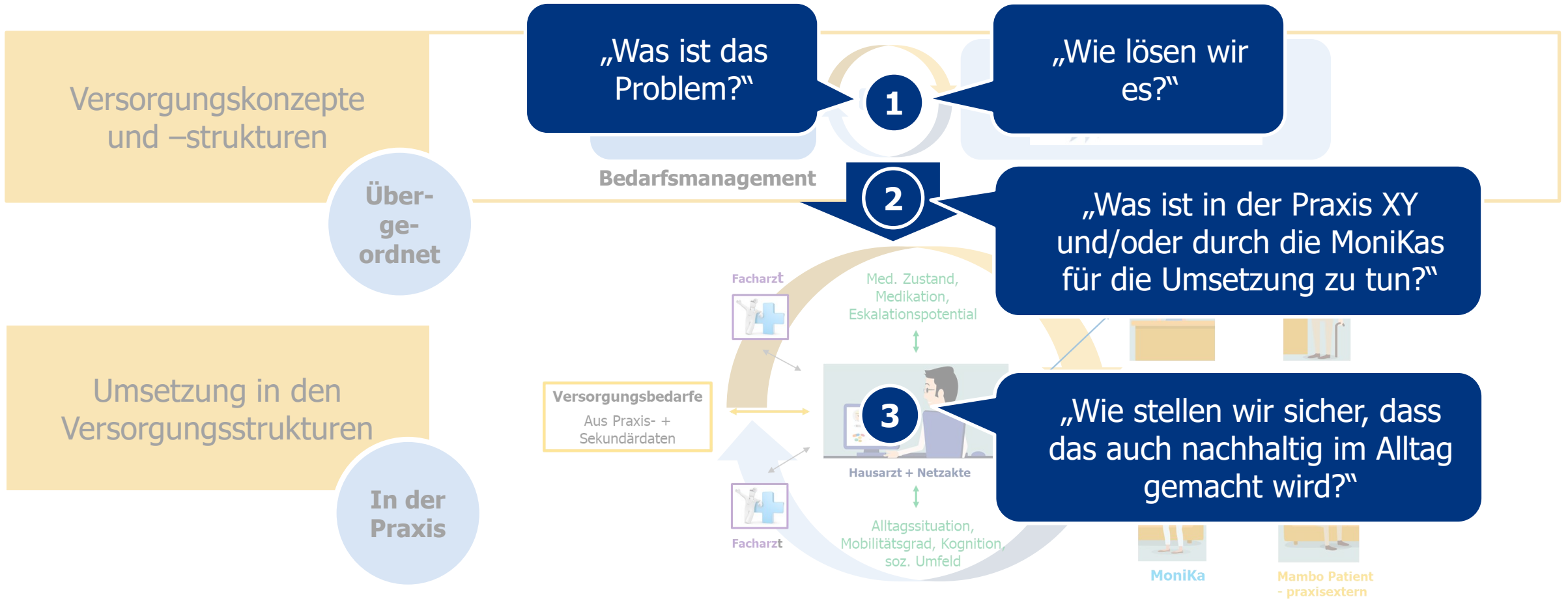
- Identifikation relevanter **Verbesserungsbedarfe** aus der Versorgungspraxis (VM) + Datenanalyse (BM) **1**
- Entwicklung geeigneter **Ansätze**, um Bedarfe zu adressieren

Mit den betroffenen Akteuren im System (z.B. Monikas, Ärzte, MFAs) **Übersetzung** der Konzepte in konkrete, individuelle Alltags-Aktivitäten **2**



- 3** ▪ Umsetzung in der Breite des Systems durch die Akteure
- Start der Wirksamkeit am Patienten

Die drei Schritte charakterisieren auch das Vorgehen zur Veränderung der gelebten Versorgungspraxis



Ambulant sensitive Diagnosen als ein Qualitätsindikator der ambulanten Versorgung

- Annahme: Krankenhausfälle können durch effektives Management + effektive Akutbehandlungen chronischer Erkrankungen vermieden werden
- Erhöhte Rate ambulant-sensitiver Krankenhausfälle = Defizite im Zugang zum ambulanten Sektor oder/und Defizite der Qualität im ambulanten Sektor
- Externe (potenziell verzerrende) Faktoren beeinflussen den Zusammenhang zwischen der Güte des ambulanten Sektors und den Krankenhausaufenthalten infolge ASD
- Konsentierete Liste von 22 Diagnosegruppen

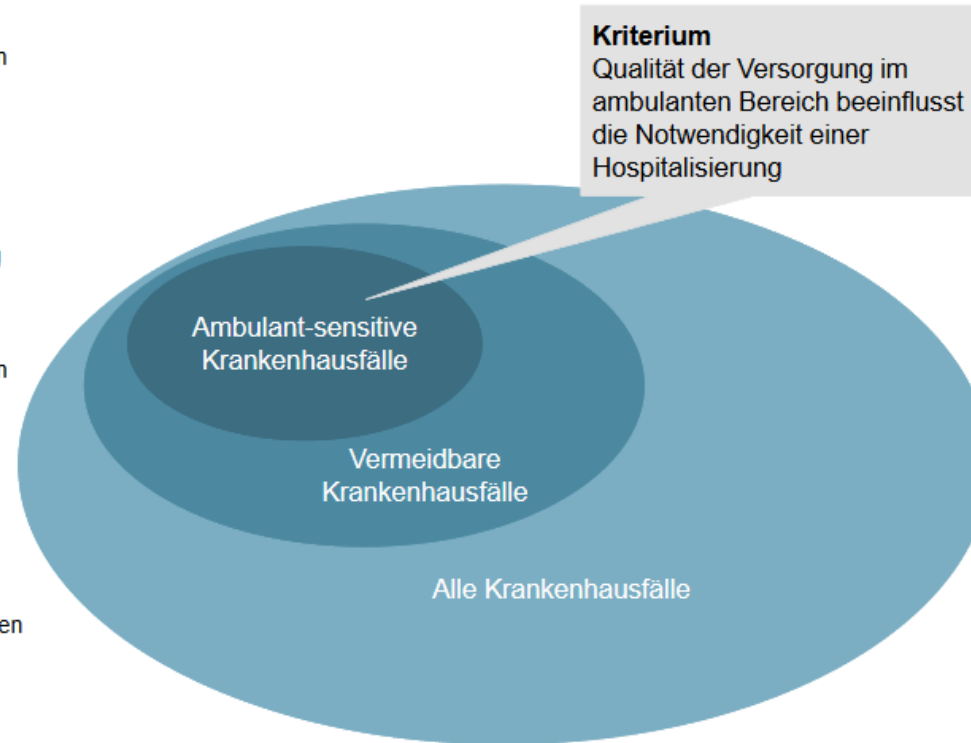
Kernliste von 22 Diagnosegruppen decken 85% der vermeidbaren Hospitalisierungen ab

Diagnosegruppe	Anzahl der Fälle (in Tsd.) [absteigend]	Anzahl der vermeidbaren Fälle (in Tsd.)	Prozentsatz der vermeidbaren Fälle	Anzahl verm. Fälle * Prozentsatz der Notfälle	Prozentsatz der Notfälle	Häufigste medizinische Maßnahme zur Reduzierung von ASK	Häufigste systemische Maßnahme zur Reduzierung von ASK
Ischämische Herzkrankheiten	426	260	61%	75.4	29%	MoCD	ICT
Herzinsuffizienz	381	246	64%	81.18	33%	MoCD	ICT
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	370	282	76%	86.01	30.50%	MoCD	ICT
Bronchitis & COPD	320	245	76%	138.43	56.50%	MoCD	ICT
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioi	315	209	66%	135.85	65%	OPP	ICT
Rückenbeschwerden	284	231	81%	84.32	36.50%	OPP	ICT
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	279	231	83%	132.83	57.50%	OPP	ICT
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	263	202	77%	110.09	54.50%	MoCD	ICT
Infektiöse Darmkrankheiten	259	195	75%	136.5	70%	OPP	ICT
Grippe und Pneumonie	256	175	68%	108.5	62.50%	ETaD	ICT
HNO-Infektionen	252	214	85%	37.45	17.50%	ETaD	ICT
Depressive Störungen	251	175	70%	53.38	30.50%	MoCD	ICT
Diabetes mellitus	196	160	81%	59.2	37%	MoCD	ICT
Gonarthrose	190	110	58%	4.4	4%	MoCD	ICT
Krankheiten der Sehnen und Weichteilgewebe	183	134	73%	20.77	15.50%	ETaD	ICT
Sonstige vermeidbare psychische und Verhaltensstörungen	175	129	74%	62.57	48.50%	MoCD	ICT
Krankheiten des Auges	153	124	81%	9.92	8%	MoCD	ICT
Krankheiten des Harnsystems	146	126	86%	68.67	54.50%	ETaD	ICT
Schlafstörungen	127	105	83%	5.78	5.50%	MoCD	ICT
Infektionen der Haut und der Unterhaut	125	96	77%	51.84	54%	ETaD	ICT
Mangelernährung	49	42	85%	11.55	27.50%	OPP	ICT
Zahn- und Mundhöhlenerkrankungen	36	33	94%	10.4	31.50%	OPP	ICT

Tabelle 4: Anzahl der Krankenhaushfälle, Grad der Vermeidbarkeit und Anteil der Notfälle sowie ihre Kombination aus dem Jahr 2012; Maßnahmen [MoCD: Management andauernder Erkrankungen; OPP: Sonstige Primärprävention durch Verhaltensempfehlungen; ETaD: Behandlung von Akuterkrankungen] und Strategien zur Reduzierung v ASK [ICT: Kontinuierliche Behandlung verbessern]

Krankheitsmanagement: Ambulant sensitive Krankhausfälle - Abgrenzung

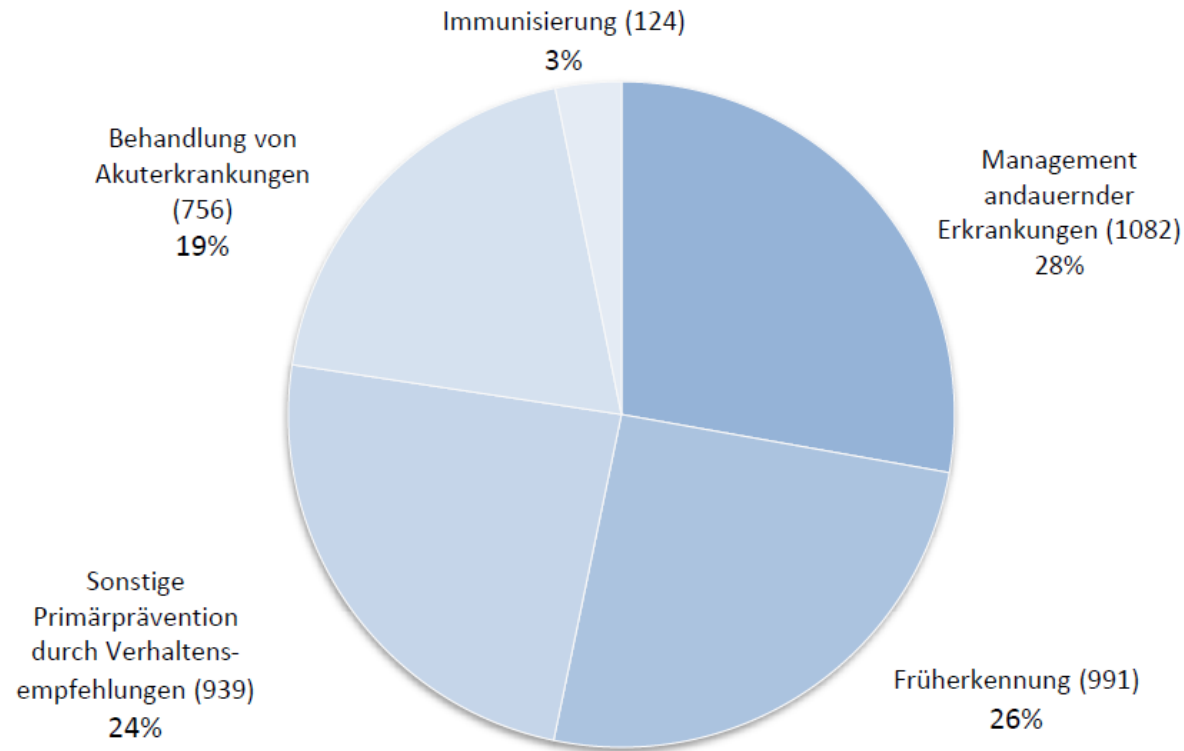
- ❖ Leistungen, die auch ambulant erbracht werden können (Herzkatheter, Glaukom-OP) • Veränderungsfaktor medizinischer Fortschritt
- ❖ Ambulant-sensitive Notfälle • Fehlsteuerung
- ❖ Ambulant-sensitive Krankenhausfälle • Defizite in der ambulanten Versorgung; Krankenhausstruktur
- ❖ Leistungen, welche die Qualität sektorenübergreifender Behandlung anzeigen können (Myokardinfarkt, Schlaganfall) • Indikatoren



Quelle: Sundmacher

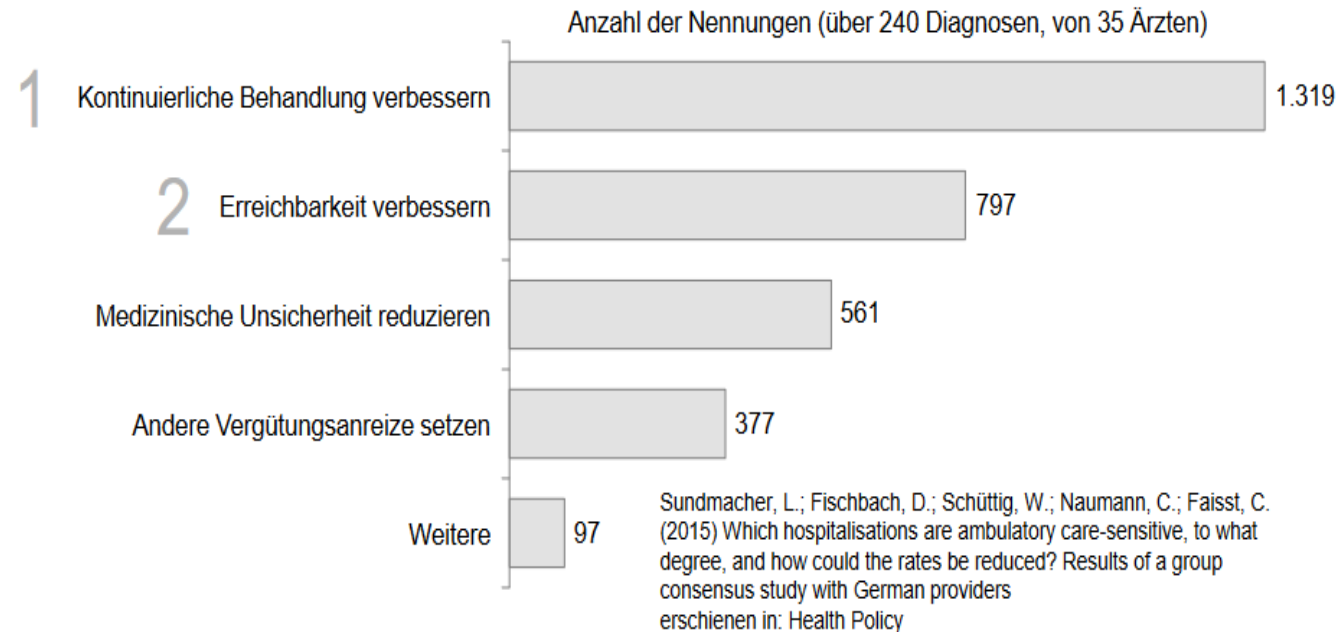
2

Krankheitsmanagement: Medizinische Behandlungen zur Reduktion von Krankenhausaufenthalten infolge von ASDF



Quelle: Sundmacher et.al. 2015: Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen Deutschland

Krankheitsmanagement: Mögliche systemische Maßnahmen zur Reduktion von Krankenhausaufenthalten infolge von ASD



In einer detaillierten Analyse sind diese Ergebnisse auf Ebene einzelner Krankheiten zu untersuchen und genauer zu bewerten

Quelle: Sundmacher et.al. 2015: Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen Deutschland

Back UP

Evaluation Mambo – kurzer Abgleich

- **Innovationsimplementierung Praxis (Nützlichkeit des Change Managements)**
- **Auswertung der Sekundärdaten bzgl. 3 paradigmatischer Krankheitsfelder**
 - Herzinsuffizienz (Anzahl Dekompensationen senken)
 - COPD (Anzahl Exazerbationen senken)
 - Vorhofflimmern (TIA/Schlaganfall vermeiden)
- **Auswertung Sekundärdaten bzgl.**
 - Inanspruchnahme Fachärzte gleicher Fachrichtung (Anzahl senken)
 - Anzahl Kontakte ärztl. Bereitschaftsdienst
 - Raten der amb.-sensitiven KH-Einweisungen senken (Ischämische Herzkrankheit, Krankheiten der Sehnen und Weichteile, Sonstige Herzkreislauferkrankungen)
- **Summative Evaluation: Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität**
 - Befragung Patienten, Ärzte, Praxispersonal, BM, VM
- **Einbezug der zu evaluierenden Sekundärdaten in die Projektausrichtung und MoniKa-Tätigkeit**

Expertenpanel Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung COPD

Leverkusen, 4. April 2019

Mam | bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

- Begrüßung – warum bin ich heute hier?
- Mambo – worum geht es?
- Ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK) als Verbesserungschance
- Sekundärdatenanalyse des Bedarfsmanagements
- Diskussion

- **Begrüßung – warum sind wir heute hier?**
- Mambo – worum geht es?
- Ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK) als Verbesserungschance
- Sekundärdatenanalyse des Bedarfsmanagements
- Diskussion

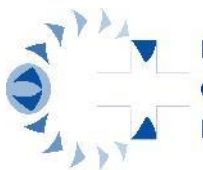
- Begrüßung – warum bin ich heute hier?
- **Mambo – worum geht es?**
- Ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK) als Verbesserungschance
- Sekundärdatenanalyse des Bedarfsmanagements
- Diskussion

Mambo ist eine Initiative zur Verbesserung der Koordination in der ambulanten Versorgung multimorbider Patienten

- Fokus liegt auf betreuungsintensiveren Patienten
- Früherkennung von Eskalationen
- Stabilisierung der Alltagssituation / Vermeidung unnötiger Krankenhaus-Einweisungen
- Entlastung des Arztes von nicht-ärztlichen Aufgaben / Delegation
- Erhalt zusätzlicher Patienteninformationen durch „MoniKa“ und ggf. MFA
- Multimorbidität = Multimedikation: Erhöhung Therapieadhärenz + Therapiesicherheit

START
1. Juli
2017

Projektpartner



Regionales
Gesundheitsnetz
Leverkusen eG

pronovaBKK
Partner für Ihre Gesundheit

Umsetzungsbegleitung

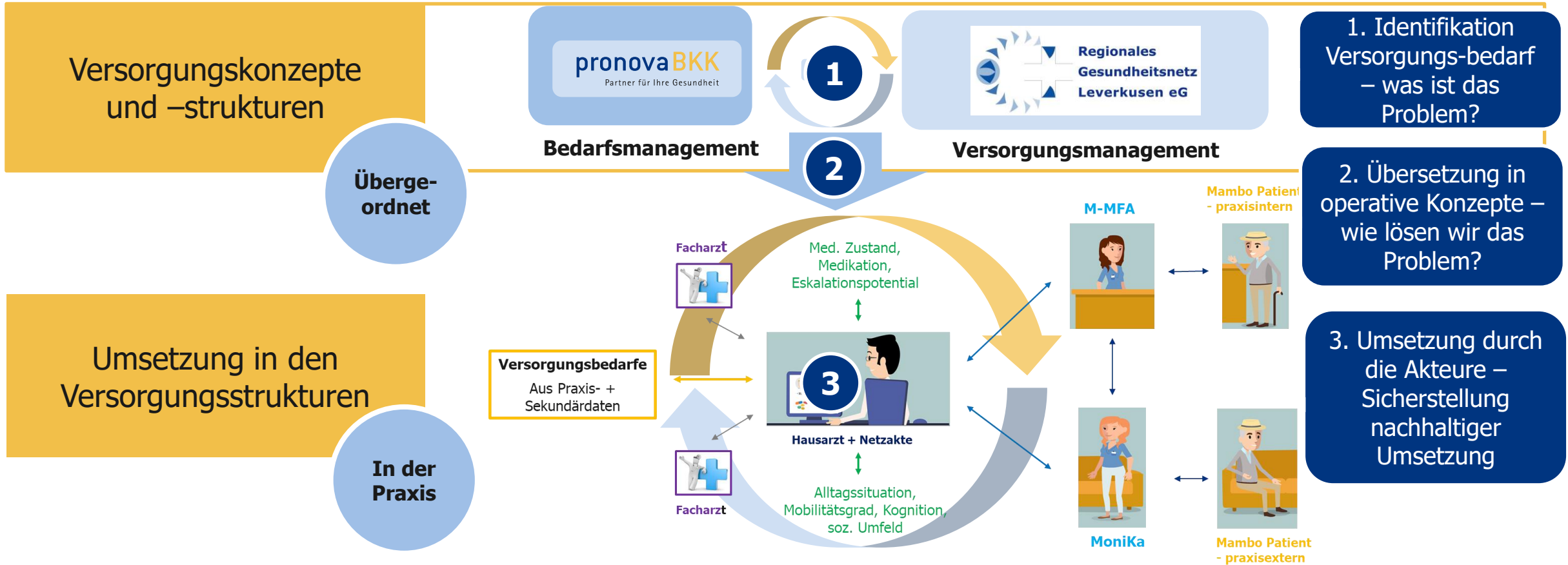
3CON connection
conception
conversion

Wissenschaftliche Evaluation

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:mvr

Drei Schritte werden bei Mambo partnerschaftlich von der pronova BKK (Bedarfs-) und dem Ärztenetz (Versorgungsmanagement) gestaltet



- Begrüßung – warum bin ich heute hier?
- Mambo – worum geht es?
- **Ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK) als Verbesserungschance**
- Sekundärdatenanalyse des Bedarfsmanagements
- Diskussion

Ambulant sensitive Diagnosen als ein Qualitätsindikator der ambulanten Versorgung

- KBV hat 2018 ermittelt: 3,7 Krankenhausfälle wären vermeidbar
- Annahme: Krankenhausfälle können durch ambulantes kontinuierliches Management + effektive Akutbehandlungen chronischer Erkrankungen vermieden werden
- Kritische Bewertungsansatz der ambulanten Versorgungsqualität – wo sind Defizite?
- Konsentierete Liste von 22 Diagnosegruppen mit Public Health Relevanz

ASK als erstes Handlungsfeld von Bedarfs- und Versorgungsmanagement ausgewählt

Kernliste von 22 Diagnosegruppen decken 85% der vermeidbaren Hospitalisierungen ab

Diagnosegruppe	Anzahl der Fälle (in Tsd.) [absteigend]	Anzahl der vermeidbaren Fälle (in Tsd.)	Prozentsatz der vermeidbaren Fälle	Anzahl verm. Fälle * Prozentsatz der Notfälle	Prozentsatz der Notfälle	Häufigste medizinische Maßnahme zur Reduzierung von ASK	Häufigste systemische Maßnahme zur Reduzierung von ASK
Ischämische Herzkrankheiten	426	260	61%	75.4	29%	MoCD	ICT
Herzinsuffizienz	381	246	64%	81.18	33%	MoCD	ICT
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	370	282	76%	86.01	30.50%	MoCD	ICT
Bronchitis & COPD	320	245	76%	138.43	56.50%	MoCD	ICT
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioi	315	209	66%	135.85	65%	OPP	ICT
Rückenbeschwerden	284	231	81%	84.32	36.50%	OPP	ICT
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	279	231	83%	132.83	57.50%	OPP	ICT
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	263	202	77%	110.09	54.50%	MoCD	OPP
Infektiöse Darmkrankheiten	259	195	75%	105.09	50.50%	MoCD	OPP
...d Pneumonie	255	195	76%	105.09	50.50%	MoCD	OPP

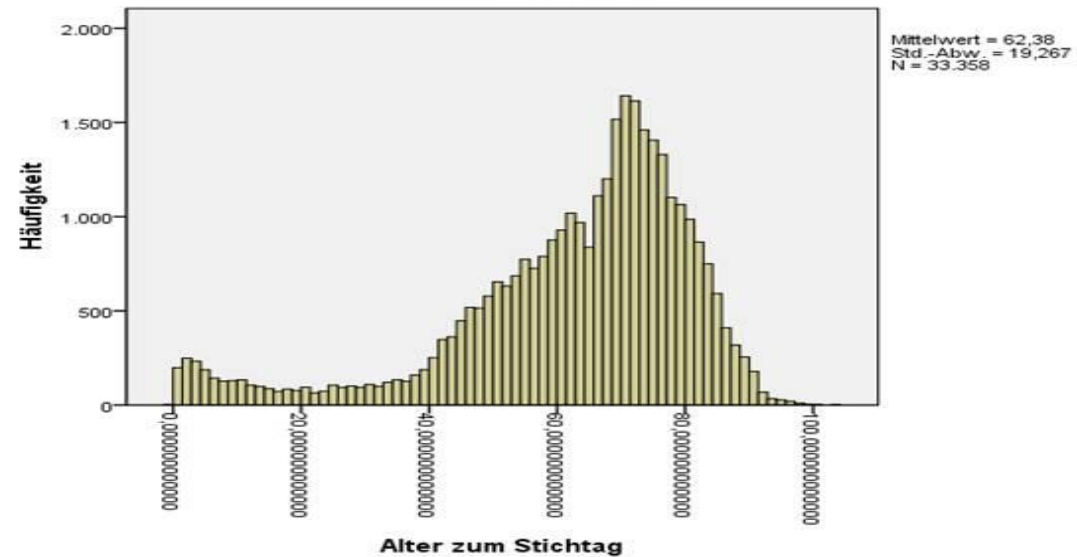
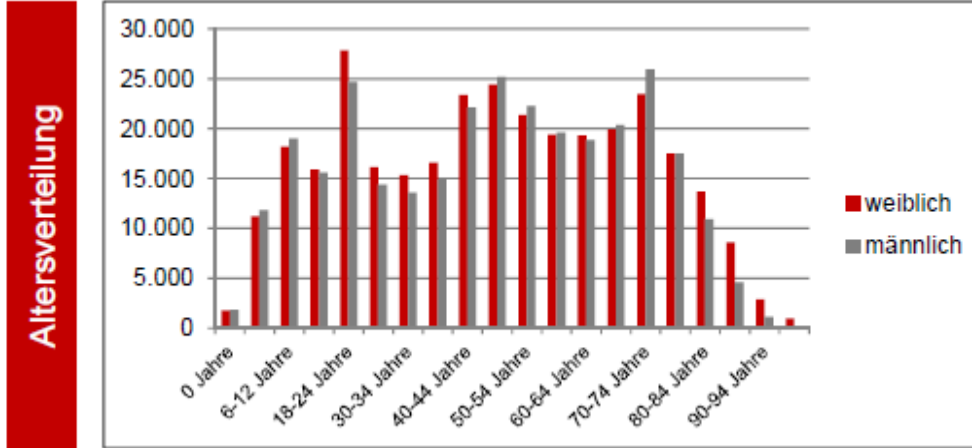
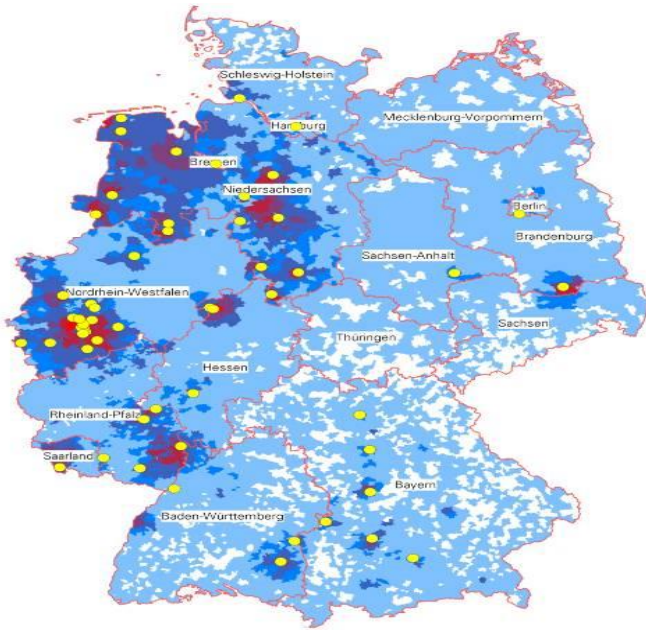
Diagnosegruppe	Fälle	vermeidbare Fälle	Prozentsatz der vermeidbaren Fälle	Prozentsatz der Notfälle	häufigste Maßnahme zur Reduzierung von ASK	systemische Maßnahme zur Reduzierung von ASK
Ischämische Herzkrankheiten	426	260	61%	29%	MoCD	ICT
Herzinsuffizienz	381	246	64%	33%	MoCD	ICT
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	370	282	76%	30.50%	MoCD	ICT
Bronchitis & COPD	320	245	76%	56.50%	MoCD	ICT
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioi	315	209	66%	65%	OPP	ICT
Rückenbeschwerden	284	231	81%	36.50%	OPP	ICT
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	279	231	83%	57.50%	OPP	ICT
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	263	202	77%	54.50%	MoCD	OPP
Infektiöse Darmkrankheiten	259	195	75%	50.50%	MoCD	OPP
...d Pneumonie	255	195	76%	50.50%	MoCD	OPP

- Begrüßung – warum bin ich heute hier?
- Mambo – worum geht es?
- Ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK) als Verbesserungschance
- **Sekundärdatenanalyse des Bedarfsmanagements**
- Diskussion

Bronchitis und COPD

Diagnosegruppe	Diagnose 3-steller	icd10_text	Bruttokosten KH	Patienten	Fallkosten	COPD
Bronchitis und COPD	J20	Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	17.120,11 €	9	1.902,23 €	
		Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	14.512,99 €	11	1.319,36 €	x
		Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	128.807,53 €	69	1.866,78 €	x
	J21	Akute Bronchiolitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	21.426,66 €	9	2.380,74 €	
	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	26.603,52 €	14	1.900,25 €	
	J41	Einfache chronische Bronchitis	3.155,18 €	2	1.577,59 €	
		Schleimig-eitrige chronische Bronchitis	896,86 €	1	896,86 €	
	J42	Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis	5.584,22 €	3	1.861,41 €	x
	J43	Emphysem, nicht näher bezeichnet	316,14 €	1	316,14 €	x
		Sonstiges Emphysem	3.308,23 €	2	1.654,12 €	x
		Zentrilobuläres Emphysem	897,34 €	1	897,34 €	x
	J44	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	139.598,91 €	70	1.994,27 €	x
		Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	80.306,90 €	34	2.361,97 €	x
		Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet	12.074,14 €	12	1.006,18 €	x
		Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit	90.644,47 €	58	1.562,84 €	x
	Bronchitis und COPD Ergebnis			545.253,20 €	296	1.842,07 €

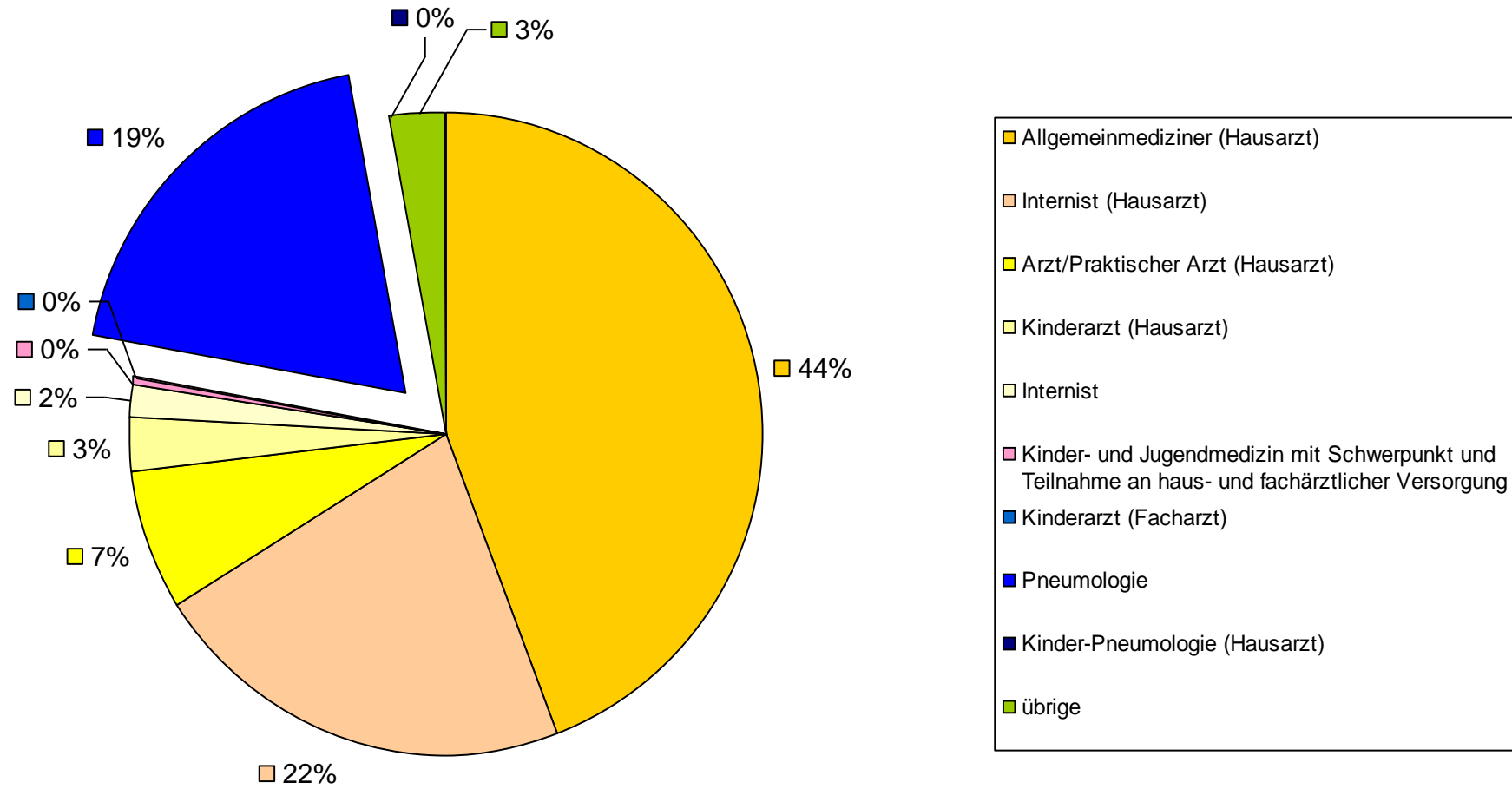
Welche Population an COPD-Patienten betrachten wir?



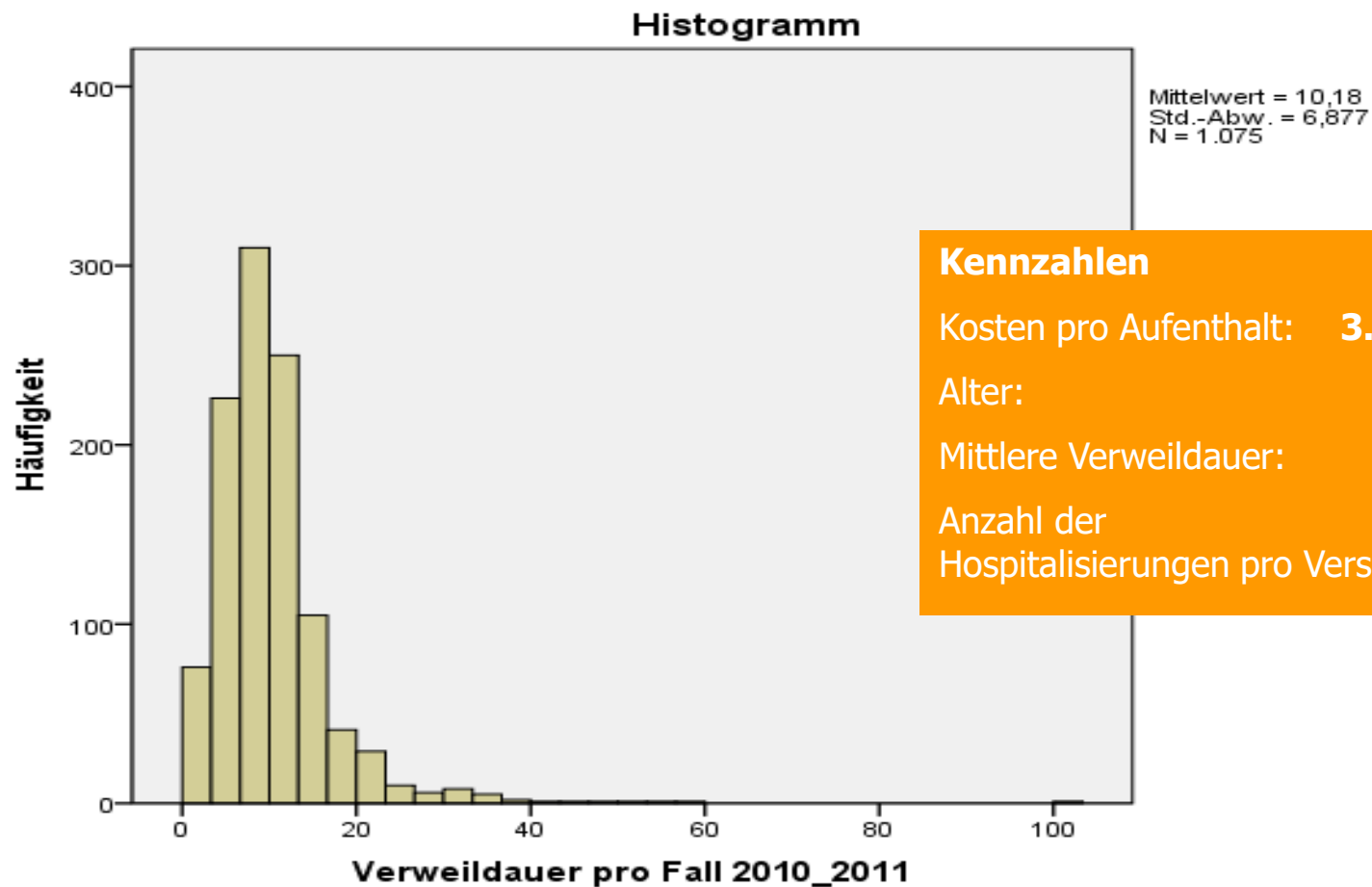
Kriterien: Mindestens 1 J44*-Diagnose
(Amb., KH, AU, KG)
im jeweils aktuellsten Ganzjahreszeitraum

Wer verordnet Arzneimittel zur Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen?

Verordner: Anzahl Packungen Arzneimittel zur Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen (ATC R03*)



KH: Verweildauer pro Fall (J44*): Ein heterogenes Bild



Kennzahlen

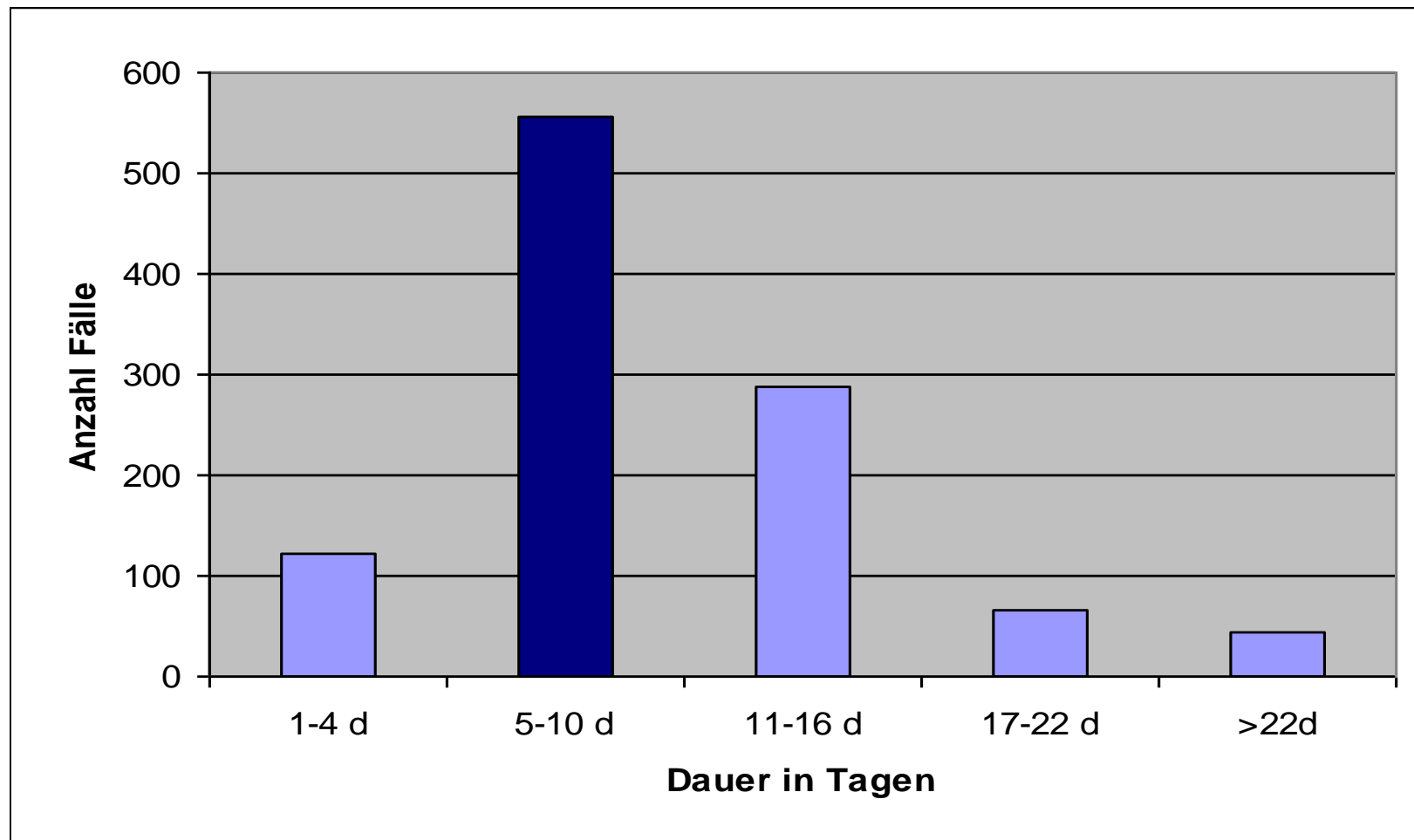
Kosten pro Aufenthalt: **3.741,- ± 6.897,- EUR**

Alter: **72 ± 11 LJ**

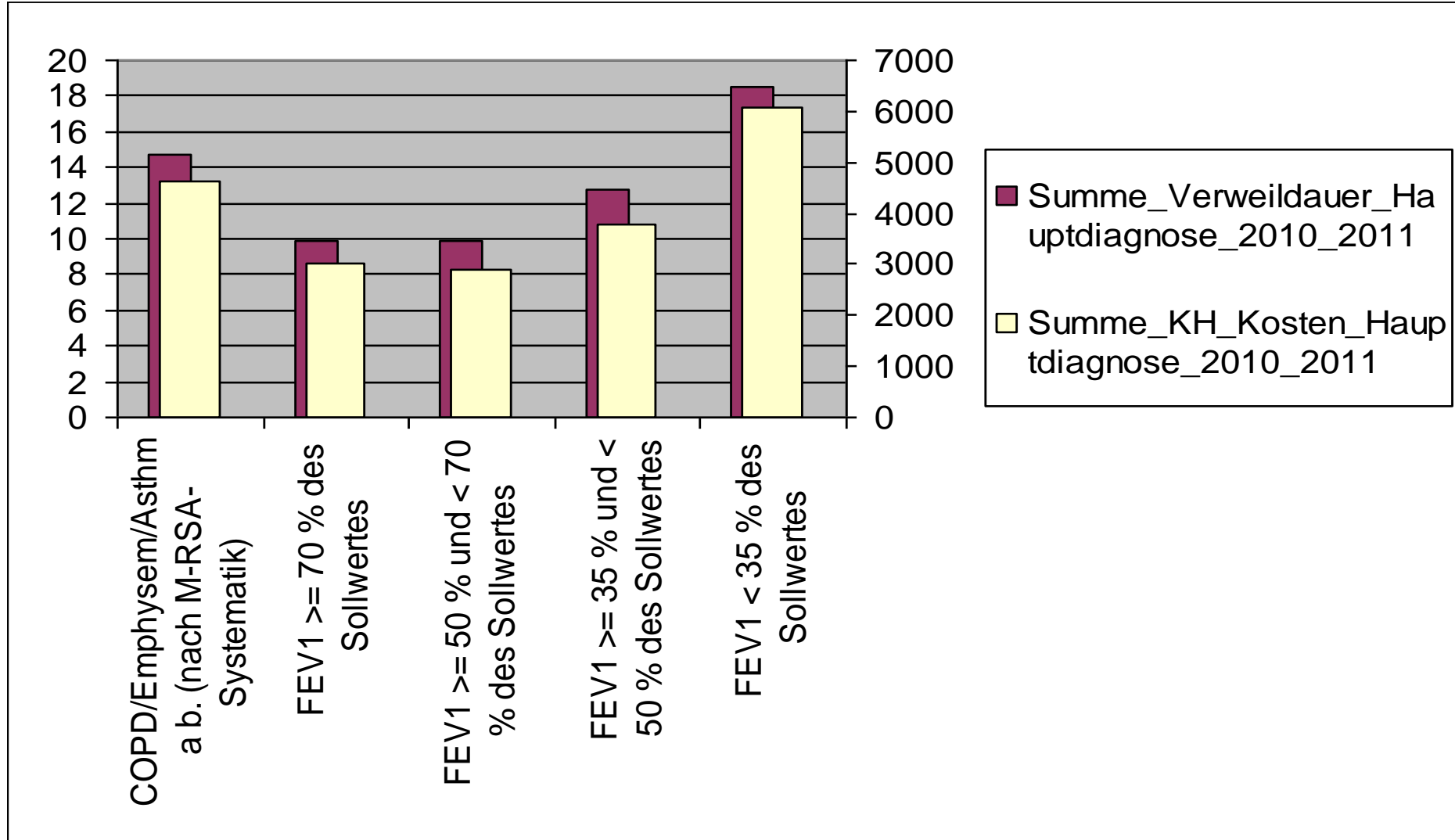
Mittlere Verweildauer: **10,2 ± 6,9 Tage**

Anzahl der
Hospitalisierungen pro Versicherter: **1,2/a**

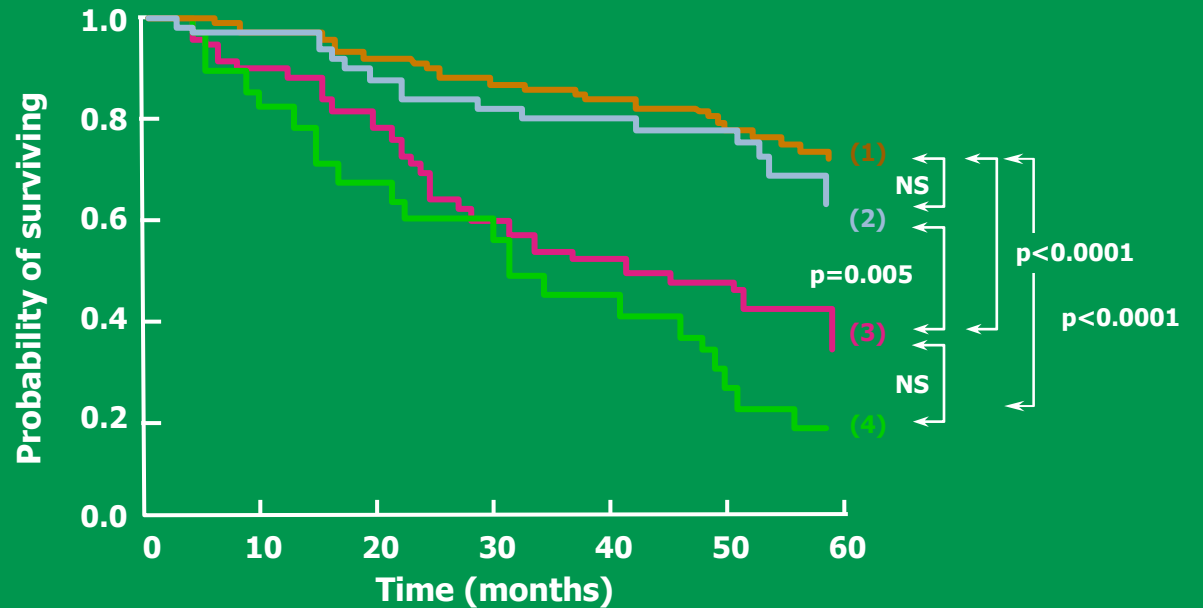
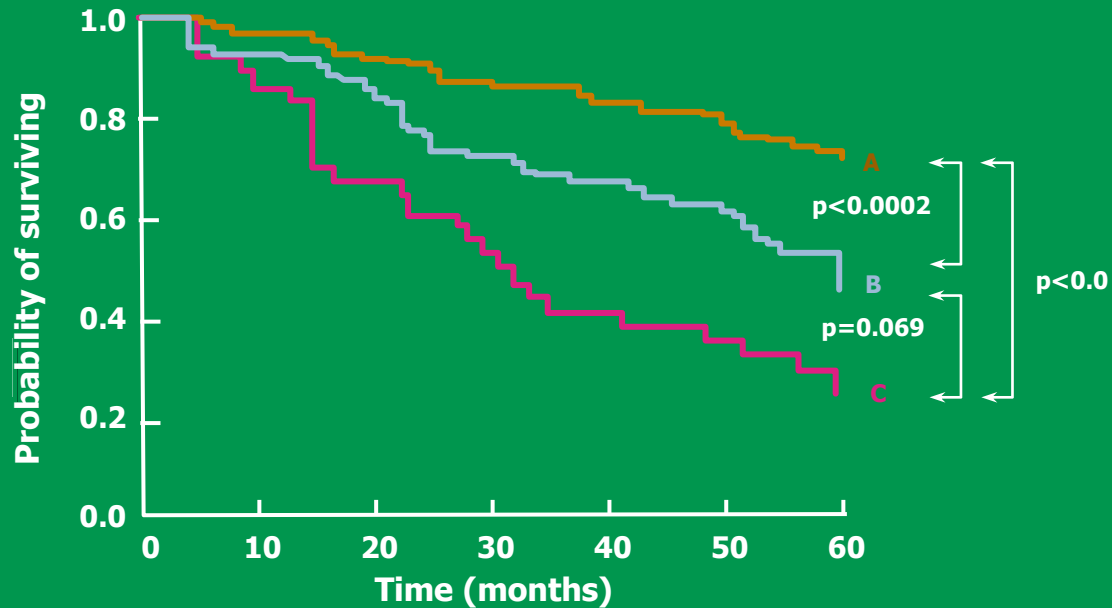
Die meisten COPD-Patienten werden 5 - 10 Tage stationär behandelt



COPD: FEV₁ und Krankenhausdaten



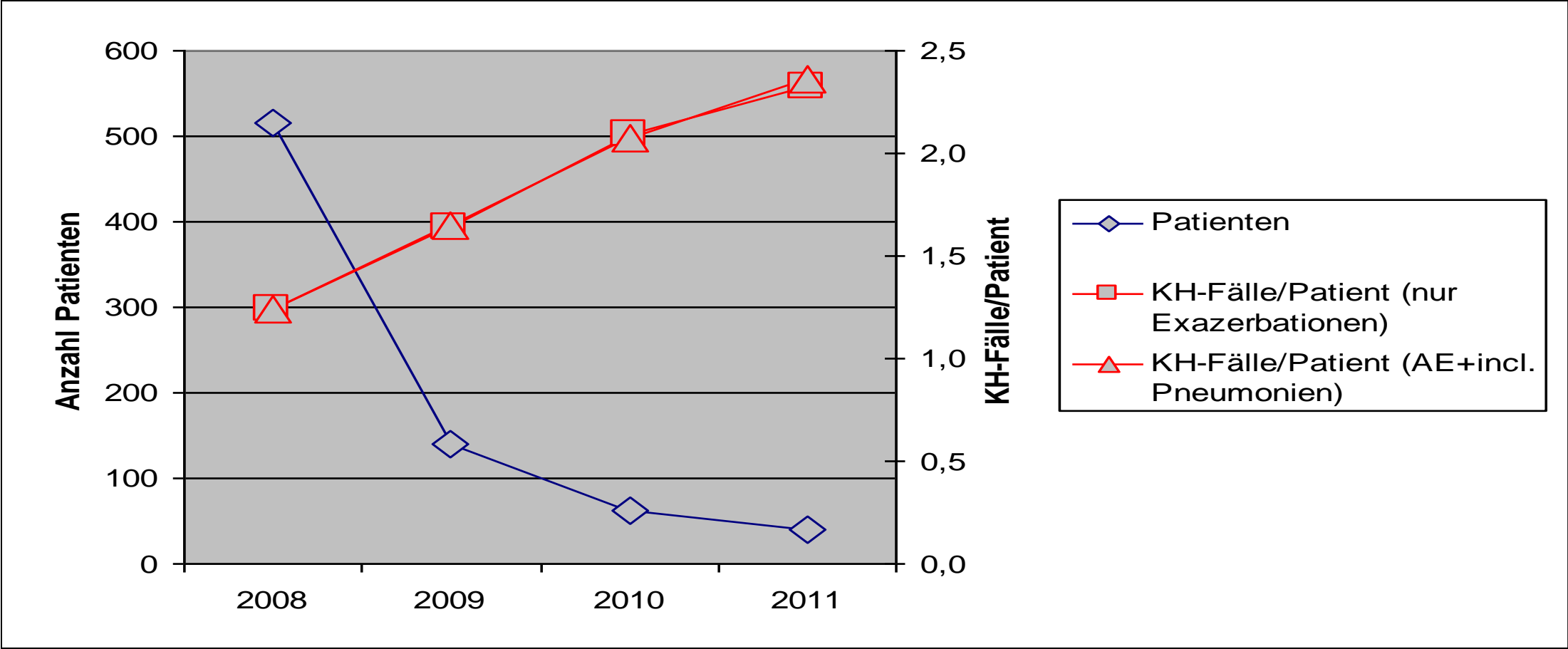
COPD: Exazerbationsfrequenz und –schwere steigern die Mortalität



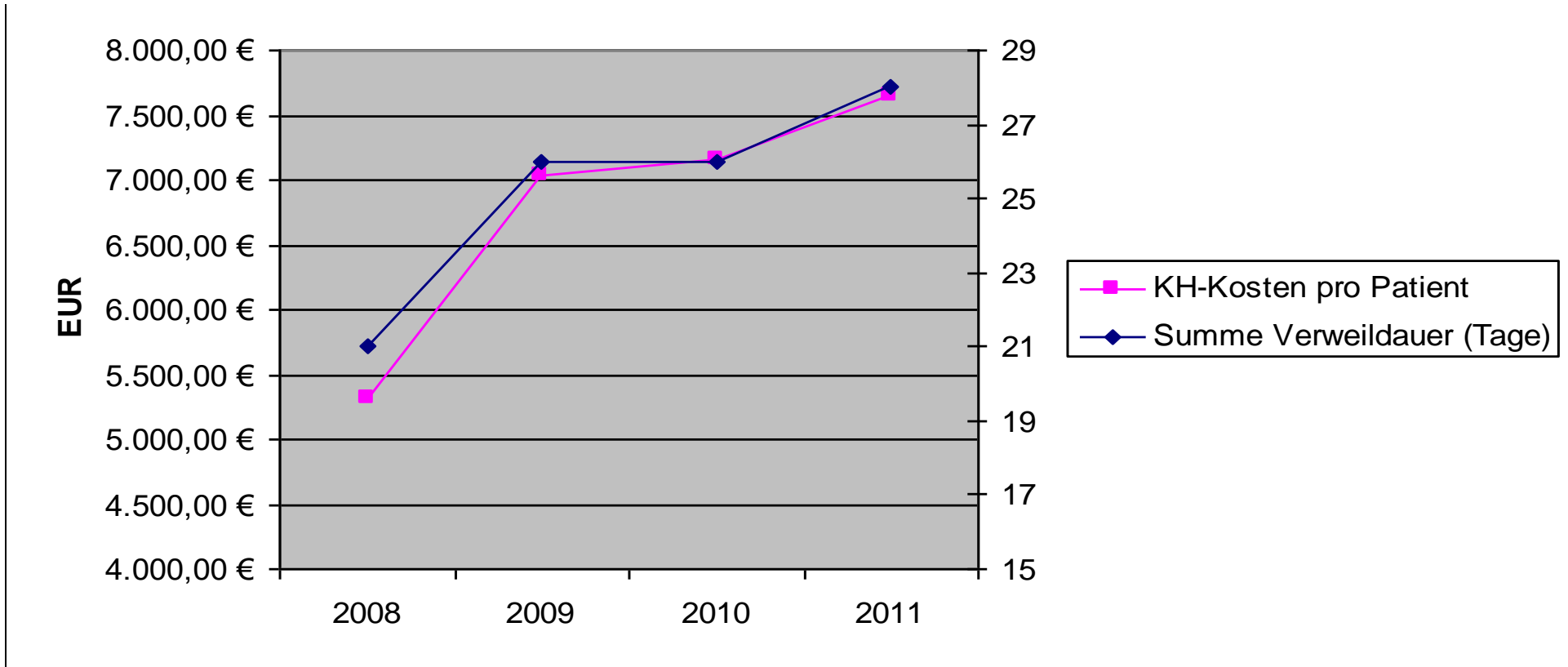
- Group A** patients with no acute exacerbations
- Group B** patients with 1–2 acute exacerbations requiring hospital management
- Group C** patients with >3 acute exacerbations

- Group (1)** no acute exacerbations
- Group (2)** acute exacerbations requiring emergency service visits without admission
- Group (3)** patients with acute exacerbations requiring one hospital admission
- Group (4)** patients with acute exacerbations requiring readmissions

Akute Exazerbationen: Stationäre Behandlungen, Basis 2008



Häufige Exazerbierer: Stationäre „Karriere“ - Eine Zielgruppe?

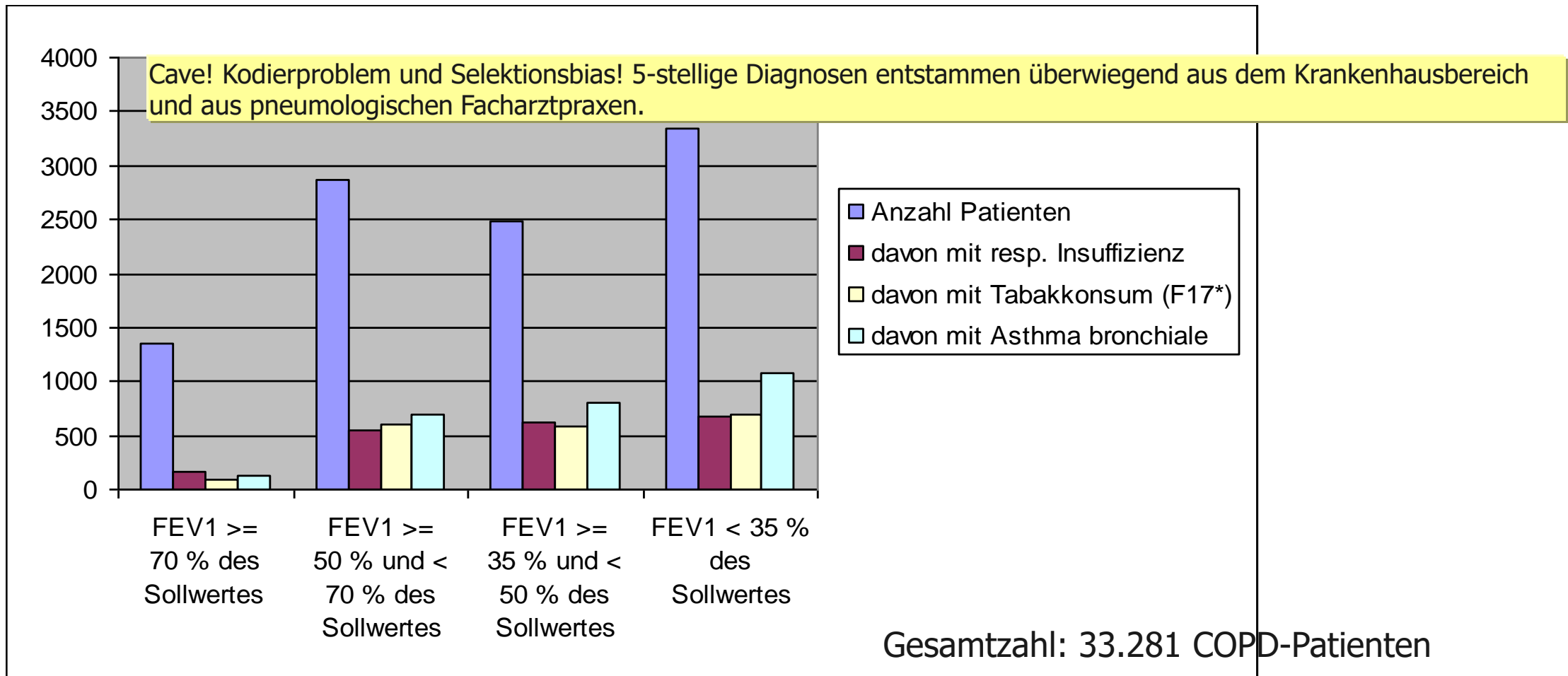


Kriterium: Mindestens eine stationär behandelte Exazerbation oder Pneumonie bei ND COPD pro Jahr;
Bereinigung um Extremfälle mit KH-Kosten >20.000,- EUR; keine signifikante Änderung der Zahlen, wenn als Kriterium
2 KH-Fälle im Basisjahr gewählt wird.

Wie hoch ist der Anteil derjenigen Exazerbierer, die in mindestens einem Quartal einen
Pneumologen
aufgesucht haben?

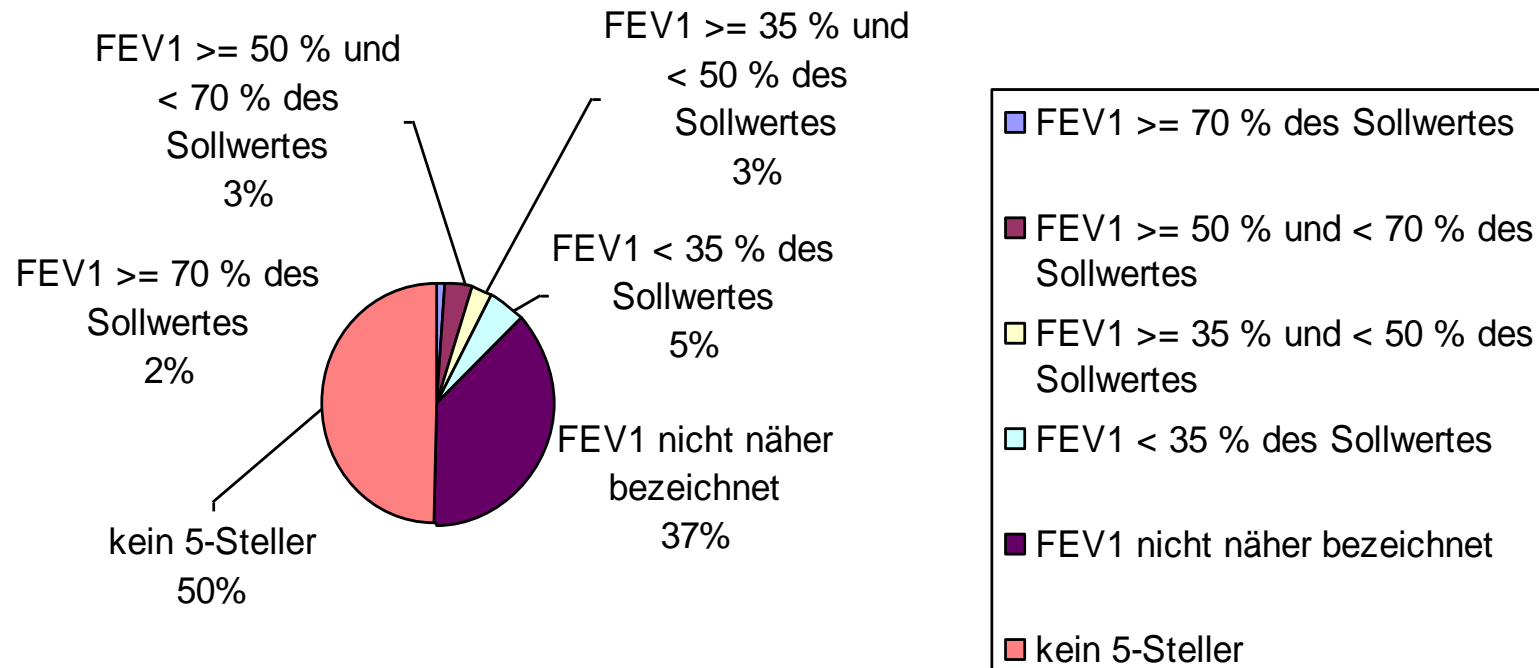
44%

Pneumologische Co-Morbiditäten bei Patienten mit kodiertem FEV₁



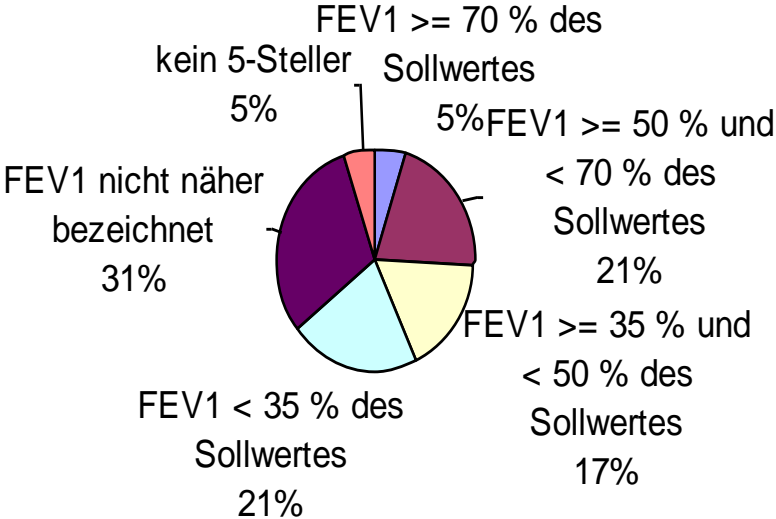
COPD / Kodierqualität: Angabe des Schweregrades in den ambulanten Daten aller ärztlicher Fachgruppen

Anteil der Schweregraddiagnosen unabhängig vom Fachgebiet der Praxis



COPD / Kodierqualität: Angabe des Schweregrades in den ambulanten Daten pneumologischer Fachärzte

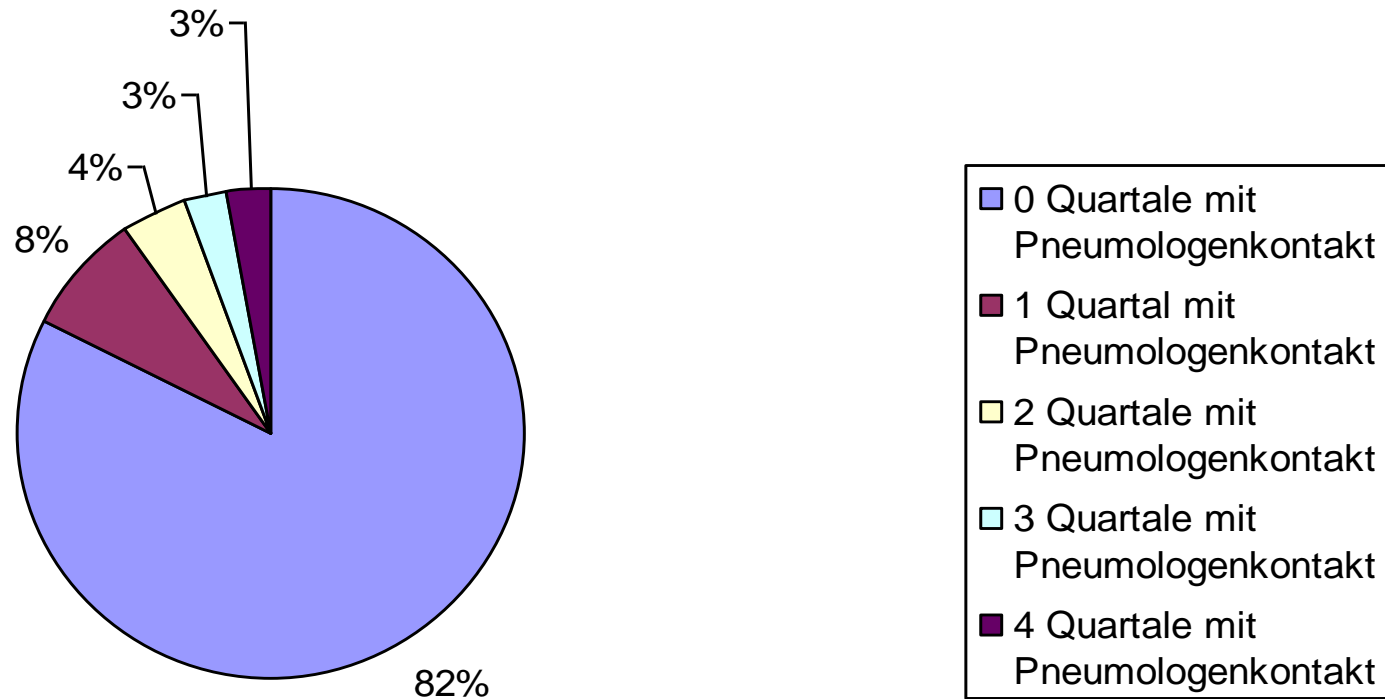
Gesicherte Schweregraddiagnosen von Patienten pneumologischer Praxen



- FEV1 $\geq 70\%$ des Sollwertes
- FEV1 $\geq 50\%$ und $< 70\%$ des Sollwertes
- FEV1 $\geq 35\%$ und $< 50\%$ des Sollwertes
- FEV1 $< 35\%$ des Sollwertes
- FEV1 nicht näher bezeichnet
- kein 5-Steller

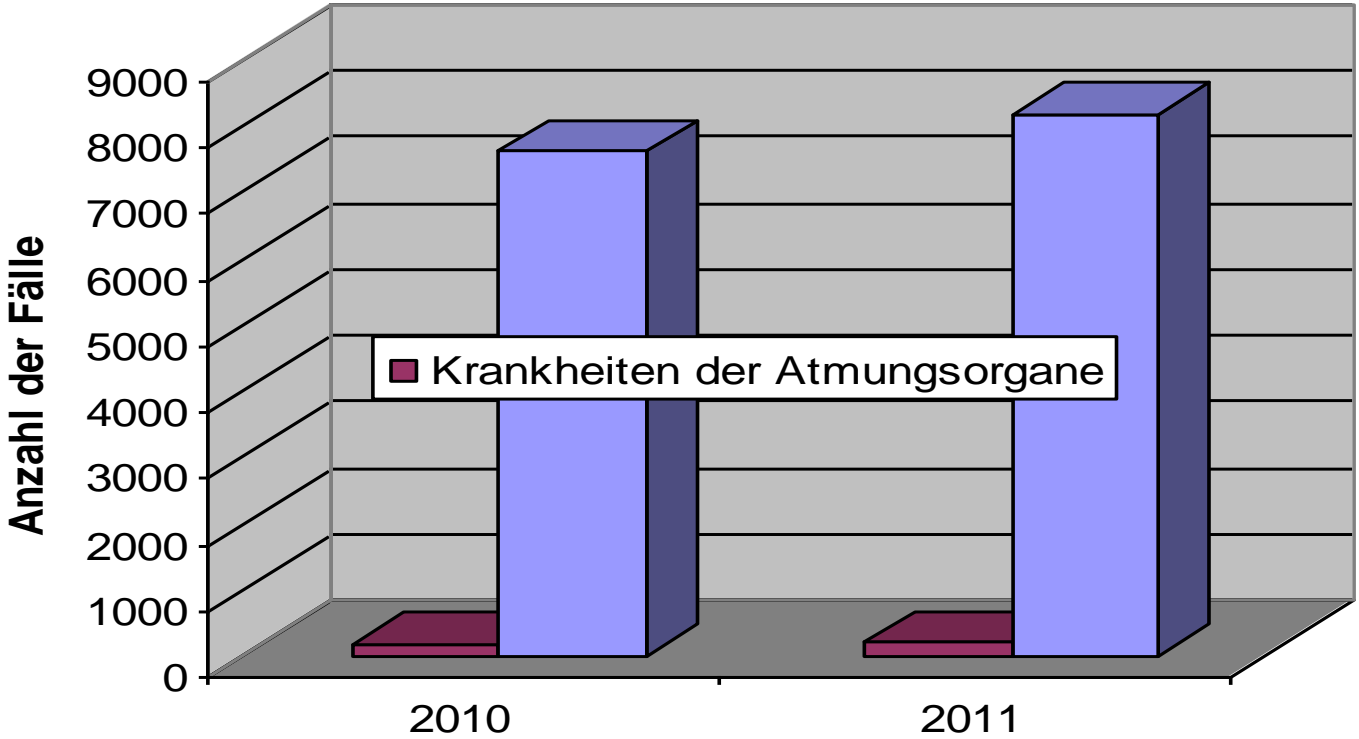
COPD-Patienten in der Pneumologischen Facharztpraxis

COPD-Patienten und Arztkontakte in vier Quartalen



Nur 10% der COPD-Patienten konsultieren in 2 oder mehr Quartalen pro Jahr einen Pneumologen

Rehabilitationsmaßnahmen bei Krankheiten der Atmungsorgane: Eine Rarität?!



Michael Jünemann / pixelio.de

5-Punkte-Fazit

1. **Häufige Exazerbierer:** Medizinisches, persönliches und Kosten-Risiko
 2. **Stärkung der pneumologisch-fachärztlichen** Behandlung
 3. **Rehabilitationsmaßnahmen**
 4. **Stärkung Interdisziplinarität:** Ätiologische und pathomechanistische Zusammenhänge der typischen Comorbiditäten berücksichtigen
 5. **Refinanzierungsmöglichkeiten** ausschöpfen
(durch zutreffende Kodierung)
-

- Begrüßung – warum bin ich heute hier?
- Mambo – worum geht es?
- Ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK) als Verbesserungschance
- Sekundärdatenanalyse des Bedarfsmanagements
- **Diskussion**

Arzneimittel bei Herzinsuffizienz und COPD

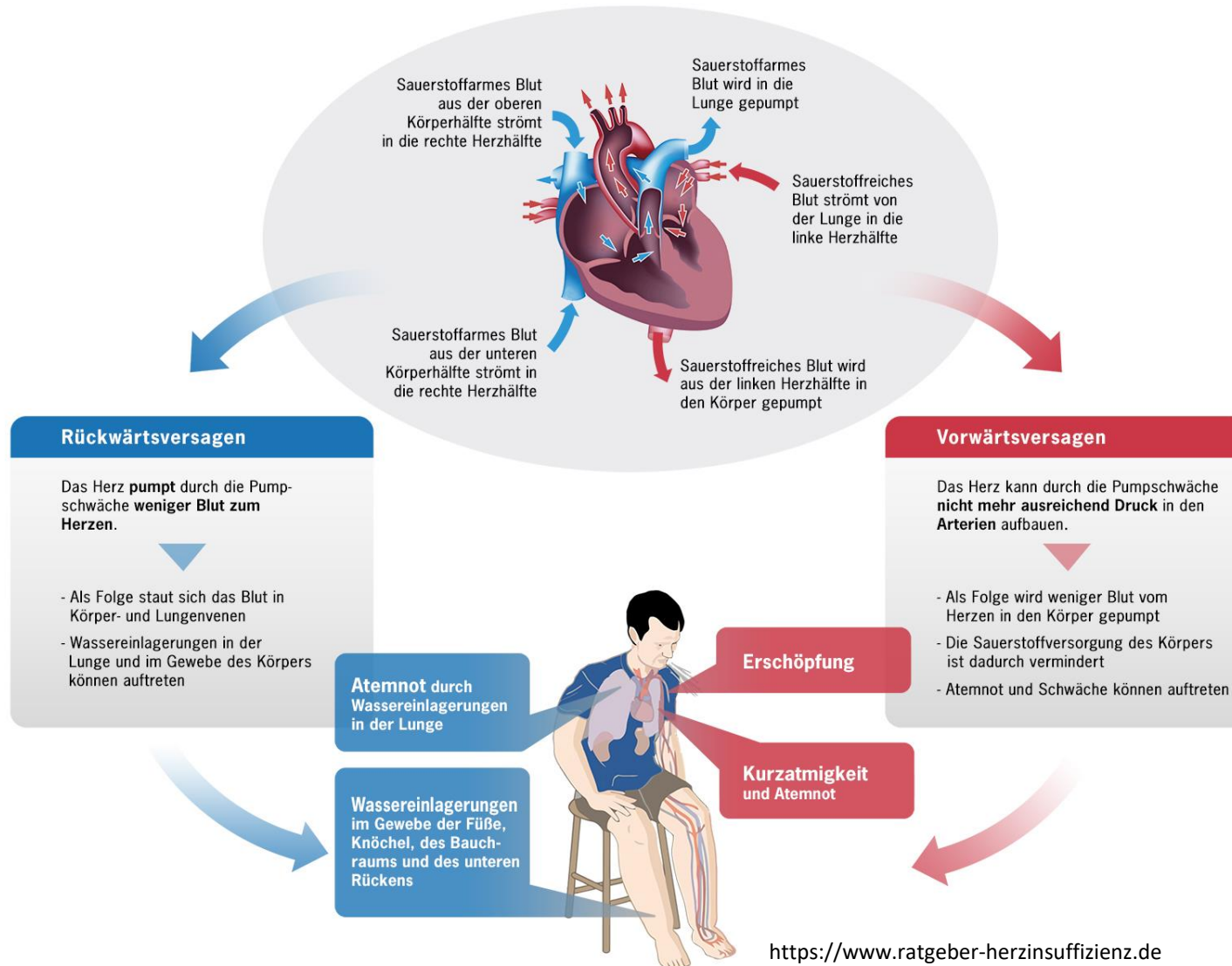
09. Oktober 2019

Jeanette Kuska

Mam | bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Herzinsuffizienz



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

NYHA-Stadien



NYHA-Stadium 1:

In diesem Stadium erlebt der Patient noch **keine Einschränkungen** seiner körperlichen Leistungsfähigkeit. Bei normalen, alltäglichen körperlichen Belastungen wie Treppensteigen verspürt er weder Luftnot oder Herzrhythmusstörungen, noch fühlt er sich übermäßig erschöpft.



NYHA-Stadium 2:

Hier geht die Herzinsuffizienz mit **leichten Einschränkungen** der körperlichen Leistungsfähigkeit einher. Bei alltäglichen körperlichen Belastungen, zum Beispiel in den zweiten Stock zu laufen, fühlt sich der Patient schnell erschöpft oder bekommt Atemnot. Es treten aber **keine Beschwerden im Ruhezustand** auf.

Mam bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

NYHA-Stadien



NYHA-Stadium 3:

In diesem Stadium sind **die körperlichen Einschränkungen noch stärker ausgeprägt** und treten auch bei geringen körperlichen Aktivitäten auf. Beispielsweise fühlt sich der Betroffene erschöpft oder leidet unter Atemnot, wenn er im Haus umhergeht oder Hausarbeiten erledigt. In Ruhe treten diese Symptome hingegen nicht auf.



NYHA-Stadium 4:

Im letzten Stadium treten die Herzinsuffizienz-Symptome schließlich auch **in Ruhe** auf. Das hat zur Folge, dass der Patient bettlägerig wird, er fühlt sich jedoch auch dann erschöpft und ist kurzatmig.

Mam bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

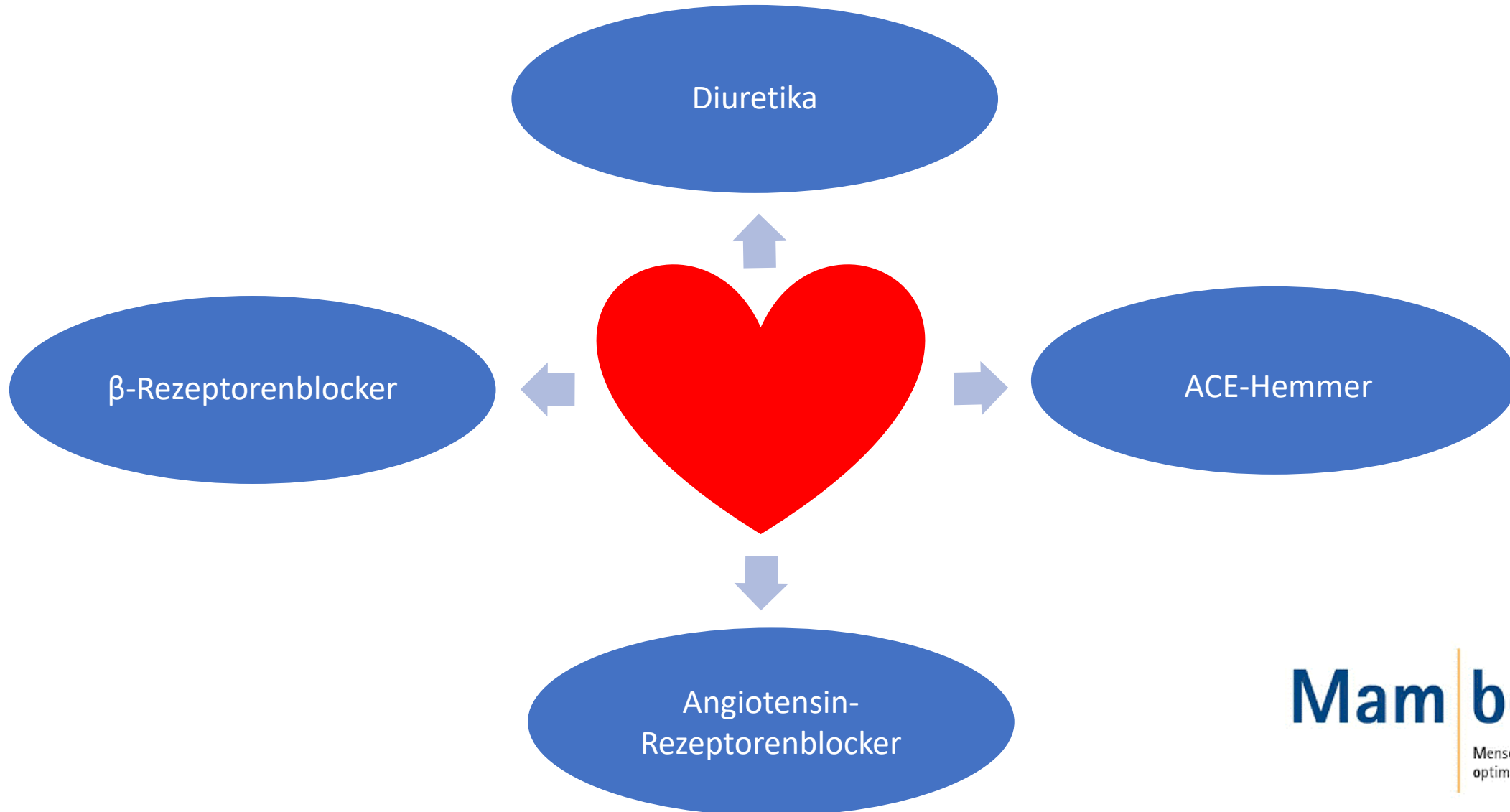
Arzneimittelgruppen bei Herzinsuffizienz



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Arzneimittelgruppen bei Herzinsuffizienz



Mam bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

ACE-Hemmer:

Angiotensin-**C**onverting-**E**nzyme-Hemmer

-tragen das Suffix „-pril“

Greifen im Renin-Angiotensin-Aldosteron-System ein.



Mam bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Renin-Angiotensin-Aldosteron-System

Mam | bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Renin-Angiotensin-Aldosteron-System

Hyptoension
Sympathikustonus
Na-Konzentration ↓



Renin

Angiotensinogen

Angiotensin I

AT II

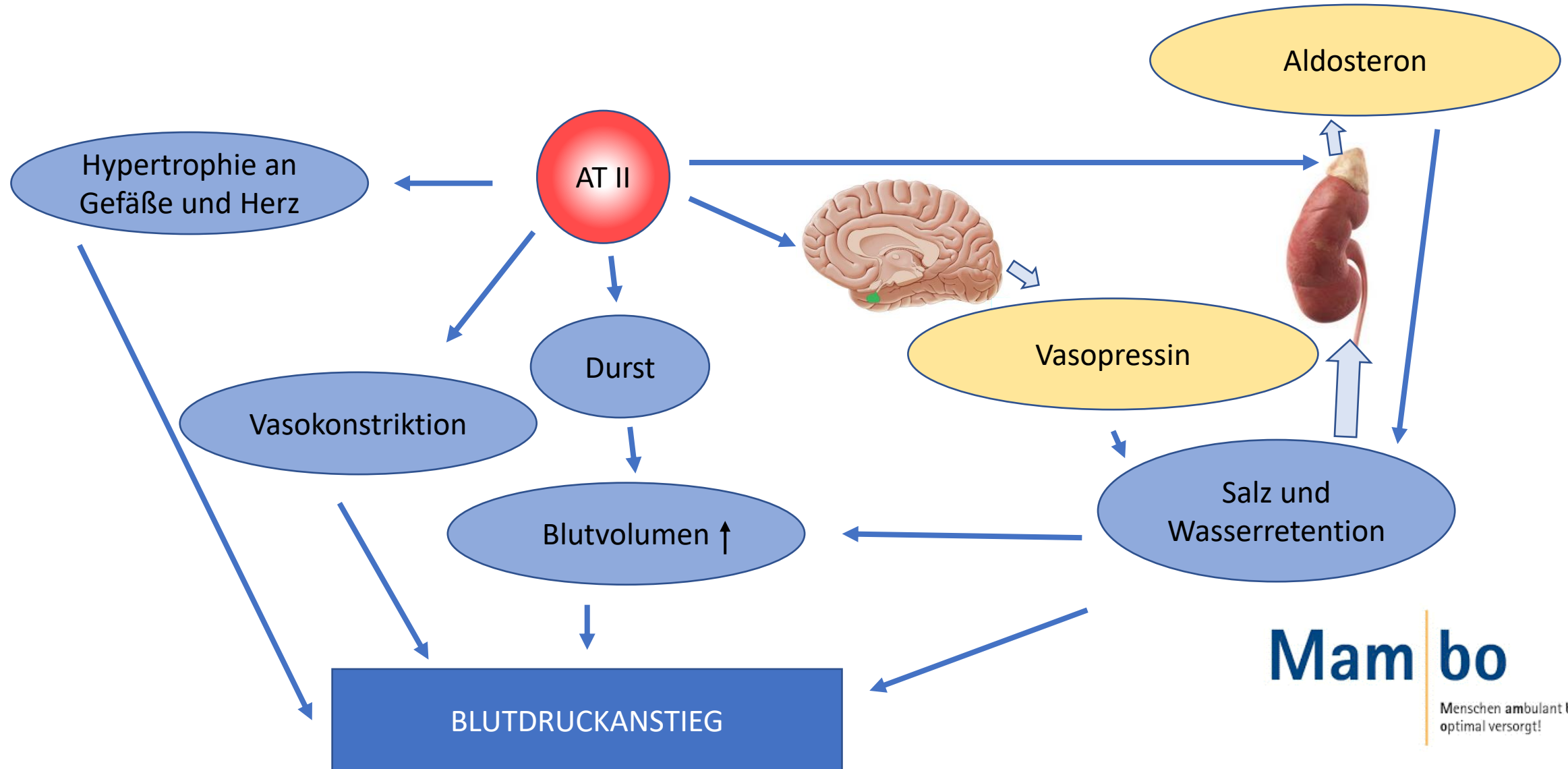
ACE



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

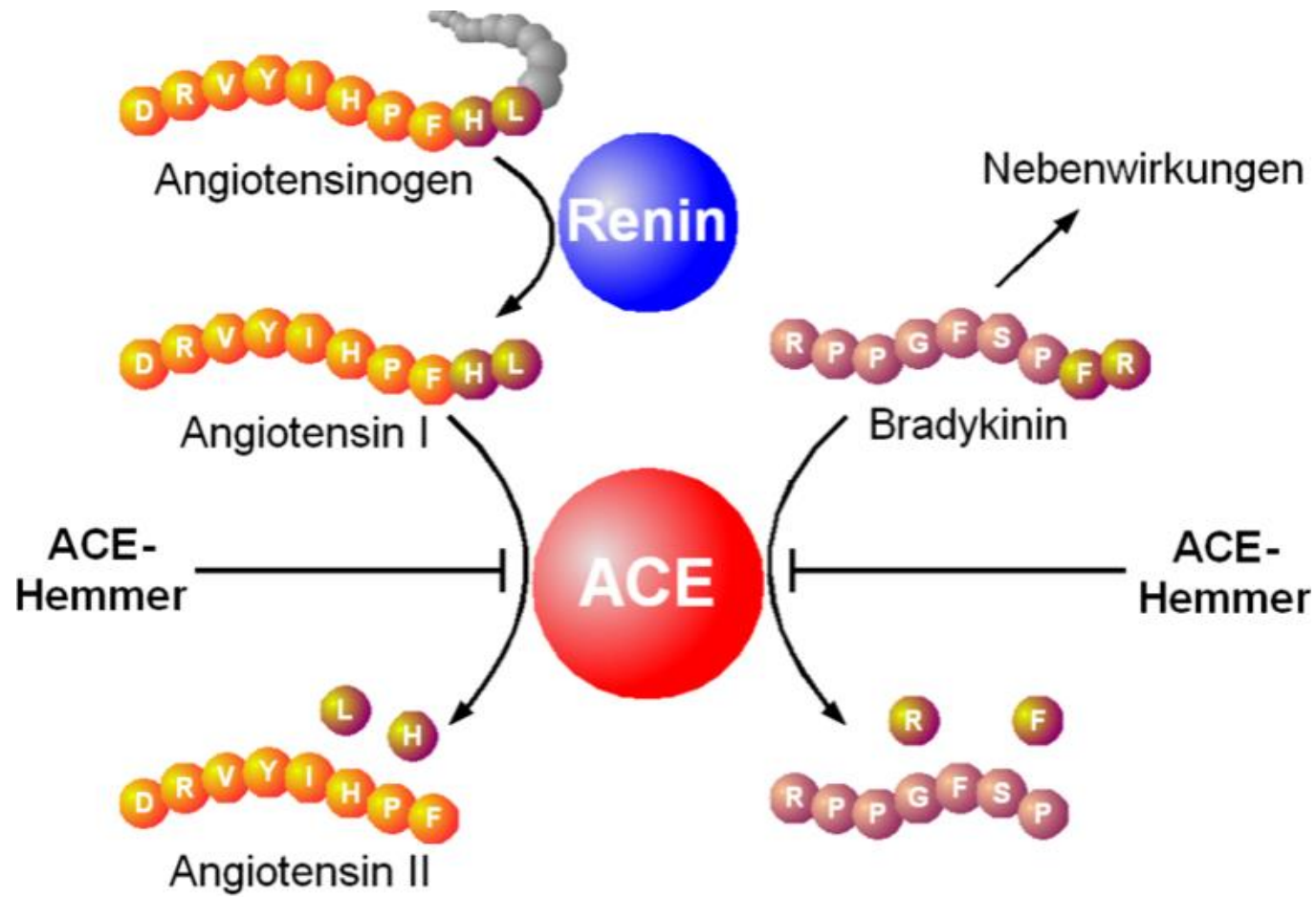
Renin-Angiotensin-Aldosteron-System



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

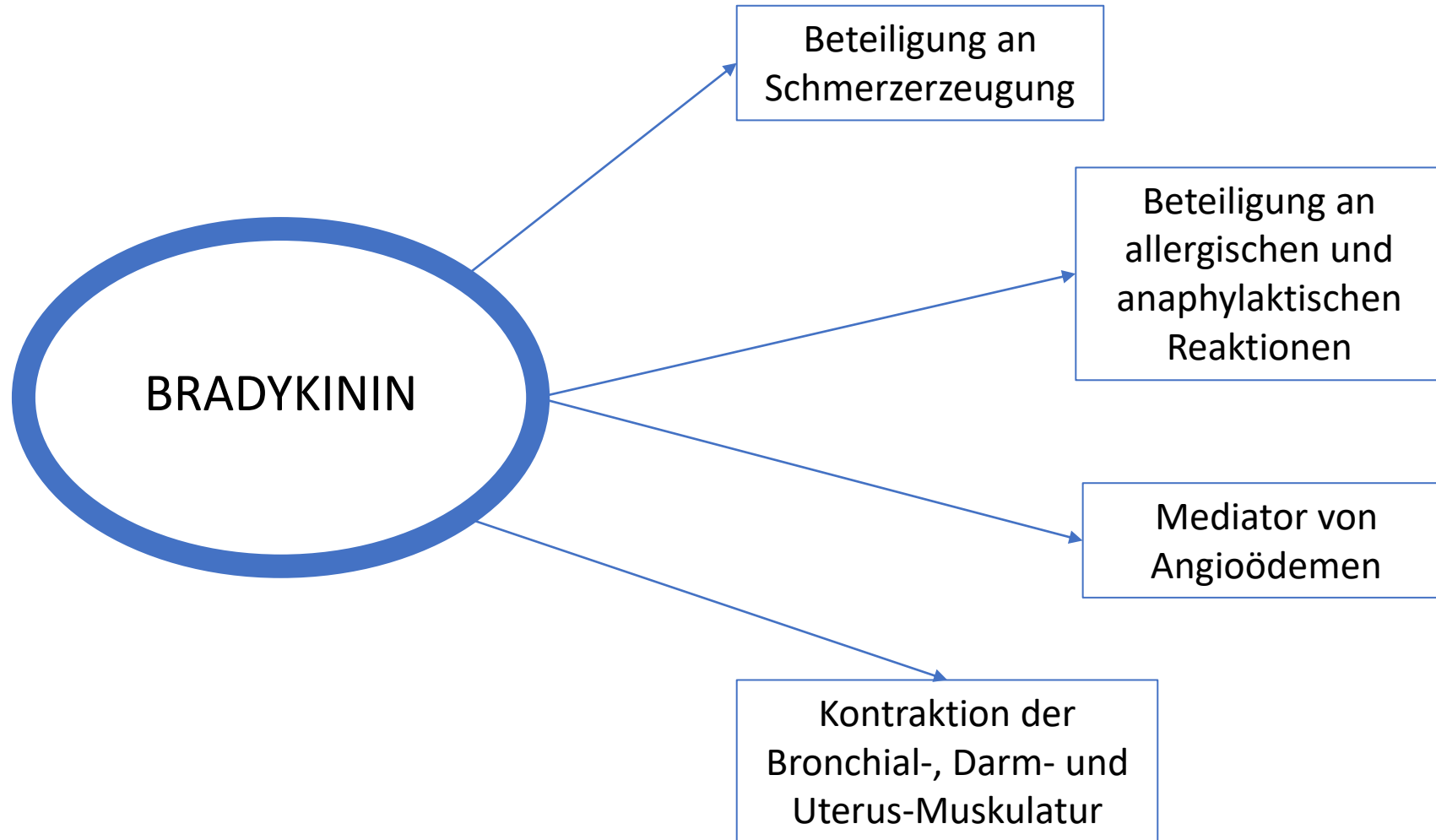
ACE-Hemmer



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Bradykinin



ACE-Hemmer

Die wichtigsten Nebenwirkungen:

- trockener Husten (in den ersten drei Monaten bei 5–35 % der Patienten)
- Hypotonie
- akutes Nierenversagen (bei vorgeschädigten Patienten)
- Hyperkaliämie (< 10 %, klinisch nur bei Vorbelastung kritisch)
- Probleme während der Schwangerschaft

Diese **Nebenwirkungen** sind allen **ACE-Hemmern** gemeinsam.



Mam bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

ACE-Hemmer

Wirkstoff	Handelsname	Initialdosis	Zieldosis
Captopril	ACE-Hemmer-ratiopharm [®] , „Capto-...“	3 x 6,25 mg	3 x 50 mg
Enalapril	Corvo [®] , Benalapril [®] , Jutaxan [®] , Xanef [®] ...	2 x 2,5 mg	2 x 20 mg
Lisinopril	„Lisinopril-,...“	1 x 2,5-5,0mg	1 x 20-35 mg
Ramipril	Delix [®] , „Rami-...“	1 x 2,5 mg	1 x 10 mg
Trandolapril	Udrik [®] , Tarka [®]	1 x 0,5 mg	1 x 4 mg

Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Angiotensinrezeptorenblocker

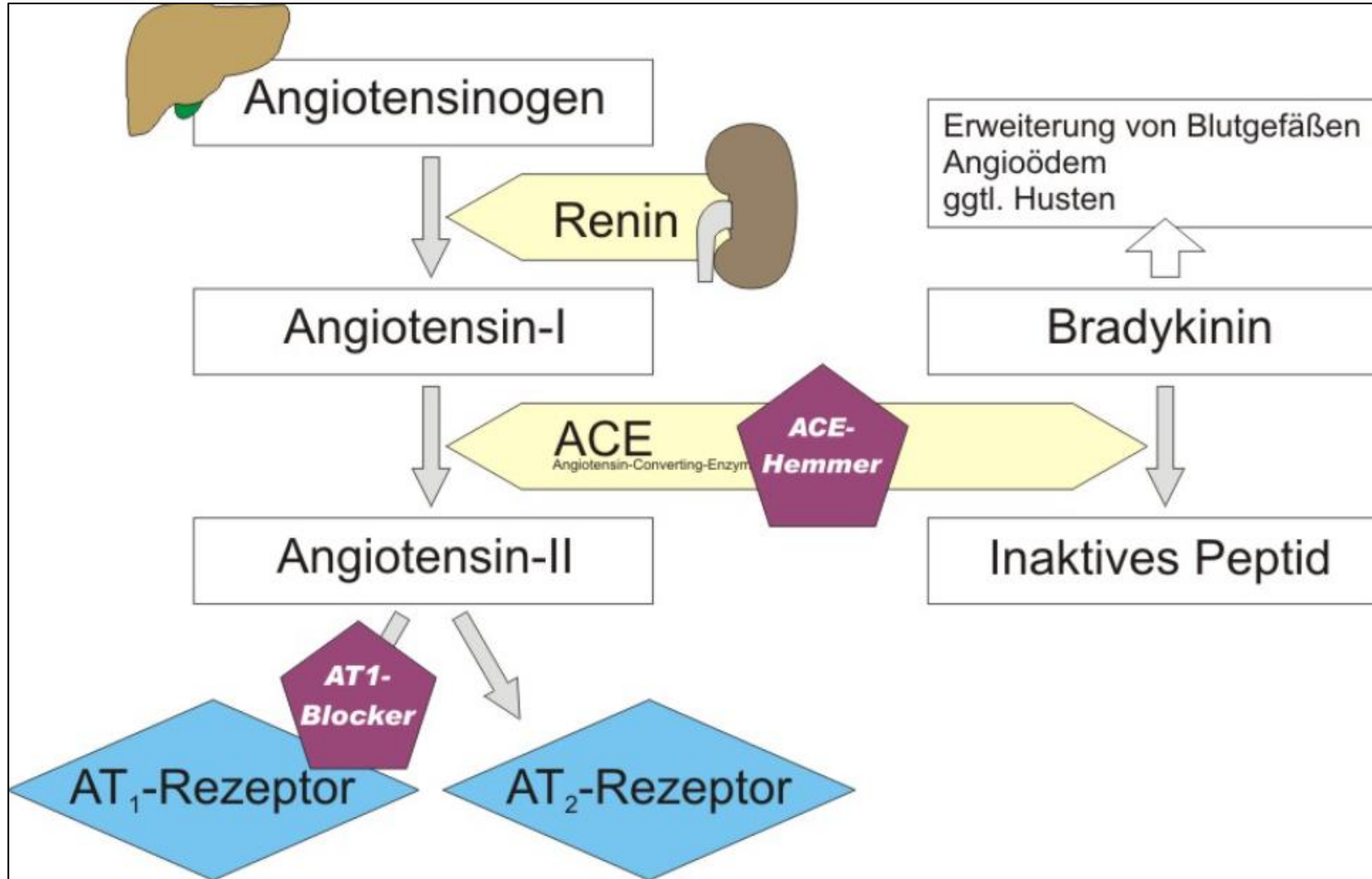
- blockieren Angiotensin-1-Rezeptor
- tragen das Suffix „-sartan“
- greifen im Renin-Angiotensin-Aldosteron-System ein



Mam bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Angiotensinrezeptorenblocker



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Angiotensinrezeptorenblocker

Die wichtigsten Nebenwirkungen:

- Zu starker Blutdruckabfall
- Kopfschmerzen
- Hyperkaliämie
- Schwindel
- Müdigkeit

Diese **Nebenwirkungen** sind allen **AT-1-Antagonisten** gemeinsam.



Mam bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Angiotensinrezeptorenblocker

Wirkstoff	Handelsname	Initialdosis	Zieldosis
Candesartan	Atacand [®] , Blopress [®] , „Cande-...“	1 x 4-8 mg	1 x 32 mg
Losartan	Lorzaar [®] , „Losar-...“	1x 25-50 mg	1 x 150 mg
Valsartan	Diovan [®] , Provas [®] , „Valsa-...“	2 x 20 mg	2 x 160 mg
Olmesartan	Olmetec [®] , Votum [®] , „Olme-...“	1 x 80 mg	2 x 160 mg

Mam | bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

β-Rezeptorenblocker

- Verbinden sich mit β-Adrenozeptoren und blockieren diese
- tragen das Suffix „-olol“



Mam bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

β-Rezeptorenblocker



β1-Blocker

- Herzfrequenz ↓
- Kontraktilität ↓
- Überleitung ↓
- Blutdruck ↓



β2-Blocker

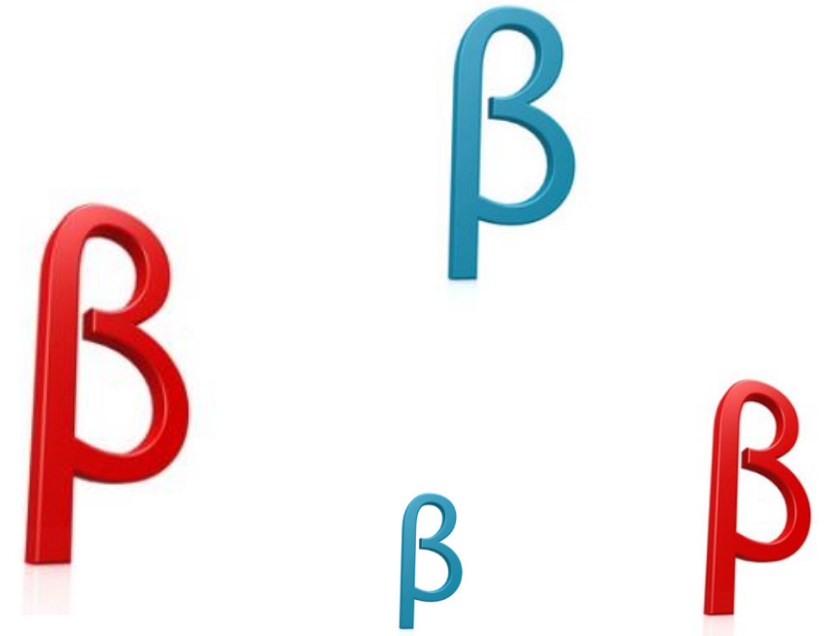
- Bronchokonstriktion
- Vasokonstriktion

Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

β-Rezeptorenblocker

β ₁ -selektive Betablocker	Atenolol Bisoprolol Metoprolol Nebivolol Esmolol Betaxolol
Nicht-selektive Betablocker	Propranolol Bupranolol Timolol Carvedilol Sotalol Nadolol



Mam | bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

β-Rezeptorenblocker

Die wichtigsten Nebenwirkungen:

- Bradykardie (zu langsamer Puls)
- Herzinsuffizienz
- Asthmaanfälle
- Überleitungsstörungen am Herzen
- Verzögerte Symptome bei Hypoglykämie
- Müdigkeit, depressive Verstimmungen
- Erektionsstörungen
- Verstärkung peripherer Durchblutungsstörungen



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

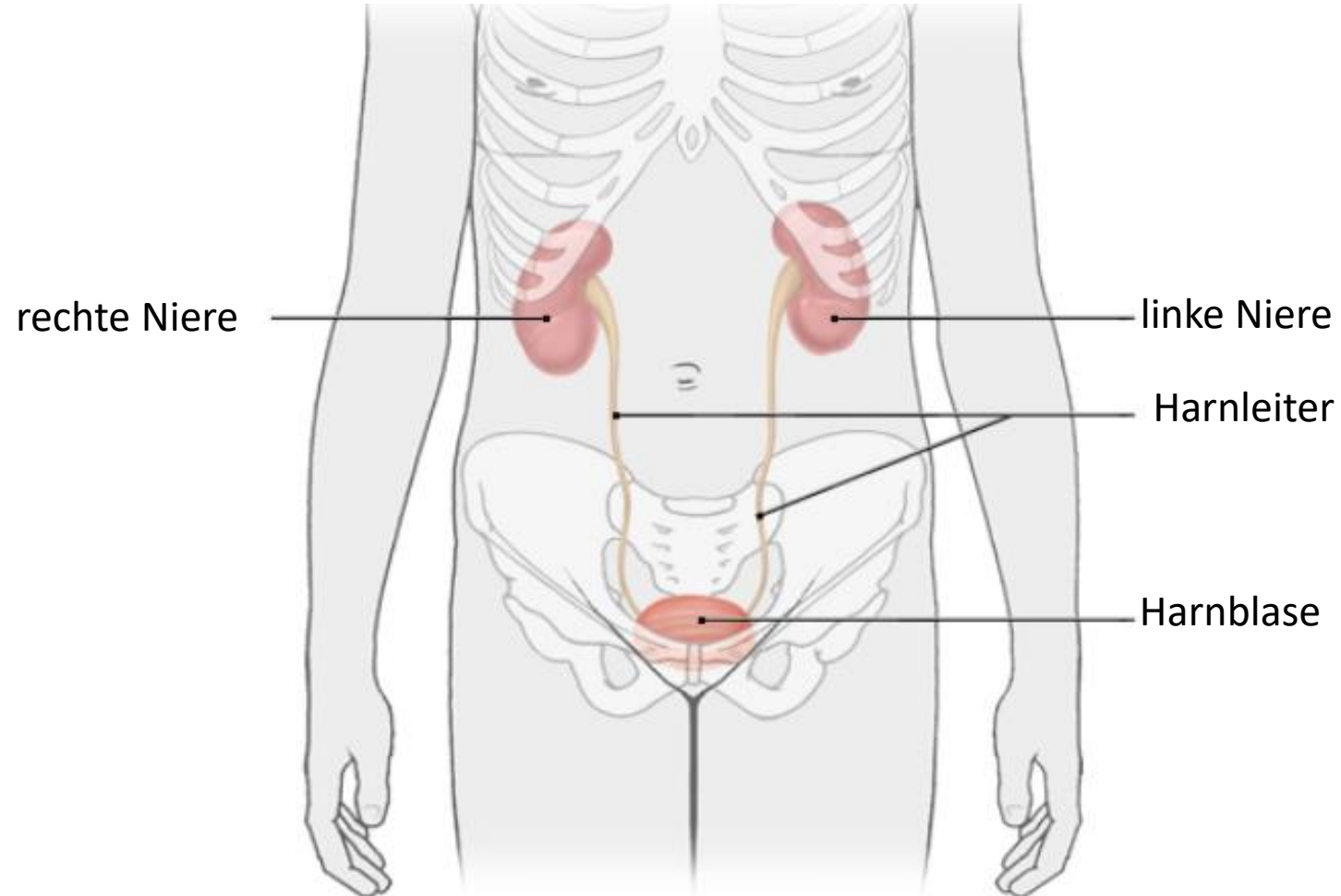
β-Rezeptorenblocker

Wirkstoff	Handelsname	Initialdosis	Zieldosis
Bisoprolol	Concor [®] , Jutabis [®] , „Biso-...“	1 x 1,25 mg	1 x 10 mg
Carvedilol	Dilatrend [®]	2 x 3,125 mg	2 x 25 mg
Metroprolol	Beloc-ZOK [®]	1 x 12,5-25 mg	1 x 200 mg
Nebivolol	Nebilet [®]	1 x 1,25mg	1 x 10 mg

Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

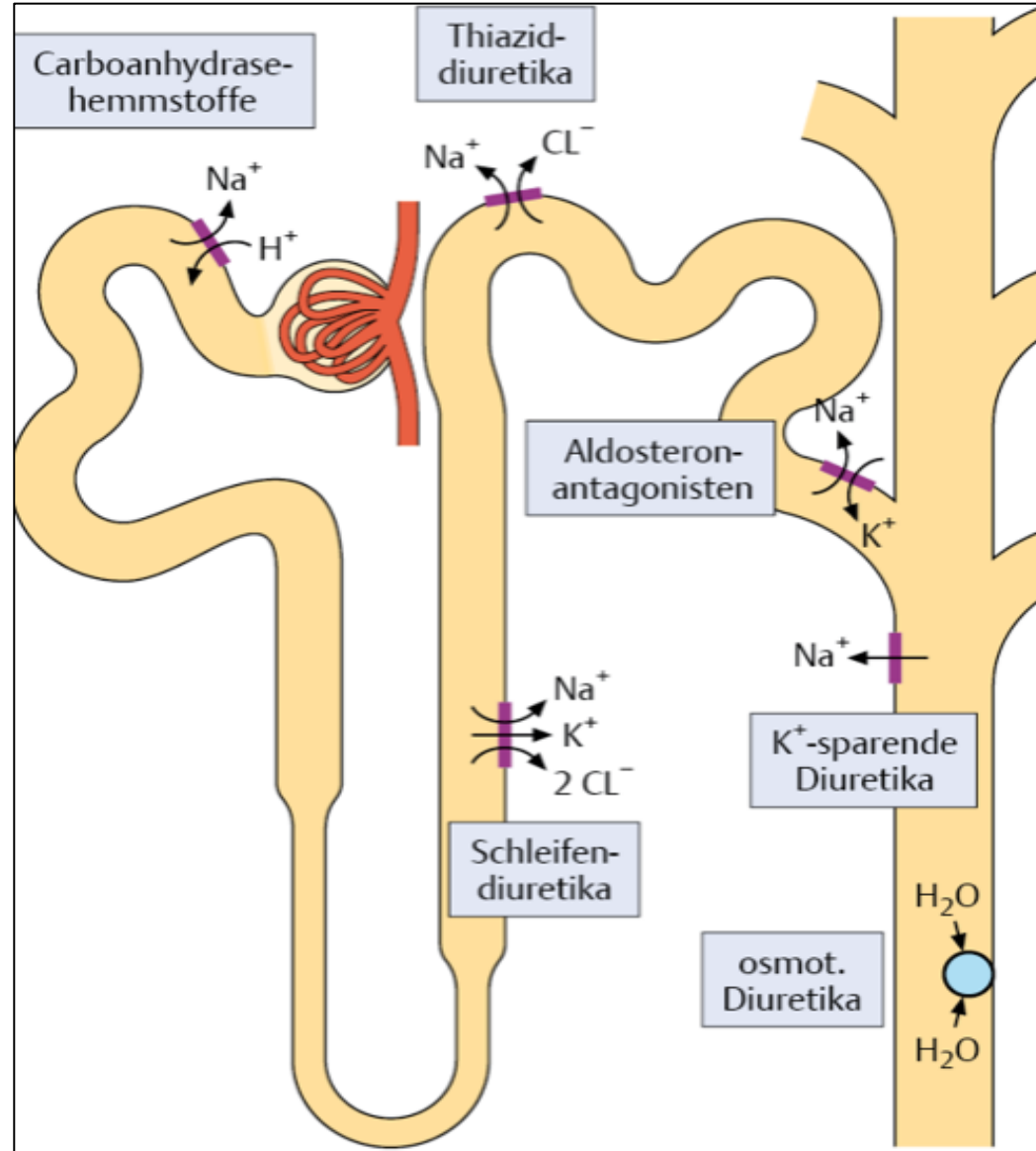
Diuretika



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

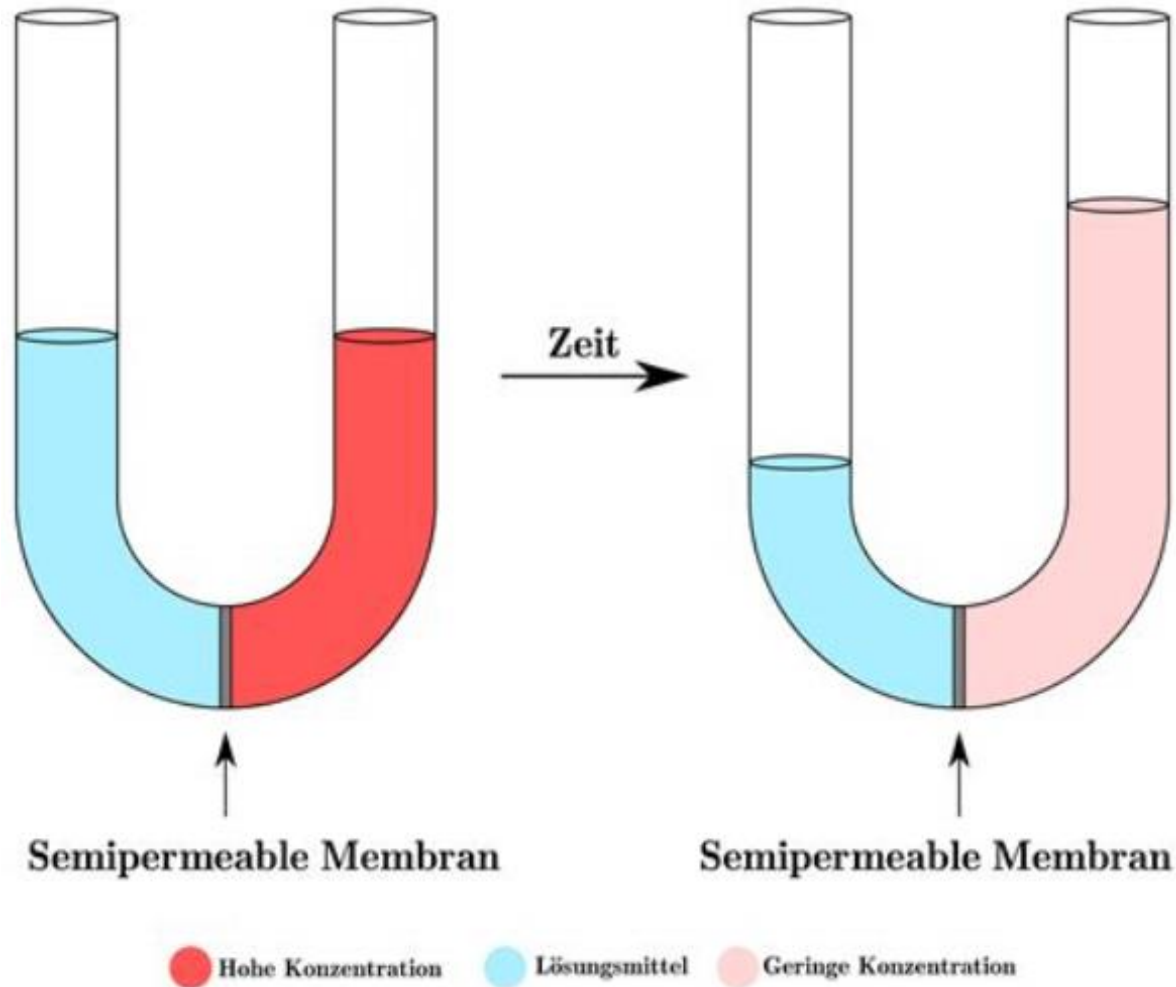
Diuretika



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

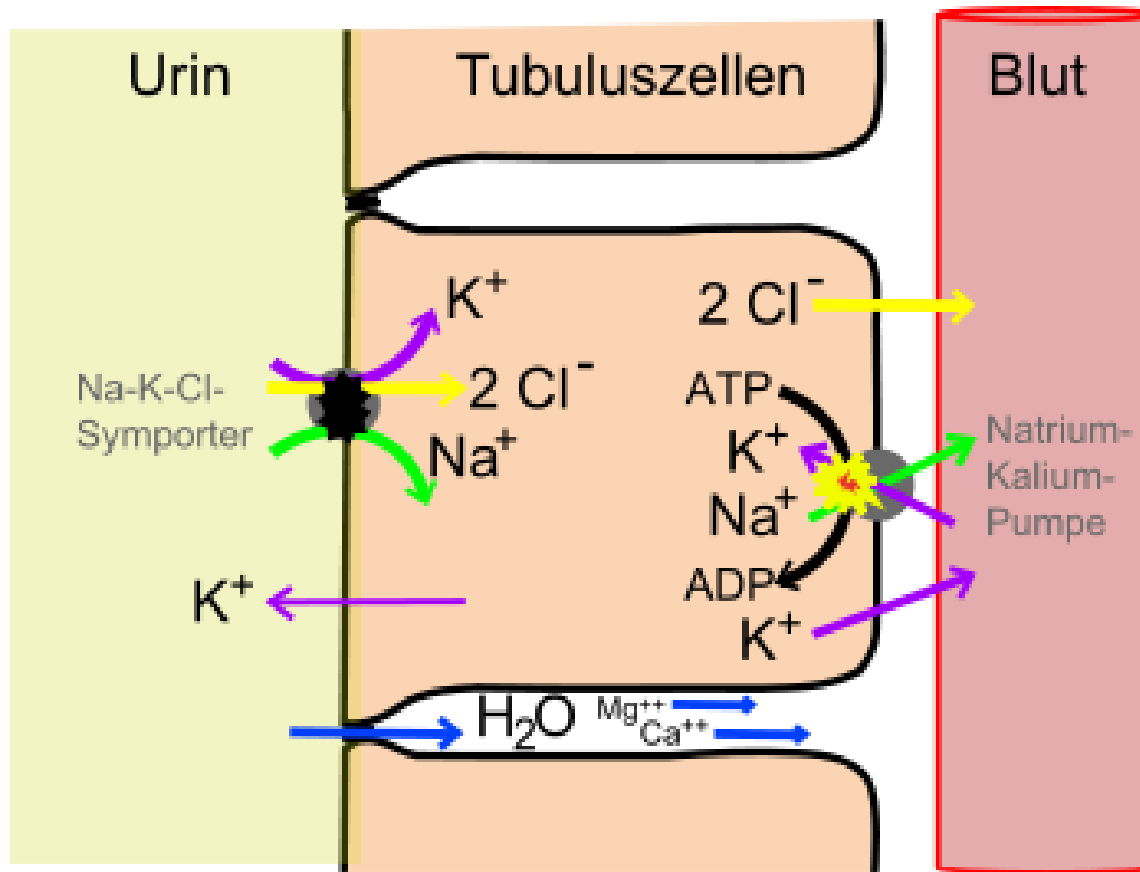
Osmose



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Schleifen-Diuretika



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Schleifen-Diuretika

- Furosemid
- Torasemid
- Normalerweise werden 25% des ausgeschiedenen Natriums wieder ins Blut resorbiert
- Reversible Hemmung des Na/K/Cl-Symporter → Natrium verbleibt im Urin
- Osmotisch wird Wasser ausgeschieden

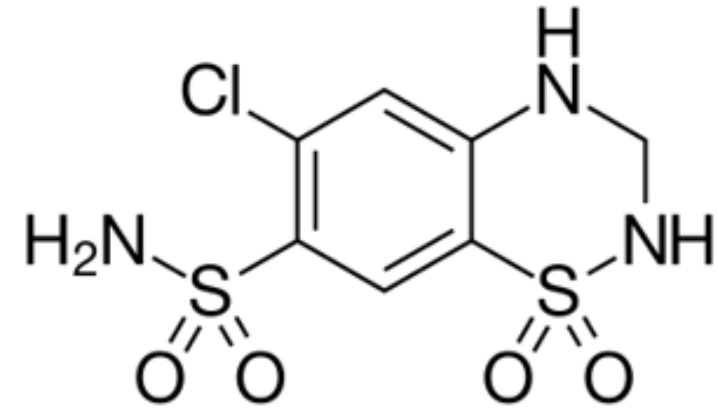


Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Thiazid-Diuretika

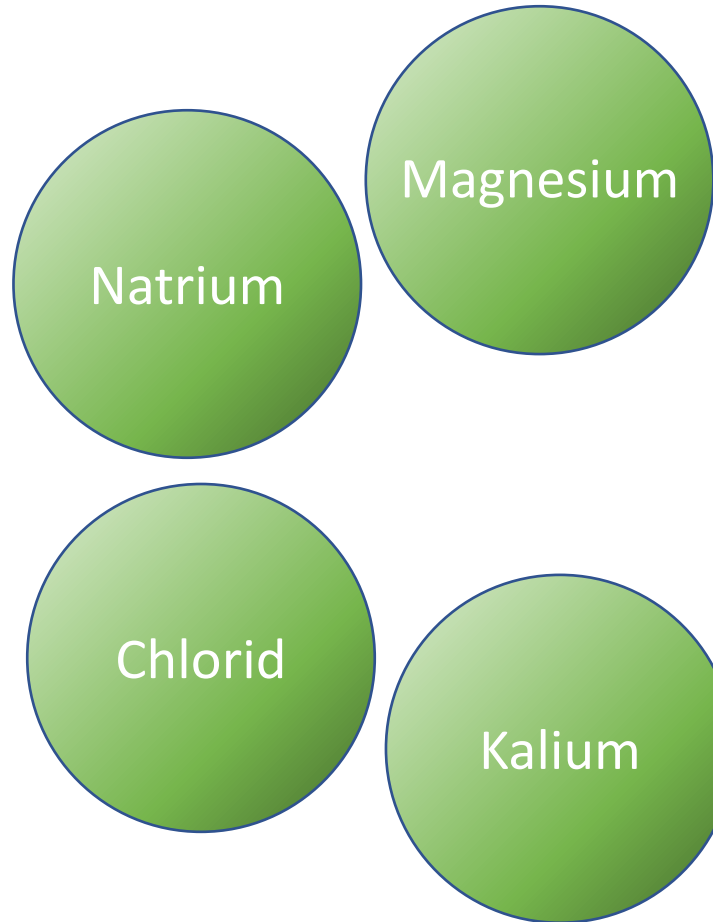
- HCT (Hydrochlorothiazid)
- Chlorthalidon (Hygroton)
- Indapamid (Natrlix)
- Clopamid (Briserin)
- Xipamid



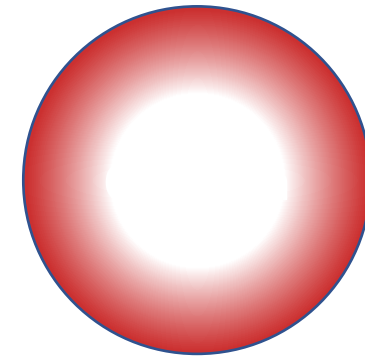
Mam bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Thiazid-Diuretika



Konzentration im Urin



Mam bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Thiazid-/ Schleifen-Diuretika

Nebenwirkungen:

- Hyponatriämie
- Hypokaliämie
- Hypomagnesiämie
- Hyperkalzämie
- Hyperurikämie (Gichtanfall)
- Greifen auch im Lipidhaushalt ein



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Diuretika

	Wirkstoff	Handelsname	Initialdosis	Zieldosis
Schleifendiuretika	Furosemid	Lasix [®] , Furanthril [®] , „Furo-...“	1 x 20-40 mg	1 x 40-240 mg
	Torasemid	Torem [®] , Unat [®] Cor, „Tora-...“	1 x 2,5-10 mg	1 x 10-20 mg
Thiazide	Hydrochlorothiazid	Esidrix [®] , „HCT-...“	1 x 12,5 mg	1 x 12,5-25 mg
	Indapamid	Natrilix [®] , „Inda-...“	1 x 2,5 mg	1 x 2,5-5 mg

Mam bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

COPD - chronic obstructive pulmonary disease



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

COPD - chronic obstructive pulmonary disease

- AHA-Symptome: Atemnot, Husten und Auswurf
- in Deutschland leiden rund zehn bis zwölf Prozent der über 40-Jährigen unter COPD
- laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) weltweit etwa 600 Millionen Menschen
- Raucherinnen und Raucher haben dabei das größte Risiko, an COPD zu erkranken.



Mam | bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

COPD – Einteilung nach GOLD

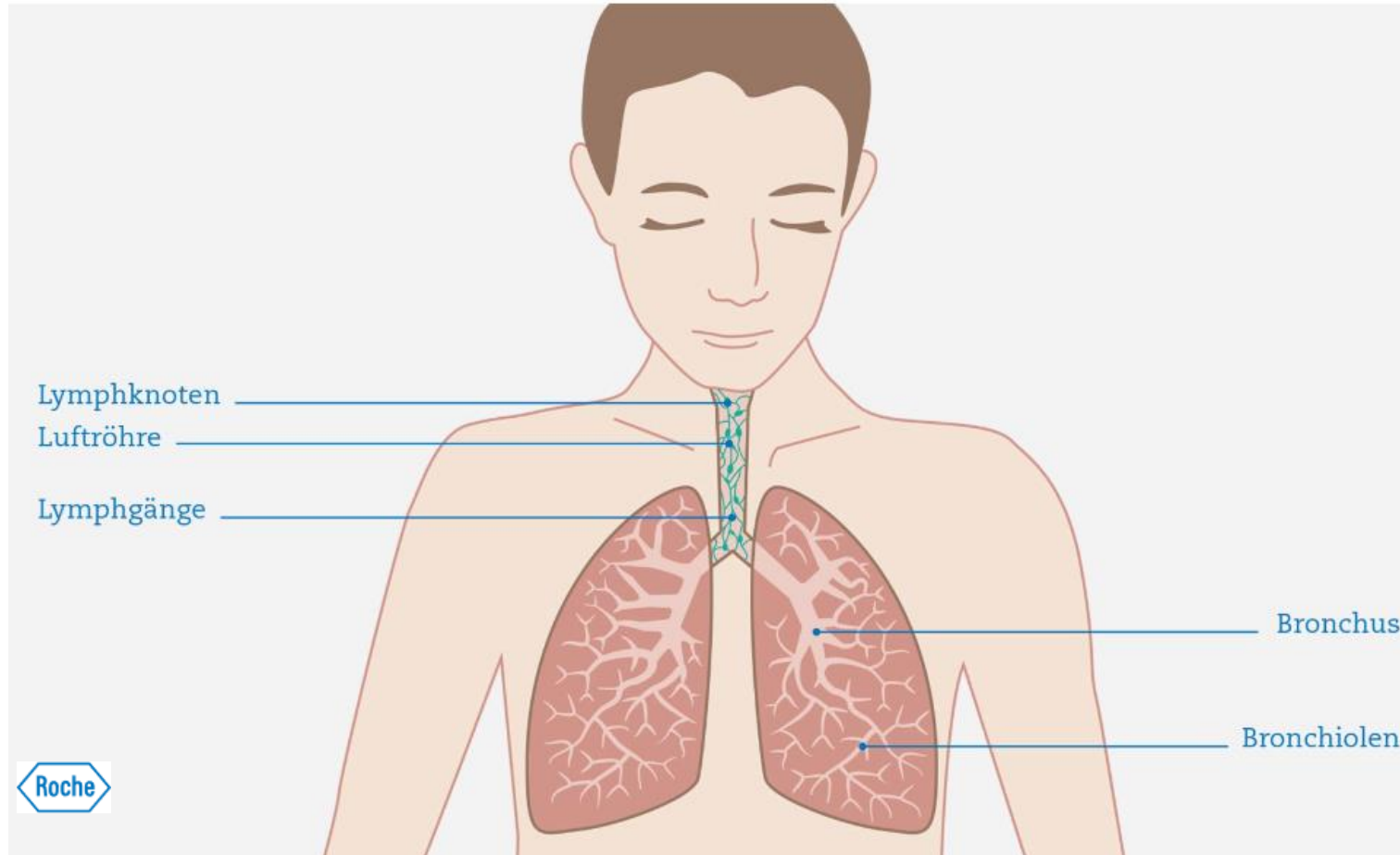
Schweregrad	Charakteristika
I: Leichtgradige COPD	Die Lungenfunktion weicht um bis zu 20 % vom Normalwert ab. Meist hat der Patient Husten und Auswurf, spürt aber noch keine Atemnot bei körperlicher Anstrengung.
II: Mittelgradige COPD	Der FEV1-Wert liegt zwischen 50 und 80 % des Sollwerts. In diesem Stadium nehmen Husten und Auswurf zu; bei Belastung leiden die Betroffenen meist unter Luftnot.
III: Schwere COPD	Ein FEV1-Wert von 30 bis 50 % des Sollwerts zeigt bereits eine ausgeprägte Verengung der Atemwege. Besonders in höherem Lebensalter korreliert das Ausmaß der Lungenfunktionseinbußen aber nicht immer mit der Schwere der Symptome.
IV: Sehr schwere COPD	Der FEV1-Wert beträgt nur noch höchstens 30 % des Normalwerts. Auch Patienten mit FEV1 < 50 % gehören in diese Gruppe, wenn bei ihnen ein chronischer Sauerstoffmangel im Blut vorliegt (respiratorische Insuffizienz). Akute Exazerbationen sind in diesem Stadium lebensbedrohlich.

Schweregrade der COPD (nach Global Initiative for Obstructive Lung Disease, GOLD)

Mam bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

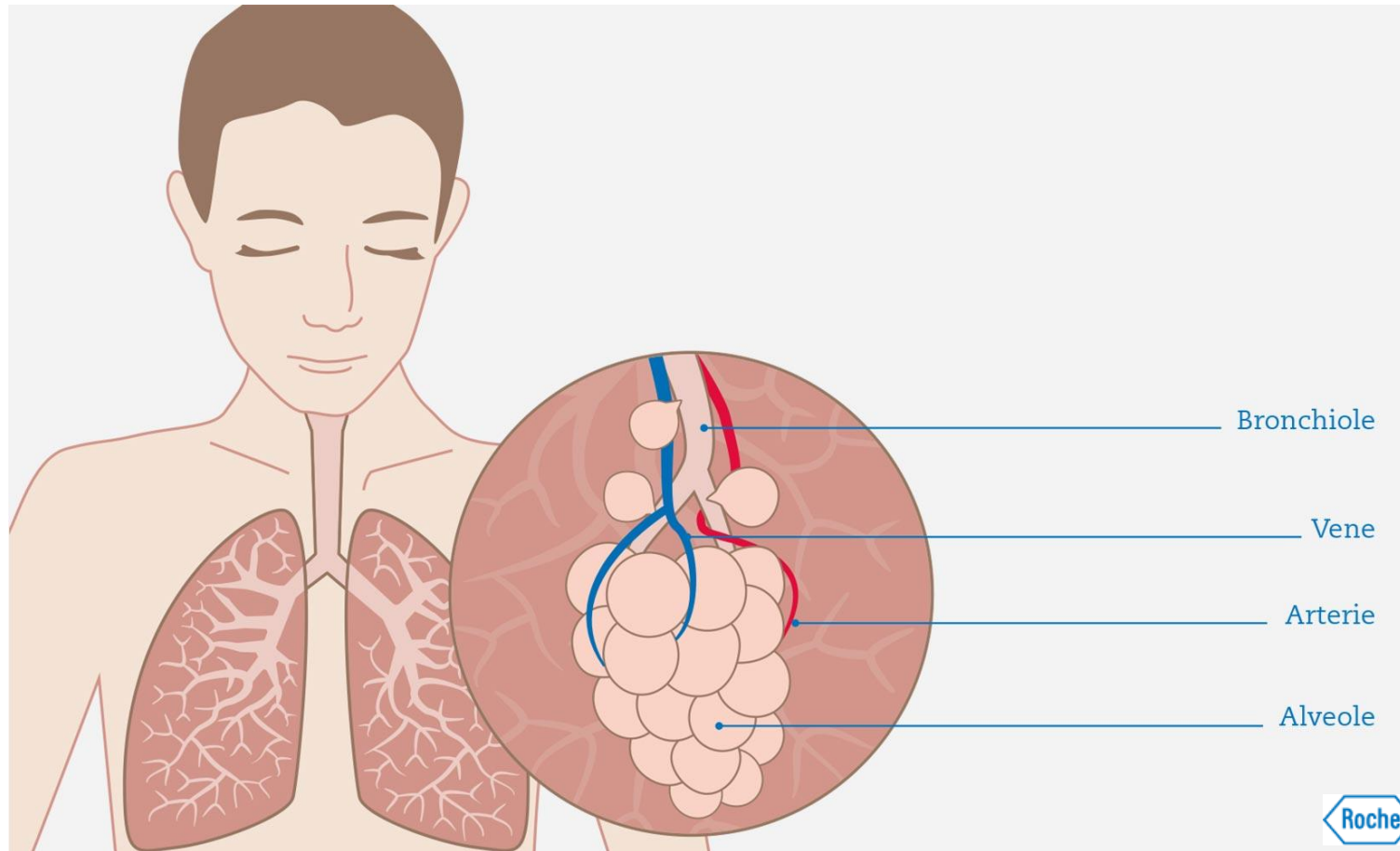
Das Bronchialsystem



Mam bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Das Bronchialsystem



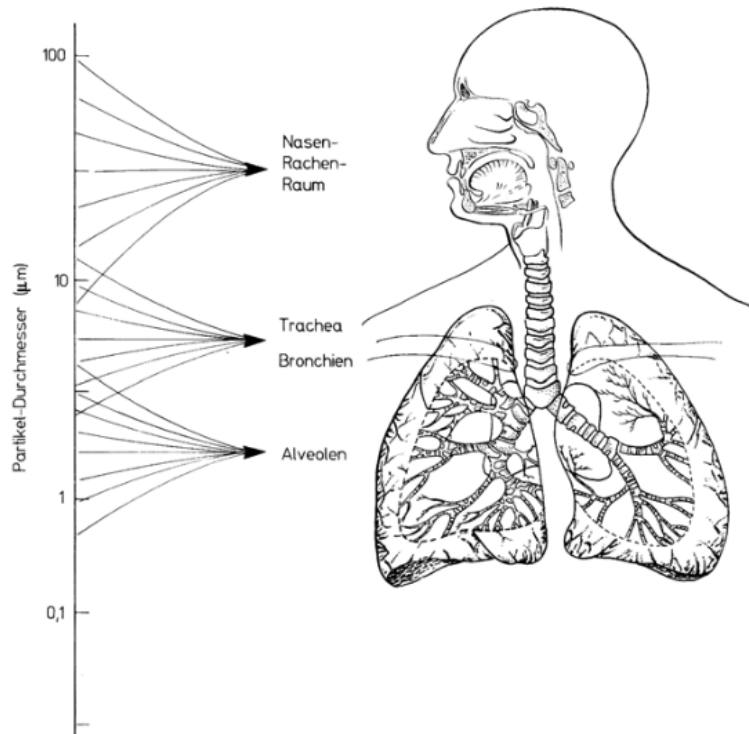
Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Therapie

- bevorzugt inhalative Applikation
- individuelle Auswahl des Inhalators: MDI, DPI, MDI mit Spacer, Vernebler (je nach Verfügbarkeit, Atemtechnik, Schwere der Obstruktion und Präferenz des Patienten)
- Inhalationstraining, Kontrolle der Inhalationstechnik im Verlauf erforderlich

Inhalative Therapie



- Partikel $> 5 \mu\text{m}$:
-> Therapie der oberen Atemwege
- Partikel $< 5 \mu\text{m}$:
-> Therapie der Lunge
(optimal $2-3 \mu\text{m}$)
- Partikel $< 0,5 \mu\text{m}$:
-> Abatmung!

[nach Meier et al., Biopharmazie, Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York (1998)]

Mam bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Basismedikamente bei COPD

- kurzwirksame Substanzen (SABA, SAMA) für die Bedarfsmedikation
- langwirksame Substanzen (LABA, LAMA) für die Dauertherapie
- Besserung der Lungenfunktion, der Dyspnoe, der Lebensqualität und der Exazerbationsrate

Mam bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Anticholinergika



- Abnahme des Tonus der glatten Muskulatur des Magendarmtraktes, der ableitenden Harnwege und der Bronchialmuskulatur,
- Zunahme der Herzfrequenz,
- Steigerung des peripheren Gefäßwiderstands,
- Unterdrückung der Speichel-, Magensaft-, Bronchial- und Schweißsekretion,
- im Auge die Erweiterung der Pupille und Akkommodation des Auges auf die Ferne.

Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Anticholinergika

- SAMA: Ipratopium
 - LAMA: Acclidinium (12 Stunden wirksam)
Glycopyrrhonium, Tiotropium, Umeclidinium (24 Stunden wirksam)
-
- unerwünschte Effekte: Mundtrockenheit
 - cave: Harnverhalt bei Prostatahyperplasie
 - cave: Anstieg des Augendruckes bei Engwinkelglaukom

Mam | bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

β2 - Sympathomimetika

- SABA: Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin
- LABA: Formoterol, Salmeterol (12 Stunden wirksam)
Indacaterol, Olodaterol, Vilanterol (24 Stunden wirksam)
- unerwünschte Effekte: Palpitationen, Tremor, Herzrhythmusstörungen, Hypokaliämie, Muskelkrämpfe, Hustenreiz

Mam bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Phosphodiesterase-Hemmer

Theophyllin:

- schwach wirksamer Bronchodilatator
- oral und i.v. verfügbar
- unerwünschte gastrointestinale Effekte, atriale und ventrikuläre Rhythmusstörungen, zerebrale Krampfanfälle, Schlafstörung, Muskelkrämpfe.
- wegen ungünstiger Wirkung/Nebenwirkungsverhältnis Mittel der letzten Wahl
- cave: Enge therapeutische Breite, Interaktionen

Mam | bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Phosphodiesterase-Hemmer

Roflumilast:

- hemmt selektiv PDE-4
 - begleitend zur bronchodilatatorischen Dauertherapie bei schwerer COPD in Verbindung mit Bronchitis bei erwachsenen Patienten mit häufigen Exazerbationen (1x500 µg oral)
- unerwünschte gastrointestinale Effekte, Gewichtsabnahme, Kopfschmerzen

Mam | bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

entzündungshemmende Arzneimittel

- inhalative Kortikosteroide (ICS)
 - limitierte Effekte bei COPD
 - als Monotherapie kontraindiziert
- systemische Kortikosteroide
 - keine Dauertherapie
 - bei mittelschwerer und schwerer Exazerbation: 40 mg oral für die Dauer von 5 (bis maximal 14) Tagen, danach abrupt absetzen

Mam | bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

fixe Kombinationen

- SABA/SAMA: effektivere Bronchodilatation
- LABA/LAMA: effektivere Bronchodilatation, Exazerbationsprophylaxe, Besserung von Lebensqualität (QOL) und Dyspnoe
- LABA/ICS: effektivere Exazerbationsprophylaxe, Besserung von QOL
- LABA/LAMA/ICS: evtl. effektivere Exazerbationsprophylaxe im Vergleich zu dualen Kombinationen

Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Die neuen Pflegegrade

Bilanz nach zwei Jahren,
Praxiserfahrungen im ambulanten Bereich,
das neue Begutachtungsinstrument

Anita Heinzlmann

Pflegesachverständige § 53 SGB XI, Pflegeberaterin § 7a SGB XI,
Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen

Die neuen Pflegegrade

- ▶ „**Pflegebedürftig** sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.“
- ▶ „**Pflegebedürftig** im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der **Hilfe durch Andere** bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können (§ 14 Absatz 1 SGB XI). Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für sechs Monate, und mindestens der im § 15 SGB XI (s. Grad der Pflegebedürftigkeit) festgelegten Schwere bestehen.“

Quelle: <https://www.pflege-shv.de/index.php?page=neudefinition-pflegegrade>

Alter
Pflegebedürftigkeitsbegriff

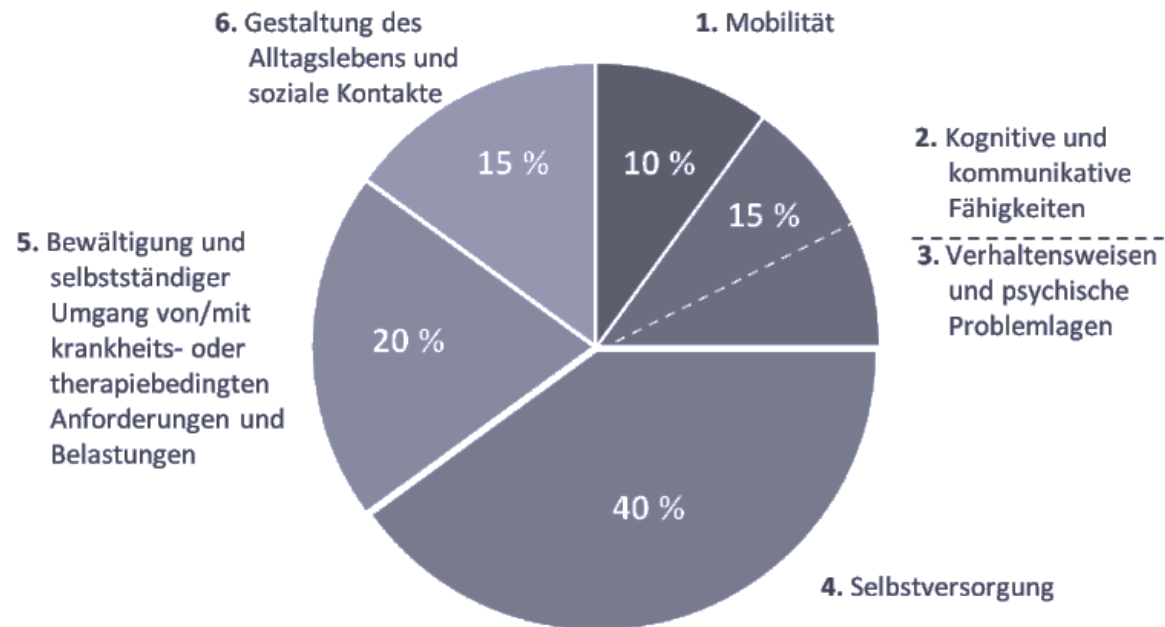
Neuer
Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die neuen Pflegegrade

- ▶ **zukünftig maßgeblich: nicht der Zeitfaktor, sondern der Grad der Selbstständigkeit**
- ▶ **Selbstständig** ist eine Person, die eine Handlung alleine **ohne Unterstützung durch Andere** oder unter Nutzung von Hilfsmitteln, durchführen kann.
(Auszug aus der BRI)

Die neuen Pflegegrade

- ▶ die jeweiligen Teilbereiche (Module) sind unterschiedlich gewichtet und ergeben den Grad der Pflegebedürftigkeit



Die neuen Pflegegrade

Bewertungsskalen

1. Mobilität: Selbstständigkeit

- selbstständig – überwiegend s. – überwiegend unselbstständig – unselbstständig
(z.B. Treppensteigen) Bewertungsskala: 0–3 Punkte möglich
- Treppenlift/Aufzug ist keine Kompensation von evtl. Ressourcen. Wenn die Person keine Treppen steigen kann, ist dies als unselbstständig zu bewerten.

2. Kognitive und kommunikativen Fähigkeiten: Fähigkeit

- vorhanden – größtenteils vorh. – in geringem Maße vorh. – nicht vorh.
(z. B. Örtliche Orientierung)
- ausschließlich die geistige Fähigkeit wird bewertet, nicht die Aktivität des Antragstellers!

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: Häufigkeit

- nie oder selten – selten – häufig – täglich
(z. B. motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, zielloses Umhergehen in der Nacht)
- meint Situationen, die eine personelle Reaktion verursachen, das Eingreifen muss unmittelbar sein und darf nur einmal gewertet werden. Pflegebegründete Diagnose muss vorliegen!

Die neuen Pflegegrade

Bewertungsskalen

4. Selbstversorgung:

Selbstständigkeit

- selbstständig – überwiegend s. – überwiegend unselbstständig – unselbstständig (z.B. Körperpflege, Ernährung etc.)
- Teilweise Übernahme ist **immer** als überwiegend unselbstständig zu werten!

5. Krankheitsbewältigung und therapiebedingte Anforderungen:

Häufigkeit

- täglich – wöchentlich – monatlich (z. B. Medikation)
- **extra gewertet werden kann:**
 - Bedarfsmedikation und/oder besondere Medikamentengaben
 - auswärtige Arztbesuche, keine Hausbesuche
 - z.B. Begleitung zur Dialyse
 - Ärztl. Anordnungen müssen in der Häuslichkeit schriftlich vorliegen

6. Bewältigung der Alltagsgestaltung und Erhaltung sozialer Kontakte:

Selbstständigkeit

- selbstständig – überwiegend s. – überwiegend unselbstständig – unselbstständig (z.B. sich selbst beschäftigen)

Die neuen Pflegegrade

Bewertungsskalen

▶ **Selbstständig**

- Keine personelle Hilfe
- Langsam oder nur mit Hilfsmittel
- Im zeitlichen Rahmen

▶ **Überwiegend Selbstständig**

- den größten Teil selbst
- Geringer, mäßiger Aufwand für die Pflegeperson, lediglich Richten und Zurechtlegen von... (muss in der Nähe sein)
- Aufforderung (auch mehrfach), damit der Betroffene die Tätigkeit allein durchführt (Angehörige darauf hinweisen bzw. fragen).
- Punktueller Hilfebedarf und punktuelle Hilfeleistung für immer **eine Sache!**
- Unterstützung bei der Entscheidungsfindung
- Kontrolle der korrekten und sicheren Durchführung
- Anwesenheit aus Sicherheitsgründen

Die neuen Pflegegrade

Bewertungsskalen

- ▶ **Überwiegend Unselbstständig**
 - Kann sich beteiligen
 - Teilschritte der Handlung **müssen** übernommen werden
 - **Ständige** Anleitung und Beaufsichtigung

- ▶ **Unselbstständig**
 - Kaum oder keine Ressourcen
 - Alle Teilhandlungen werden durch die PP übernommen

Die neuen Pflegegrade

Bewertungsskalen

- ▶ **Fähigkeit vorhanden**
 - ▶ Die Fähigkeit ist vollständig vorhanden
- ▶ **Fähigkeit größtenteils vorhanden**
 - ▶ In den meisten Situationen, aber nicht durchgängig, hat Schwierigkeiten komplexere Anforderungen zu erfüllen
- ▶ **Fähigkeit in geringen Maße vorhanden**
 - ▶ Stark beeinträchtigte Fähigkeit, kann nur Aufforderungen mit geringer Anforderung erfüllen
- ▶ **Fähigkeit nicht vorhanden**
 - ▶ Nur in sehr geringen Maße und selten vorhanden

Die neuen Pflegegrade

Bewertungsskalen

- ▶ **Häufigkeit**

- ▶ Nie oder selten
- ▶ selten – ein–bis dreimal innerhalb von zwei Wochen
- ▶ Häufig – zweimal bis mehrmals täglich, aber **nicht** täglich
- ▶ Täglich

- ▶ In Modul 5 wird zusätzlich **die Häufigkeit der anfallenden Hilfen** bei der Durchführung ermittelt:
 - pro Tag
 - pro Woche
 - pro Monat

Die neuen Pflegegrade

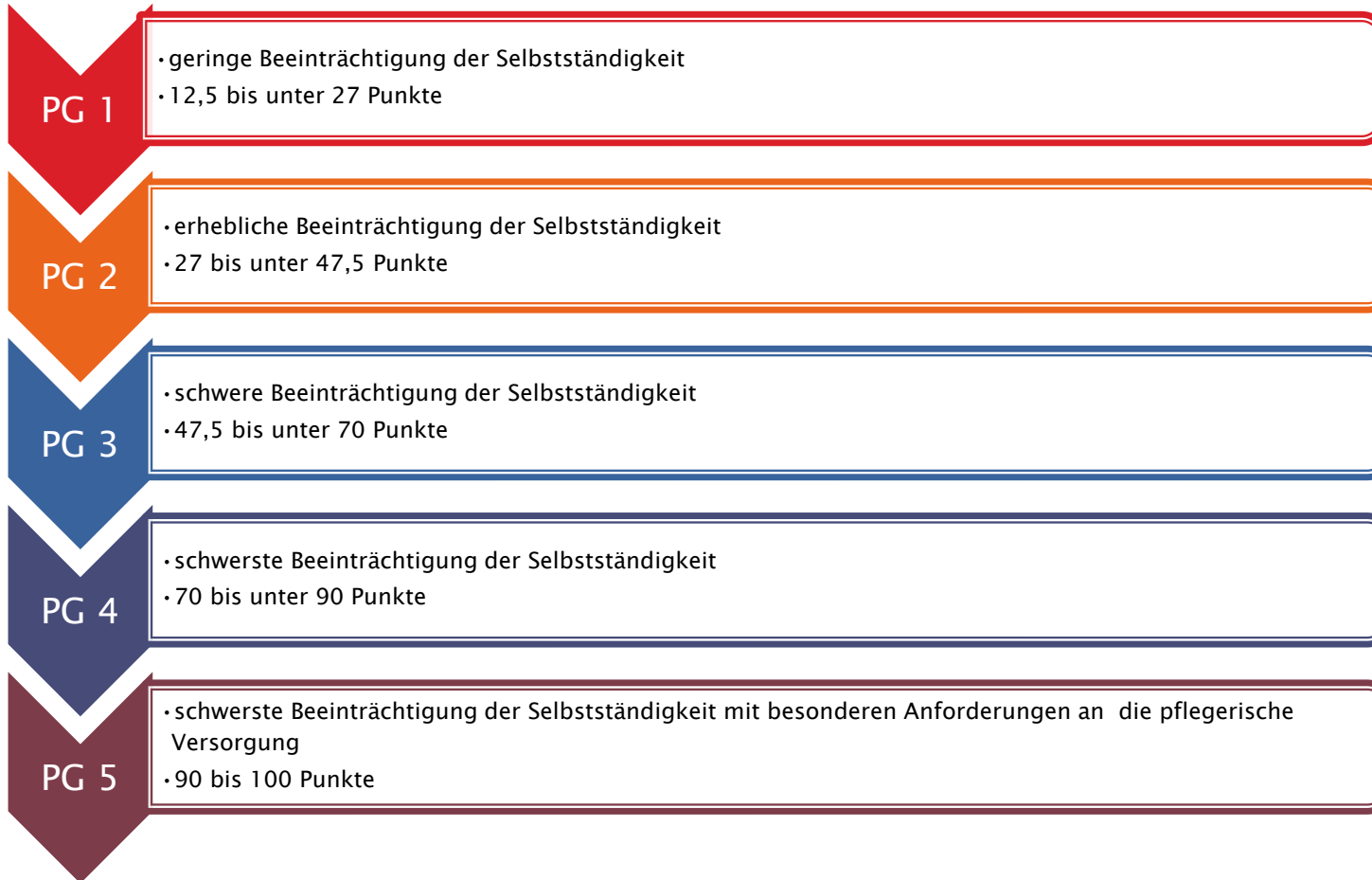
Punktesystem

Module	Gewichtung	0 keine	1 Geringe	3 Erhebliche	4 Schwere	5 Schwerste	
1	10 %	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15	Summe der Punkte
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte
2	15% Höchster Wert aus Modul 2 und Modul 3	0-1	2-5	6-10	11-16	17-23	Summe der Punkte
3		0	1-2	3-4	5-6	7-65	Summe der Punkte
		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte
4	40 %	0-2	3-7	8-18	19-36	37-60	Summe der Punkte
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte
5	20 %	0	1	2-3	4-5	6-15	Summe der Punkte
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte
6	15 %	0	1-3	4-6	7-11	12-18	Summe der Punkte
		0	3,75	7,5	11,256	15	Gewichtete Punkte
7		Die Berechnung einer Modulbewertung gilt als entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8							

Die neuen Pflegegrade

- ▶ Insgesamt werden 64 Kriterien in den einzelnen Modulen geprüft und die Punkte ermittelt. Die Summe wird in gewichtete Punkte übergeführt und am Ende addiert. Die Gesamtzahl ergibt den errechneten Pflegegrad.
- ▶ Die Module 7 und 8: **Außerhäusliche Aktivität und Haushaltsführung** umfassen insgesamt 14 Kriterien, werden aber nicht in der Bewertung berücksichtigt. Trotzdem sind sie zur Erstellung eines individuellen Versorgungsplanes für den Gutachter wichtig.

Die neuen Pflegegrade



Die neuen Pflegegrade

Bilanz MDS: 100 Tage PSG II

- ▶ Zahl der Anträge um 31% gestiegen
- ▶ 80% als pflegebedürftig eingestuft
- ▶ Fristen werden in 96% aller Fälle eingehalten
- ▶ Bearbeitungszeit von 4 – 8 Wochen (05/17)
- ▶ Gutachter und Angehörige zufrieden --> System ist besser
- ▶ Einstufungen im Schnitt höher als vorher
- ▶ – mehr PG 1 und PG 2
- ▶ – mehr PG 4 und PG 5 als vorher PST 3 u. Härtefall ???

Quelle: Dr. Peter Pick: Neue Pflegebegutachtung kommt gut an. Ersatzkasse Magazin, 28.06.2017 Ausgabe 5./6. 2017

Die neuen Pflegegrade

Bilanz MDK: Personalzuwachs

- ▶ Mehr als 300 Gutachter wurden bundesweit eingestellt
- ▶ Ca. 2100 Fachkräfte sind seit 2017 in der Pflegebegutachtung tätig
- ▶ 18 % Personalsteigerung gegenüber 2015

Quelle: Rainer Kasperbauer, Geschäftsführer MDK Bayern

Pressekonferenz: "100 Tage neue Pflegebegutachtung – eine Zwischenbilanz"

Berlin, 21. 04.2017

Die neuen Pflegegrade

Bilanz MDS: Demenz

Pflegebedürftige mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen wie z.B. **Demenz** können nun besser begutachtet werden: „Sie sind vor allem im Anfangsstadium ihrer Erkrankung noch körperlich fit, aber in ihren kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt oder sie zeigen belastendes Verhalten.“ Das wird nun besser berücksichtigt.

Quelle: Bernhard Fleer, Diplom-Pflegewirt beim MDS, Berlin/Essen, 21.04.2017

Die neuen Pflegegrade

Bilanz DVLAB: Demenz

(Deutscher Verband der Leitungskräfte für die Alten- u. Behindertenhilfe)

- ▶ Menschen mit leichter Demenz profitieren
- ▶ Aktive demenzkranke Menschen leben dagegen überwiegend in Heimen und benötigen eine zeitintensive Betreuung über 24 Std.
- ▶ Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff gewichtet ihr auffälliges Verhalten am Gesamtaufwand aber nur mit 15%. „Dadurch wird der Pflegebedarf mehrheitlich nur mit dem Pflegegrad 3 oder 4 berücksichtigt, was jedoch absolut nicht ausreichend ist“, so der DVLAB-Bundesvorsitzende Peter Dürrmann.
- ▶ **Problem:** Weder die Leistungen der Pflegeversicherung noch die Heimkosten für diese Pflegegrade reichen aus, um die nötige zeitintensive Betreuung zu finanzieren. Mit den Betroffenen werden also auch die Pflegeheime und Pflegekräfte zu Verlierern, es droht sogar Personalabbau...
- ▶ Studie mit 40 Einrichtungen und 4000 Pflegebedürftigen

Quelle: Altenheim, 04.05.2017

Die neuen Pflegegrade

Häusliche Versorgung: Vorteile PSG II

- ▶ Bestandschutz bei bereits vorhandener Pflegeeinstufung (einfache Stufensprünge, doppelte Stufensprünge)
→ Differenzausgleich (vorher 208,- €, jetzt 125,- €)
- ▶ Erhöhung oder zum Teil gleichbleibende Beträge sämtlicher Leistungen
(§36, §37, §38, §39, §40, §41, §42, §45 SGB XI)
- ▶ Inanspruchnahme wurde zeitlich erhöht
(§ 39 auf 6 Wo, § 42 auf 8 Wo)
- ▶ Umwidmungsregelung
- ▶ Wohngruppenzuschlag, §38a jetzt auch ab Pflegegrad 1
- ▶ Anspruch auf halbjährliche Beratungseinsätze (§ 37,3) für alle Pflegegrade
- ▶ 40% der Sachleistung kann in Betreuungsleistungen beantragt werden

Die neuen Pflegegrade

Häusliche Versorgung: Nachteile PSG II

- ▶ Pflegebedürftige in Pflegegrad 4 (ohne EAK) erhalten den gleichen Geldbetrag von 728,-€
- ▶ Einheitlicher Entlastungsbetrag von 125,-€ (statt 208,-€)
- ▶ geringerer Geldzuschuss für die stationäre Pflege in den PG 3 und 4, dafür wird der Eigenanteil für jeden Heimbewohner unabhängig vom Pflegegrad vereinheitlicht
- ▶ zu wenig Personal bzw. zu wenig qualifiziertes Betreuungspersonal in der häuslichen Versorgung!
- ▶ Pflegegrad 5 erst ab dem Erreichen von 90 Gesamtpunkten, aber bei Demenz ist die Argumentation einer besonderen Bedarfskonstellation eine Möglichkeit zur Erhöhung des PG auch unter 90 Gesamtpunkten!

Besondere Bedarfskonstellation

- ▶ Als besondere Bedarfskonstellation ist nur die Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine festgelegt (vollständiger Verlust der Greif-, Steh-, und Gehfunktion). Hintergrund ist, dass die jeweiligen gesundheitlichen Probleme sich einer pflegefachlichen Systematisierung im neuen Begutachtungsinstrument entziehen. Heißt: es ist möglich, dass z. B. bei einem Tetraplegiker im Bereich des Moduls 6 Beeinträchtigungen nur im geringen Maß vorliegen, so dass die Gesamtpunkte unter 90 liegen.
- ▶ **Aber:** Eine Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine liegt auch vor, wenn eine minimale Restbeweglichkeit der Arme noch vorhanden ist, oder nur noch unkontrollierbare Greifreflexe bestehen.

(BRI, geänderte Fassung, 03/2017)

Besondere Bedarfskonstellation

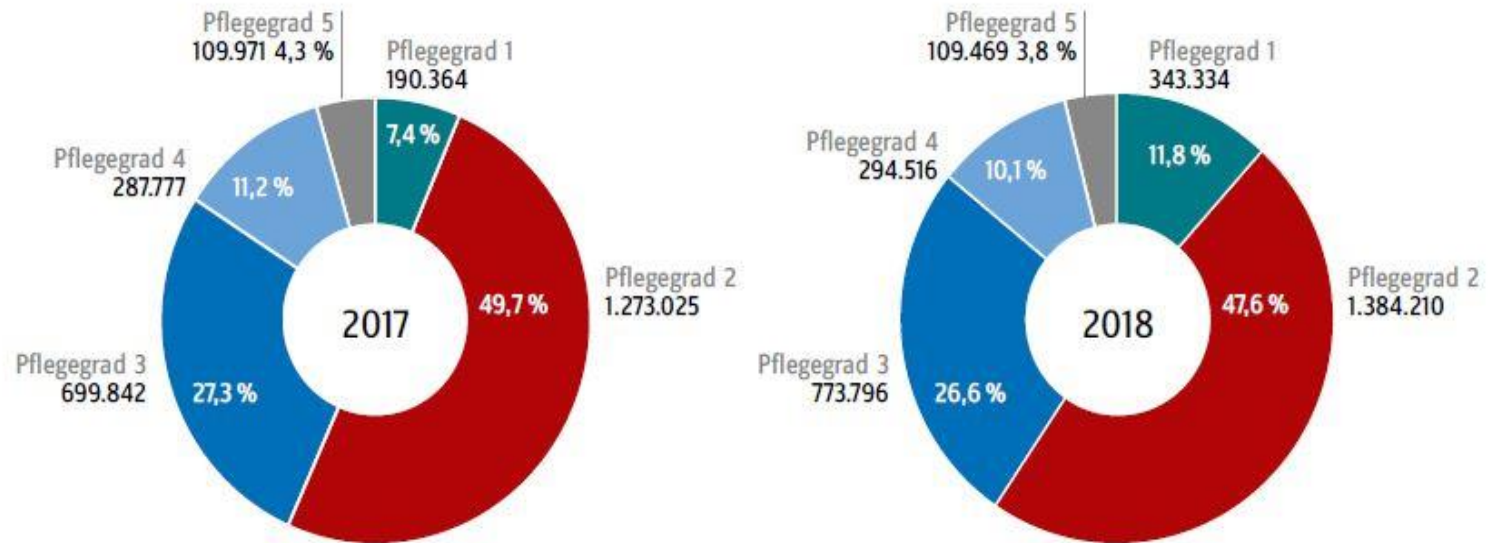
- ▶ **Vorschläge:**
- ▶ z.B. erhöhte Punktevergabe in Modul 3 oder
- ▶ mit Vermerk G (Gerontopsychiatriezuschlag) (PG 4, G) oder
- ▶ Sonderpersonalstatus für Fachpersonal in (Demenz-WG)

- ▶ **Fazit:**
- ▶ Umsetzung zu teuer!!!
- ▶ Zu wenig Betroffene

- ▶ **Test in Hessen:**
- ▶ Personalschlüssel ist bei PG IV höher als bei PG V

Die neuen Pflegegrade

Leistungsempfänger 2017 und 2018 nach Pflegegraden
ambulant und teilstationär



Summen können rundungsbedingt abweichen.
Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik PG 2

Habt Ihr noch Fragen?



Mambo - Botschafter Workshop

Treffen am 13.11.2019



Agenda

- 1. Warum Mambo-Botschafter**
- 2. Freie Diskussion + Entwicklung Ideen**
- 3. Abgestimmte Maßnahmen und Fahrplan**



Warum Mambo – Botschafter?

Die Projektidee ist gut...

- ... weil bereits 7.5000 multimorbide Patienten der pronova BKK im RGL versorgt werden
- ... weil auf einen vorhandenen sozial-pflegerisch-medizinischen Versorgungsbedarf der Patienten reagiert wird, der zudem delegiert werden kann
- weil Ärzte im Praxisalltag durch eine zusätzliche „Kümmereinheit“ entlastet werden können
- ... weil ein Ärztenetz passungsfähige Strukturen mit sich bringt, eine kooperative Versorgungsleistung durch die MoniKa zu ermöglichen
- ... weil die Versorgung in der Region idealer Weise zukunftsorientiert, multiprofessionell, patientenorientiert, effizienter ... sein sollte
- ... weil das alles nur ein Fazit zulässt: (wie bei allen Bulletpoints mit Anschluss an „die Idee ist gut ... Weil) Mambo ist also unsere Chance!

Die Projektherausforderungen sind erstaunlich hoch ...

- ... weil wir nach bereits 2,5 Jahren erst 43% der vereinbarten 5.600 Patienten einschreiben konnten –
⚡ Aussagekraft Evaluation + Überführung Regelversorgung
- ... weil die Rolle der MoniKa + die Entlastung der Ärzte in einem eher „autistischen“ System etabliert und spürbar werden muss (zeitliche Dimension)
- ... weil das Ärztenetz zum ersten Mal solch komplexes Projekt stemmt und mehr Rückenwind/Rückhalt benötigt
- ... weil jede Praxis jeden Tag grundsätzlich erhebliche Versorgungsherausforderungen hat und damit systembedingt in der „Versorgungs-Abarbeitung“ hängen bleibt
- ... weil Mambo ~~wird~~ nur von Wenigen als Chance zur Versorgungsgestaltung gesehen **wird**

„Die Axt schärfen? Dazu hatte ich keine Zeit, ich war zu sehr damit beschäftigt, Bäume zu fällen.“ (Zitat vielleicht als Gedankenstoß auf eine eigene Seite, hier geht es verloren)

Darum Mambo – Botschafter...

- ... für eine Kommunikation auf Augenhöhe – von Arzt zu Arzt
- ... um die bisherigen Projekterfolge bekannter zu machen
- ... für abgestimmte Botschaften, die zur Projektteilnahme motivieren
- ... um im Ärztenetz ein „Wir-Gefühl“ zu entwickeln
- ... zur Stärkung der konstruktiven Kooperation zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen
- ... für eine nachhaltig erfolgreiche Kommunikation
- ...

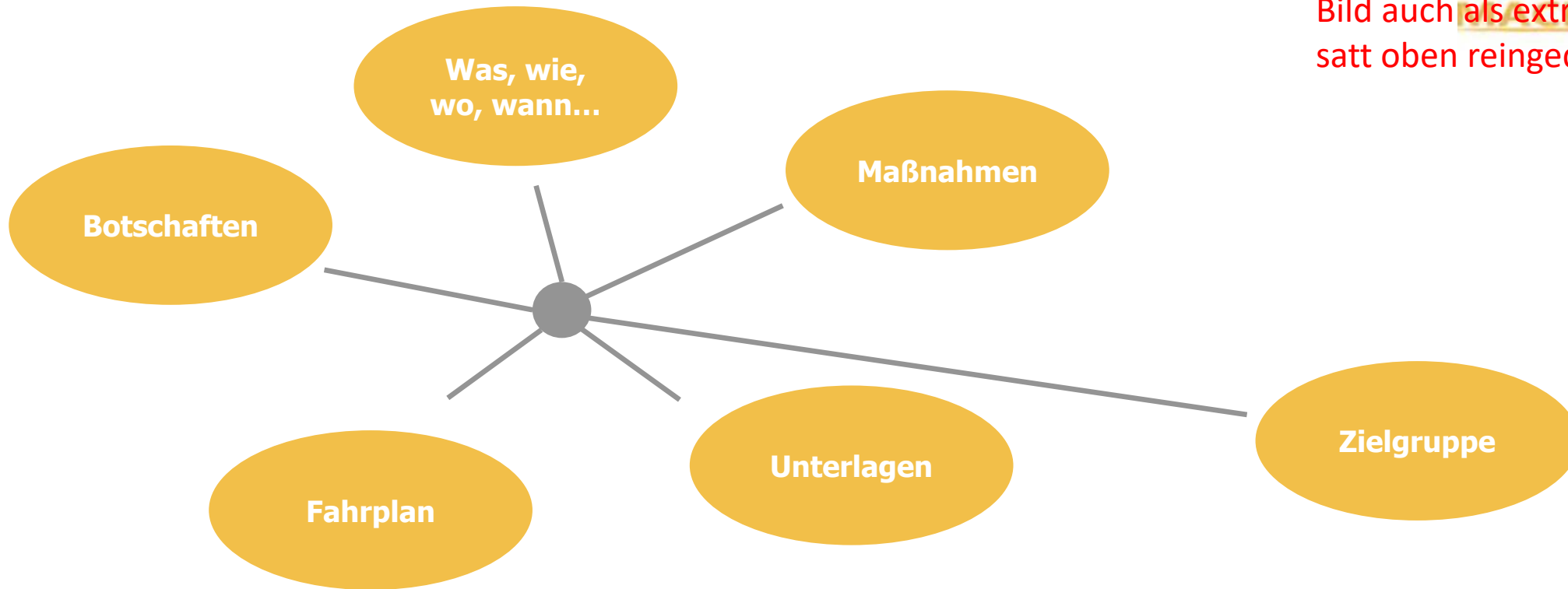


Mambo – Botschafter...

~~sollte~~
~~hätte~~
~~würde~~
~~könnte~~



Bild auch als extra eigene Seite,
satt oben reingequetscht.



BACKUP

KVP + Change Management

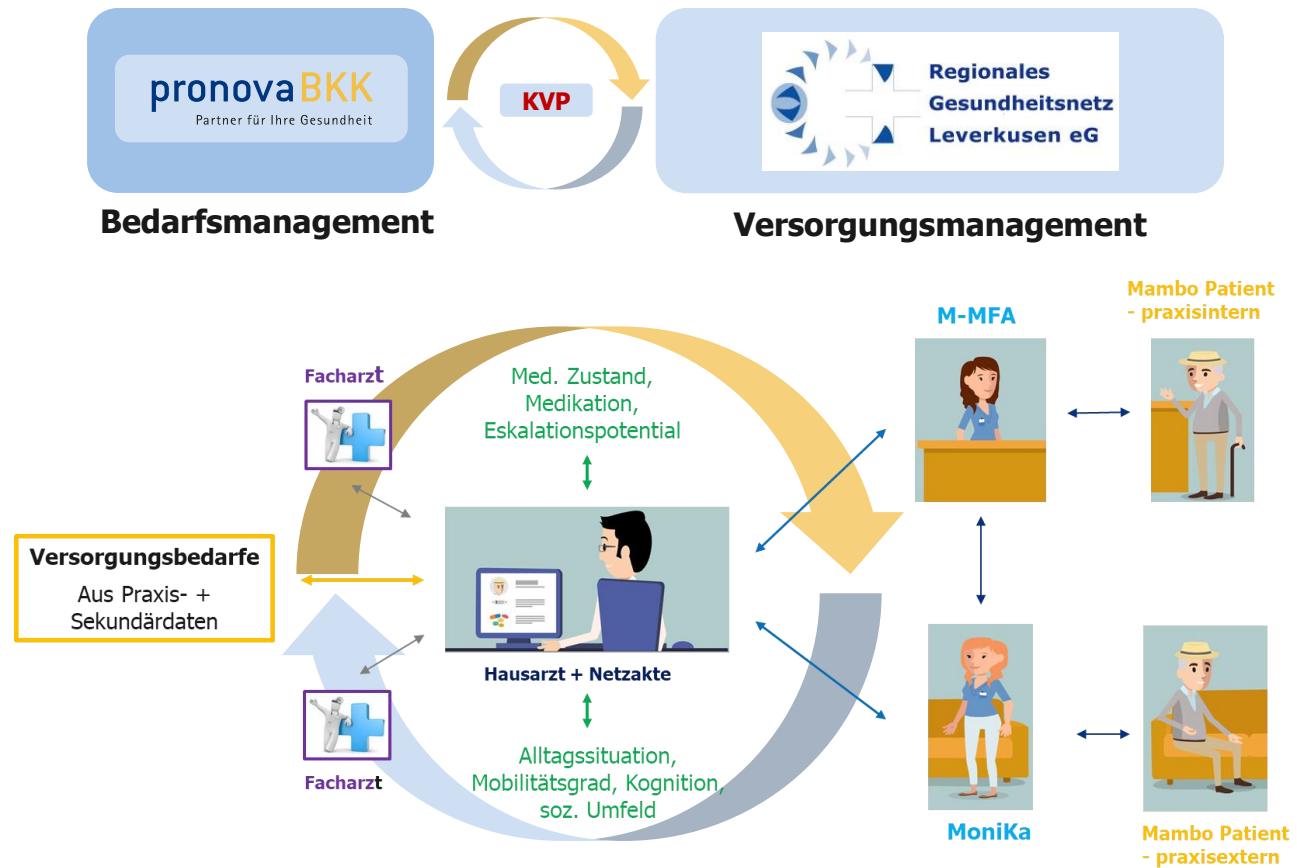
Neben den neuen Strukturen (BM, VM) ist der KVP ein innovativer Bestandteil von Mambo, der auf zwei Ebenen wirksam wird

Versorgungskonzepte
und -strukturen

Übergeordnet

Umsetzung in den
Versorgungsstrukturen

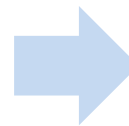
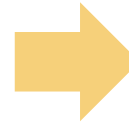
In der Praxis



KVP + Change Management

Für den ersten Schritt (Identifikation Bedarf und Konzeptentwicklung) wurden bereits vorbereitende Arbeiten in Angriff genommen

- Workshop „Etablierung Bedarfsmanagement“ bei der pronova BKK (17.10.2017)
 - Gemeinsames Verständnis übergreifende Aufgabenstellung „Bedarfsmanagement“
 - Themensammlung (potenzielle Bedarfe)
 - Ausarbeitung „Mambo-Canvas“ für 2 Themen
- Workshop „Bedarfsmanagement aus Leistungserbringer- und Patientensicht“ im Gesundheitsnetz (19.10.2017)
 - Themensammlung
 - Vertiefung ausgewählter Themen



Handlungsfelder

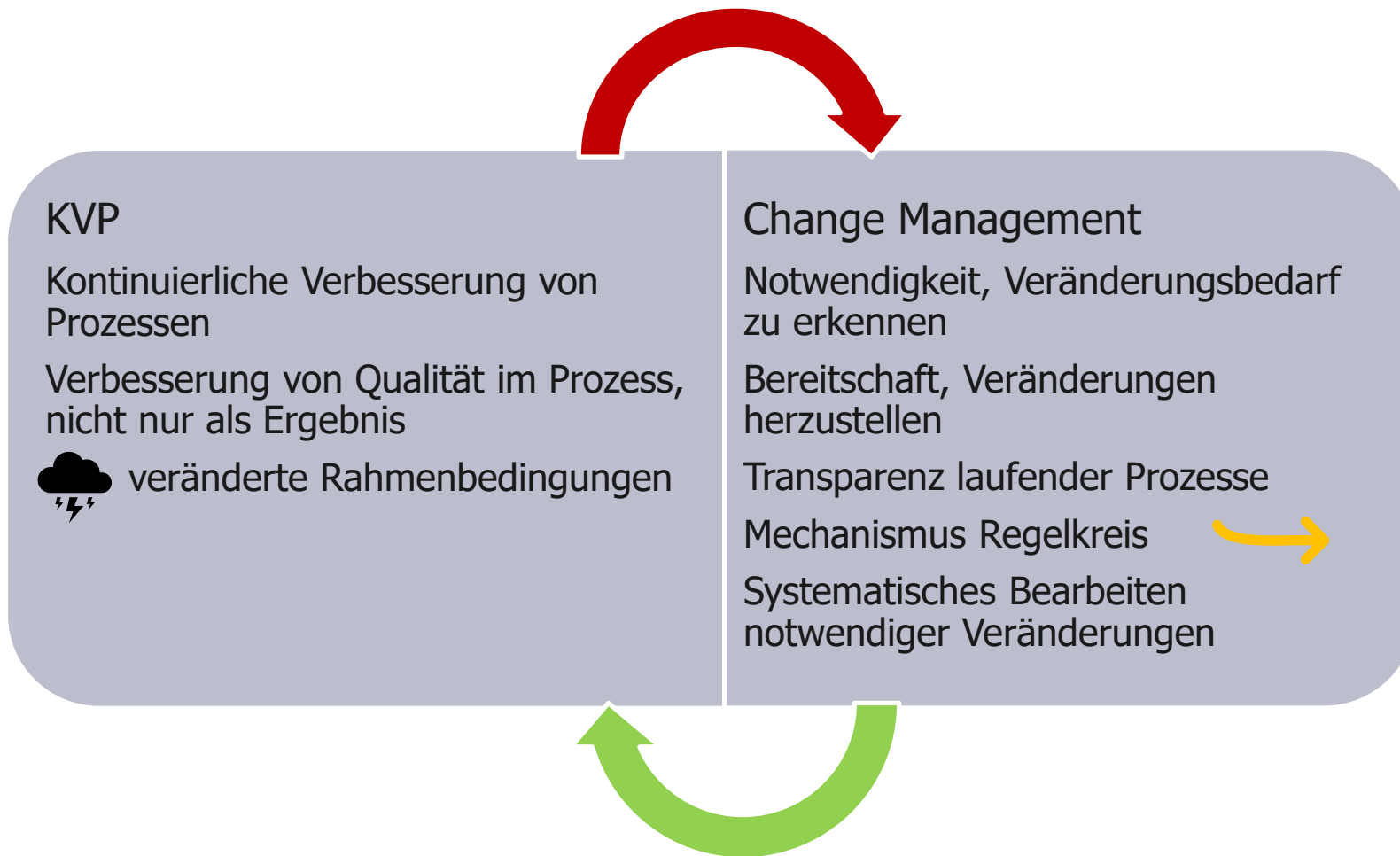
Vermeidung Krankenhausaufenthalte aufgrund ambulant-sensitiver Diagnosen

Systematische Einschreibung in strukturierte DMP-Programme

Nahtstellen-Management zum Krankenhaus vor und nach Einweisung (Entlassmanagement, Medikamentenplan, Gesprächsbedarf, ...) durch MoniKa

Systematisches und standardisiertes Medikationsmanagement durch MoniKa und MFA

KVP + Change Management



Name: xxxMambus Testus

Geburtsdatum: 23.12.1952

Therapiesteuerung

Einhaltung des Gewichtes			
1. Hat sich Ihr Gewicht um mehr als 2 kg innerhalb von 2-3 Tagen oder um 5 kg kontinuierlich innerhalb 1 Woche erhöht?	<input type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein	Wenn ja: um wieviel kg?
2. Haben Sie Appetitlosigkeit?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
BMI-Rechner			
Körpergröße 1,83	Körpergewicht 97,3	Ergebnis 29.05	
Flüssigkeitsretention			
1. Haben Sie geschwollene Füße, Knöchel oder Beine?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
2. Haben Sie Wassereinlagerung im Bauch (bettlägerigen Patienten)	<input type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein	
3. Müssen Sie mehr als 2x nachts Wasser lassen?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
4. Trinken Sie mehr als 1,5-2L pro Tag oder	<input type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein	Wenn ja: wieviel: l
5. Trinken Sie weniger als 1,5-2L pro Tag oder	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein	Wenn ja: wieviel: l
Sonstiger Freitext	trinkt zu wenig		
Medikations-Adhärenz			
1. Nehmen Sie Ihre Medikamente regelmäßig ein?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
2. Nehmen Sie alle Medikamente ein, die Ihnen verordnet wurden?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
3. Nehmen Sie die Medikamente in der verordneten Dosierung ein?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
4. Nehmen Sie freiverkäufliche Medikamente ein?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	wenn ja, welche? Schmerzmittel
5. Nutzen Sie Ihre Bedarfsmedikation häufiger als sonst?	<input type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein	
6. Lassen Sie manche Medikamente auch mal weg?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Sonstiger Freitext			
Symptome COPD / HI			
Husten	<input type="radio"/> keine	<input checked="" type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> stark
Atemnot	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> wenig	<input checked="" type="radio"/> stark
Auswurf	<input type="radio"/> keine	<input checked="" type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> stark
kontinuierliche Erfassung wichtiger Vitalparameter			
1. Blutdruck* RR syst. >140 oder diast. >90 mmHg: Arzt informieren	Systolisch 147	Diastolisch 93	Die Blutdruckwerte über- oder unterschreiten Werte die eine Information des Hausarztes notwendig erscheinen lassen. * Achtung: Messung erst nach einer Ruhephase von 5 Minuten durchführen

2. Puls	96		
3. Herzrhythmus	60		
4. Sauerstoffsättigung	96		
Erfassung Kontrollparameter			
1. Herzkatheter	<input type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein	
2. Schrittmacher	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
3. Defibrillator	<input type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein	
4. Sauerstoff	<input type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein	
5. Stent(s)	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
6. Wann ist Ihr nächster Geräte-Kontrolltermin? (implantierte Geräte)	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Datum: 15.11.2019
7. Teilnahme DMP KHK	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
8. Teilnahme DMP COPD	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
9. Wann ist Ihr nächster Facharzt-Termin	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Datum: 21.11.2019
10. Verwendung Tagebuch regelmäßig?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
11. Wann ist Ihr nächster Termin zur Sauerstoffgerätkontrolle?	<input type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein	Datum:
12. Wann war Ihr letzter pneumologischer Praxisbesuch?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Datum: 13.08.2019

Name: xxxMambus Testus

Geburtsdatum: 23.12.1952

COPD

Datum Medikationsplan	10.04.2019	
pharmakologische Bedeutsamkeit		
1. Findet ein nicht indizierter Einsatz an inhalativen Glukokortikosteroiden (ICS) (BeclioHEXAL, Sanasthmax, Aerobid, Flutide) statt?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2. Systemische Glukokortikosteroide als Dauertherapie?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
3. Welche der folgenden Stoffgruppen beinhaltet die Dauertherapie		
a) lang wirksame Anticholinergikum (Tiotropium, Aclidinium)	<input type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein
b) lang wirksame Beta-2-Symathomimetikum (Incruse, Eklira, Spiriva, Seebri)?	<input type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein
c) oder eine Kombination aus beiden Stoffgruppen?	<input type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein
CAVE: Cortisonspritzen vom Orthopäden haben Einfluss auf den HbA1C Wert		

Anlage 38: COPD Qualitätsindikatoren Vorlage

Patient: Emil Mäuserich

COPD

2. Quartal 2019

Datum: 01.01.2020

3. Quartal 2019

Datum: 01.01.2020

4. Quartal 2019

Datum: 01.01.2020

1. Quartal 2020

Datum: 01.01.2020

Quartal 5

Datum: 01.01.2020

Quartal 6

Datum: 01.01.2020

Quartal 7

Datum: 01.01.2020

Quartal 8

Datum: 01.01.2020

Datum Medikationsplan

pharmakologische Bedeutsamkeit

1. Findet ein **nicht** indizierter Einsatz an **inhalativen Glukokortikosteroiden** (ICS) (BecioHEXAL, Sanasthmax, Aerobid, Flutide) statt?
2. **Systemische Glukokortikosteroide** als **Dauertherapie**?
3. Welche der folgenden Stoffgruppen beinhaltet die Dauertherapie
 - a) lang wirksame **Anticholinergikum** (Tiotropium, Acclidinium)
 - b) lang wirksame **Beta-2-Symathomimetikum** (Incruse, Ekliira, Spiriva, Seebri)?
 - c) oder eine **Kombination** aus **beiden Stoffgruppen**?

QI
↓
↓
↑
↑

	2. Quartal 2019		3. Quartal 2019		4. Quartal 2019		1. Quartal 2020		Quartal 5		Quartal 6		Quartal 7		Quartal 8	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
1. Findet ein nicht indizierter Einsatz an inhalativen Glukokortikosteroiden (ICS) (BecioHEXAL, Sanasthmax, Aerobid, Flutide) statt?																
2. Systemische Glukokortikosteroide als Dauertherapie?																
3. Welche der folgenden Stoffgruppen beinhaltet die Dauertherapie																
a) lang wirksame Anticholinergikum (Tiotropium, Acclidinium)																
b) lang wirksame Beta-2-Symathomimetikum (Incruse, Ekliira, Spiriva, Seebri)?																
c) oder eine Kombination aus beiden Stoffgruppen?																

CAVE:

Cortisonspritzen vom Orthopäden haben Einfluss auf den HbA1C Wert

Name: xxxMambus Testus

Geburtsdatum: 23.12.1952

CAT

Geben Sie bitte an, was derzeit am besten auf Sie zutrifft						
Aussage						
Ich huste	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Selten	<input checked="" type="radio"/> Manchmal	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Sehr häufig	<input type="radio"/> Stark ausgeprägt
Ich bin verschleimt	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Selten	<input type="radio"/> Manchmal	<input checked="" type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Sehr häufig	<input type="radio"/> Stark ausgeprägt
Ich spüre ein Engegefühl in der Brust	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Selten	<input checked="" type="radio"/> Manchmal	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Sehr häufig	<input type="radio"/> Stark ausgeprägt
Ich komme außer Atem, wenn ich eine Treppe hinaufgehe oder bergauf gehe	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Selten	<input type="radio"/> Manchmal	<input checked="" type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Sehr häufig	<input type="radio"/> Stark ausgeprägt
Ich bin in meinen häuslichen Aktivitäten eingeschränkt	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Selten	<input type="radio"/> Manchmal	<input type="radio"/> Häufig	<input checked="" type="radio"/> Sehr häufig	<input type="radio"/> Stark ausgeprägt
Ich habe Bedenken, trotz meiner Lungenerkrankung das Haus zu verlassen	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Selten	<input type="radio"/> Manchmal	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Sehr häufig	<input checked="" type="radio"/> Stark ausgeprägt
Ich habe Probleme tief und fest zu schlafen	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Selten	<input type="radio"/> Manchmal	<input checked="" type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Sehr häufig	<input type="radio"/> Stark ausgeprägt
Ich habe keine Energie	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Selten	<input type="radio"/> Manchmal	<input checked="" type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Sehr häufig	<input type="radio"/> Stark ausgeprägt
	0	0	2	4	1	1
Punkte						25
Auswertung	COPD schränkt Lebensqualität und Belastbarkeit dauerhaft ein, im Alltag sind Beschwerden ständig vorhanden Handlungsempfehlungen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Raucherentwöhnung 2. körperliche Aktivität 3. bedarfsorientierte Medikation 4. medikamentöse Dauerbehandlung 5. Sauerstoffbehandlung 					

Anlage 40: CAT-Test

COPD - Monitoring

Geben Sie bitte an, was derzeit am besten auf Sie zutrifft

Aussage	nie 0	selten 1	manchmal 2	häufig 3	sehr häufig 4	Stark ausgeprägt 5	
Ich huste							0
Ich bin verschleimt							0
Ich spüre ein Engegefühl in der Brust							0
Ich komme außer Atem, wenn ich eine Treppe hinaufgehe oder bergauf gehe							0
Ich bin in meinen häuslichen Aktivitäten eingeschränkt							0
Ich habe Bedenken, trotz meiner Lungenerkrankung das Haus zu verlassen							0
Ich habe Probleme tief und fest zu schlafen							0
Ich habe keine Energie							0
	0	0	0	0	0	0	0

Auswertung

Name: xxxMambus Testus

Geburtsdatum: 23.12.1952

Herzinsuffizienz

Datum Medikationsplan	19.01.2019	
pharmakologische Bedeutsamkeit		
1. Einnahme Betablocker (Bisoprolol, Metoprolol etc.)	<input type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein
2. Einnahme ACE-Hemmer (Enalapril, Ramipril etc.) oder Angiotensinrezeptorblocker (Valsartan, Candesartan etc.)	<input type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein
3. Einnahme von Antikoagulantien, aufgrund von Vorhofflimmern	<input type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein
4. Einnahme von systemischen Glukokortikosteroide aufgrund zusätzlichen COPD?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
5. Bei feststehender Diagnose Depression: Erhaltung trizyklische Antidepressiva?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
6. Erfolgt die Einnahme zusätzlicher NSAR (Ibuprofen, Diclofenac etc.) oder Antiarrhythmika Klasse I (Substanz: Chinidin, Ajmalin etc.)?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Berücksichtigung: Feststellung Einnahme Diuretika (Furosemid, Torasomid etc.) ggf. Anpassung		

Anlage 43: Arbeitspaket Herzinsuffizienz

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	Autor: Nicole Balke	
Version: 1.0	Vom: 22.11.2018	Status: gültig
Arbeitspaket Herzinsuffizienz - Aufbau der strukturierten Versorgung Herzinsuffizienz - Monitoring		

1. Beschreibung der Problemlage

Herzinsuffizienz ist heute in Deutschland eine der häufigsten Hauptdiagnose für stationäre Aufenthalte in einem Krankenhaus. Die vollstationäre Hospitalisationsrate als Maßstab für die stationäre Krankenhausinanspruchnahme ermöglicht eine Betrachtung der Krankheitstendenz. Der Wert lag 2016 mit 518 pro 100.000 Einwohner und ist im Vergleich zum Vorjahr um 2 Prozent angestiegen. Von 1995 auf 2016 stieg die vollstationäre Hospitalisationsrate bei Herzinsuffizienz um insgesamt 101,5 Prozent an, was einer Verdoppelung entspricht. Die Ursachen sind hier u.a. in dem zunehmenden Lebensalter, im längeren Leben mit der kardialen Grunderkrankung bzw. Überleben nach Herzinfarkt durch wirksame Behandlungsmöglichkeiten zu sehen. Die Sterberate bei Herzinsuffizienz nimmt sowohl bei Männern als auch bei Frauen ab der Altersgruppe der 80- bis unter 85-jährigen deutlich zu. Ihren Höchstwert erreichte sie in der Altersgruppe ab 90 Jahren (Herzbericht 2017).

Die Herzinsuffizienz gehört, neben anderen chronischen Erkrankungen, zu den sog. ambulant-sensitiven Diagnosen bzw. Krankenhausfällen (ASK). Raten an ambulant-sensitiven Krankenhausfällen (ASK) können als Indikatoren ambulanter Versorgungsqualität wertvolle Hinweise auf Qualitätsdefizite und deren Ursachen liefern. Als Indikatoren für die Qualität regionaler Gesundheitsversorgung haben sich Raten der ASK in den letzten Jahren international bereits zunehmend etabliert (Burgdorf et.al. 2015). Dem Konzept der ambulant-sensitiven Diagnosen liegt die Annahme zugrunde, dass Krankenhausfälle infolge bestimmter Diagnosen durch effektives Management chronischer Erkrankungen, effektive Akutbehandlungen im ambulanten Sektor oder Immunisierungen vermieden werden können. Gemäß diesen Annahmen weist eine erhöhte Rate der ASK auf Defizite im Zugang zum oder der Qualität im ambulanten Sektor hin (Weissmann et. al. 2015).

Länderspezifische und von Versorgern konsentiierte Listen ambulant-sensitiver Krankenhausfälle existieren bereits für die USA, Kanada, UK, Spanien, Australien und Neuseeland. In einer deutschen Studie von Sundmacher et. al. (2015) ist ein Katalog von 40 ambulant-sensitiven Diagnosegruppen entwickelt worden, von denen 22 Diagnosegruppen aufgrund der Public Health-Relevanz und Vermeidbarkeit als Kernliste zu verwenden ist. Die Kernliste deckt 90% der Gesamtfälle sowie Hospitalisierungen mit mindestens 85% Vermeidbarkeit durch einen effektiven ambulanten Sektor ab.

Diagnosegruppe	Anzahl der Fälle (in Tsd.) [absteigend]	Anzahl der vermeidbaren Fälle (in Tsd.)	Prozentsatz der vermeidbaren Fälle	Anzahl verm. Fälle * Prozentsatz der Notfälle	Prozentsatz der Notfälle	Häufigste medizinische Maßnahme zur Reduzierung von ASK	Häufigste systemische Maßnahme zur Reduzierung von ASK
Ischämische Herzkrankheiten	426	260	61%	75.4	29%	MoCD	ICT
Herzinsuffizienz	381	246	64%	81.18	33%	MoCD	ICT
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	370	282	76%	86.01	30.50%	MoCD	ICT
Bronchitis & COPD	320	245	76%	138.43	56.50%	MoCD	ICT
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioid	315	209	66%	135.85	65%	OPP	ICT
Rückenbeschwerden	284	231	81%	84.32	36.50%	OPP	ICT
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	279	231	83%	132.83	57.50%	OPP	ICT
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms	263	202	77%	110.09	54.50%	MoCD	ICT
Infektiöse Darmkrankheiten	259	195	75%	136.5	70%	OPP	ICT
Grippe und Pneumonie	256	175	68%	108.5	62.50%	ETaD	ICT
HNO-Infektionen	252	214	85%	37.45	17.50%	ETaD	ICT
Depressive Störungen	251	175	70%	53.38	30.50%	MoCD	ICT
Diabetes mellitus	196	160	81%	59.2	37%	MoCD	ICT
Gonarthrose	190	110	58%	4.4	4%	MoCD	ICT
Krankheiten der Sehnen und Weichteilgewebe	183	134	73%	20.77	15.50%	ETaD	ICT
Sonstige vermeidbare psychische und Verhaltensstörungen	175	129	74%	62.57	48.50%	MoCD	ICT
Krankheiten des Auges	153	124	81%	9.92	8%	MoCD	ICT
Krankheiten des Harnsystems	146	126	86%	68.67	54.50%	ETaD	ICT
Schlafstörungen	127	105	83%	5.78	5.50%	MoCD	ICT
Infektionen der Haut und der Unterhaut	125	96	77%	51.84	54%	ETaD	ICT
Mangelernährung	49	42	85%	11.55	27.50%	OPP	ICT
Zahn- und Mundhöhlenerkrankungen	36	33	94%	10.4	31.50%	OPP	ICT

Tabelle 4: Anzahl der Krankenhausfälle, Grad der Vermeidbarkeit und Anteil der Notfälle sowie ihre Kombination aus dem Jahr 2012; Maßnahmen [MoCD: Managemente andauernder Erkrankungen; OPP: Sonstige Prävention durch Verhaltensempfehlungen; ETaD: Behandlung von Akuterkrankungen] und Strategien zur Reduzierung von ASK [ICT: Kontinuierliche Behandlung verbessern]

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	Autor: Nicole Balke	
Version: 1.0	Vom: 22.11.2018	Status: gültig
Arbeitspaket Herzinsuffizienz - Aufbau der strukturierten Versorgung Herzinsuffizienz - Monitoring		

Zur Reduktion der ASK wurden von Sundmacher et. al (2015) als Ergebnis Delphi-Studie folgende Arten der Behandlungen und systematischen Maßnahmen genannt:

- Management andauernder Erkrankungen,
- Früherkennung,
- Sonstige Primärprävention durch Verhaltensempfehlungen,
- Behandlung von Akuterkrankungen,
- Erreichbarkeit verbessern,
- Medizinische Unsicherheit reduzieren,
- Andere Vergütungsanreize setzen.

2. Regionsspezifische Kennzahlen

Im Sinne des Projektziels zur Etablierung einer Kombination von Bedarfs- und Versorgungsmanagement als indikationsübergreifende Metastrategie zur Erhöhung der generellen Versorgungseffizienz wurde zunächst seitens der pronova BKK für die Region Leverkusen eine Sekundärdatenanalyse der ASK erstellt. Regionsspezifisch (Großraum LEV, K (KGS 53*)) ergaben sich daraus folgende Daten der Herzinsuffizienz für den Auswertungszeitraum von Q4 2016 bis Q3 2017, bezogen auf die stationären Hauptdiagnosen:

- eine Anzahl von 163 Herzinsuffizienz-Fällen (ICD I50),
- mit zugeordneten Kosten von 337.958,34 € insgesamt,
- mit zugeordneten Kosten von 2.125,52 € pro Patienten,
- einem Durchschnittsalter 77 Jahre und
- einer durchschnittlichen stationären Verweildauer von 2,0 Tagen.

Im Vergleich zu anderen Indikationen liegt die Herzinsuffizienz bezogen auf die oben aufgeführten Fall- und Kostenparameter im regionsspezifischen Vergleich an achter Stelle.

3. Zielsetzung

Ziel der Betrachtung der ASK Herzinsuffizienz ist aus Sicht des Bedarfsmanagement die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte und sog. „Drehtüreffekte“, um somit eine Senkung der Leistungsausgaben im stationären Bereich zu erreichen.

Seitens des Versorgungsmanagement sollen entsprechende Strukturen und Prozesse für ein kontinuierliches Krankheitsmanagement (Monitoring), die Früherkennung von Eskalationssituationen, den Aufbau einer patientenorientierten Gesundheitskompetenz und einer abgestimmten Versorgungskoordination aufgebaut werden. Insgesamt soll dies zu einer Verbesserung der Patientenbetreuung im häuslichen Umfeld stattfinden.

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	Autor: Nicole Balke	
Version: 1.0	Vom: 22.11.2018	Status: gültig
Arbeitspaket Herzinsuffizienz - Aufbau der strukturierten Versorgung Herzinsuffizienz - Monitoring		

Folgende Qualitätsziele / -indikatoren können für die Einschreibung der Patienten in das Monitoring HI formuliert werden:

- Niedrige Rate der Patienten mit **Krankenhauseinweisungen** wegen dekompensierter Herzinsuffizienz,
- Niedrige Rate der Patienten mit Erhöhung des **Herzinsuffizienz-Schweregrades** von NYHA-Stadium 3 (mit Beschwerden bei geringer Belastung) auf NYHA-Stadium 4 (mit Beschwerden in Ruhe)
- Hoher Anteil an Patienten mit Herzinsuffizienz, die **Betablocker** erhalten,
- Hoher Anteil an Patienten mit Herzinsuffizienz, die **ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptor-Antagonisten (Angiotensinrezeptorblocker - ARB)** erhalten.

4. Relevante Zielgruppe der Versorgungsstruktur

- Hausärzte, da sie den Patienten in der Dauerbetreuung haben, hier der Überblick über die Krankheitsentwicklung und die Medikation verortet ist (inkl. der MFA, die sowohl im Patientenkontakt als auch im Austausch mit der MoniKa als wertvoller Kommunikationskanal zu betrachten ist).
- Fachärzte, da die gesicherte Diagnose hauptsächlich durch die niedergelassenen Kardiologen erfolgt.
- Stationärer Bereich, da hier die dekompensierten Fälle oftmals per Notfall erscheinen

5. Strukturiertes Vorgehen

Zunächst wurde ein **erster interdisziplinärer und sektorenübergreifender Expertenpanel organisiert und vorbereitet: 06. Juni 2018** (pn BKK A. Kurz, T. Wolf, 3con Hr. Ammermann, Hausärzte Dr. Faßbender, Fr. Dr. Meyer z.A., amb. Kardiologie Dr. Päsler, Klinikum Lev Prof. Schwimbeck, Dr. Weidmann), MoniKa H. Schleimer, VM N. Balke)

Themenfelder:

- Allgemein: Erfassen der interdisziplinären Perspektiven, Klärung der Motivlagen, Diskussion
- Vermeidung/Verminderung schneller Wiedereinweisungen „Drehtüreffekt“
- Selbsteinweisung außerhalb ambulanter Sprechzeiten
- Ambulante Laborwerte 24/7 dem Krankenhaus verfügbar machen
- Adhärenz/Compliance des Patienten
- Patientenaufklärung und strukturierte Führung
- Intensive Betreuung schwerer Fälle organisieren inkl. persönlicher Ansprechpartner

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	Autor: Nicole Balke	
Version: 1.0	Vom: 22.11.2018	Status: gültig
Arbeitspaket Herzinsuffizienz - Aufbau der strukturierten Versorgung Herzinsuffizienz - Monitoring		

Abgeleitete Maßnahmen:

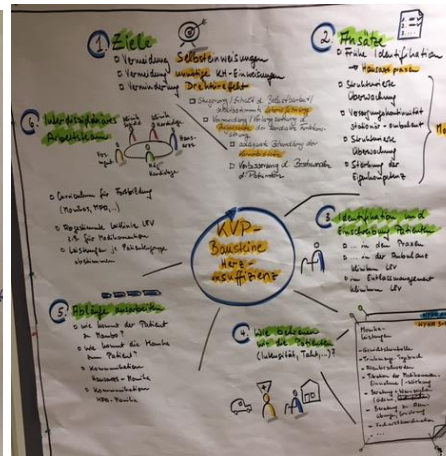
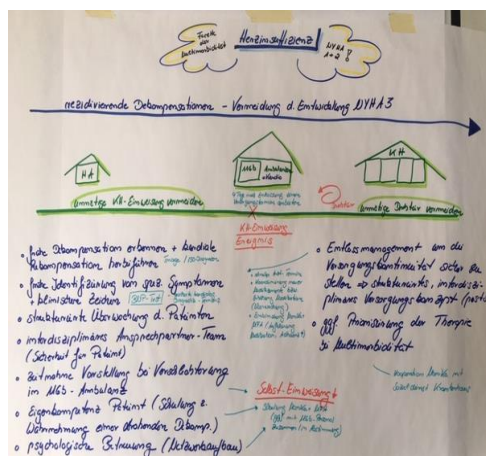
- Nach Krankenhausentlassung schneller Termin zur Überprüfung des Medikationsmanagement (innerhalb der nächsten 4-5 Tage)
- Direkte Überleitung der passenden Patienten an die MoniKa; schnelle Meldekette KH / Sozialdienst -> Hausarzt -> MoniKa
- Schulung der Patienten zum Eigenmanagement der Erkrankung (MoniKa)
- Gezieltes Screening der Patienten in der Hausarztpraxis (BNP-Test)?
- Sensibilisierung der MFA zum Thema Herzinsuffizienz
- Kardiologie-Termine prüfen
- Prüfung zusätzlicher Vergütung für zusätzliche Betreuungsaufwände für versorgungsintensives Patientenlientel

Fragestellungen / To do

- Vergütungsspielräume der pn?
- Einschreibung des KH als Teilnehmer Mambo?
- Prozess mit dem Sozialdienst vereinbaren (Datenschutz)
- Filtern der richtigen Patienten? (ASK-Patienten als auch der potentiellen ASK-Patienten)

Nachbearbeitung der Ergebnisse:

- Kontaktaufnahme zum Sozialdienst Klinikum Leverkusen: Vorstellung Mambo und Vereinbarung der Kontaktaufnahme und Überleitung von Patienten allgemein
- Nachbesprechung des Workshops mit OA Dr. Weidmann (27.06.2018)
- Filtern der Patienten (NYHA 3 + 4) in zwei Pilotpraxen
- Aufbau Schulungsmaterial Herzinsuffizienz für Patienten
- Erarbeitung eines Monitoring-Bogen als Diskussionsgrundlage
- Durchsicht Leitlinie Herzinsuffizienz mit entsprechenden Empfehlungen
- Organisation spezifischer HI-Schulung für die MoniKa (Januar/Februar 2019)
- MFA-/ MoniKa- Workshop zum Medikationsmanagement



Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	Autor: Nicole Balke	
Version: 1.0	Vom: 22.11.2018	Status: gültig
Arbeitspaket Herzinsuffizienz - Aufbau der strukturierten Versorgung Herzinsuffizienz - Monitoring		

Zweiter Expertenpanel am 12. September 2018 (Hausärzte Dr. Hübner, Dr. Meyer z.A, Dr. Travnik, Klinikum Lev Prof. Schwimmbeck, MoniKa H. Schleimer, VM N. Balke)

Themenfelder:

- Update – was lief seit Juni 2018
- Identifizierung der richtigen Patienten
- Monitoring: Kriterien + Instrumente
- Ableitung Betreuungsfrequenz
- MoniKa-Einsatz: Anforderungen, Rolle, Ausrüstung

Abgeleitete Maßnahmen:

- Identifizierung der Patienten nach ICD-Codierung I50 in der Hausarztpraxis
- Gesicherte Diagnostik beim niedergelassenen Kardiologen oder OA Dr. Weidmann (1/4 Sitz als niedergelassener Kardiologe)
- Konsentiertes Monitoring-HI, ggf. mit hinterlegtem Score

Basisinformationen: NYHA-Stadium, Schrittmacher, Erschöpfung, Wassereinlagerungen/Ödeme, Atemnot, Stürze, Schwindel, Depressive Stimmung, Allgemeiner Gesundheitsstatus, Krankenhausaufenthalte bzw. Notarzttrufe, Patienten-Tagebuch zur Kontrolle, Körpergewicht, Trinkmenge, Blutdruck, Brustschmerzen, Puls, Trinkmenge, Schlafverhalten (liegend/sitzend), ggf. O2-Sättigung

Patient soll 1 x im Quartal zum Hausarzt zur Kontrolle (z.B. Elektrolyte)

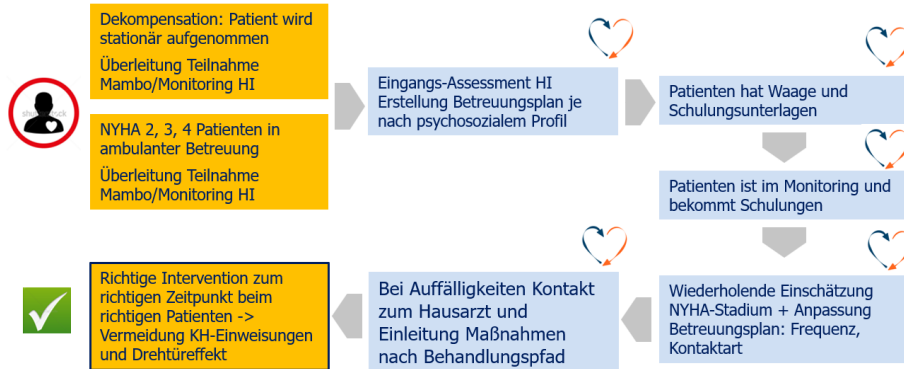
Nachbearbeitung der Ergebnisse:

- Finalisierung des Monitoring-Bogens: oben genannten Daten werden als Monitoring aufgearbeitet.
- Erarbeitung eines Eingangs-HI-Assessment mit dem Ziel, Betreuungsfrequenzen zu ermitteln. Im Rahmen dieses Assessments werden durch validierte Fragestellungen Gesundheitskompetenz und Coping-Strategien ermittelt (z.B. durch den HLS-EU-Q16 – Health Literacy). Auf Basis dieser Daten / des Scores wird zunächst eine Besuchsfrequenz ermittelt, getestet und entsprechend des lernenden Systems und durchzuführender Patientenschulungen angepasst.
- Kontaktaufnahme zu den ersten Patienten durch MoniKa und Testläufe des Monitorings
- Eine definierte Betreuungsfrequenz kann erst in einer größeren Population durchschnittlich ermittelt werden
- Vorstellung Mambo auf den kardiologischen Stationen Dezember2018/Januar 2019
- Konkrete Absprache und Etablierung der Versorgungsstruktur und der Kommunikationsprozesse

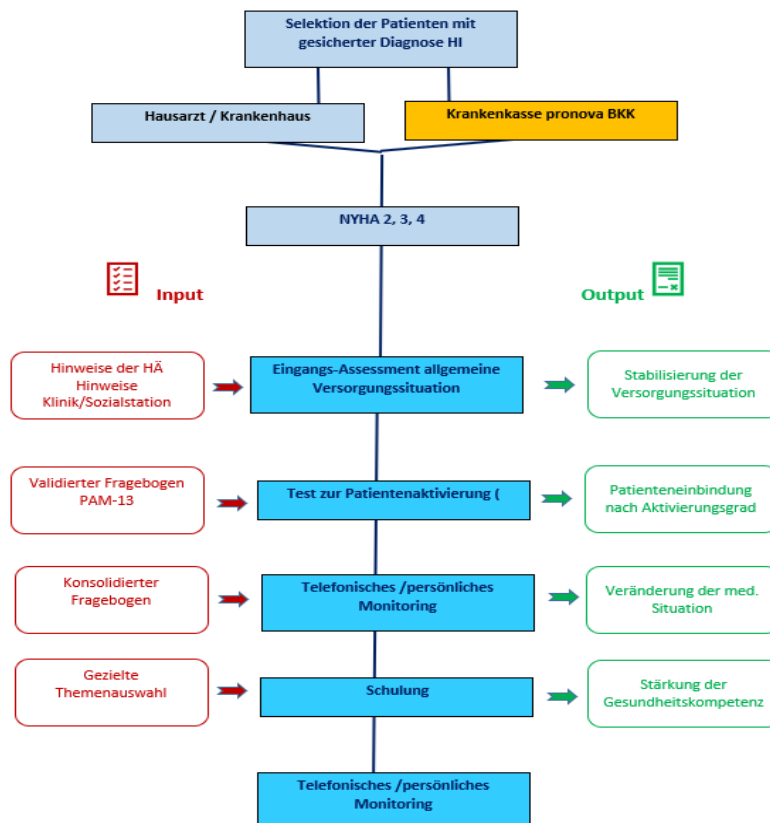
Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	Autor: Nicole Balke	
Version: 1.0	Vom: 22.11.2018	Status: gültig
Arbeitspaket Herzinsuffizienz - Aufbau der strukturierten Versorgung Herzinsuffizienz - Monitoring		

6. Monitoring Prozess

Monitoring HI



Prozess Monitoring Herzinsuffizienz



Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	Autor: Nicole Balke	
Version: 1.0	Vom: 22.11.2018	Status: gültig
Arbeitspaket Herzinsuffizienz - Aufbau der strukturierten Versorgung Herzinsuffizienz - Monitoring		

7. Erweitertes Leistungsspektrum MoniKa – Algorithmus Herzinsuffizienz

- Gewichtskontrolle (Umgang mit d. Waage)
- Überprüfung tägliche Trinkmenge / Tagebuch
- Atembeschwerden (Gehstrecke, Belastungsdyspnoe)
- Einnahme + Wirkung von Medikamenten
- Beratung zu Warnzeichen wie Ödeme, Lungenrasseln
- Beratung zu Atemübungen + Ernährung
- Facharztkoordination

8. Kritische Erfolgsfaktoren

- Datenqualität als Erfolgsparameter: Screening der passenden Patienten über Hausarztpraxis schwierig: Daten sind sehr lückenhaft, weil PVS kein Informationssystem; Patienten sollten über die Krankenkassen-Daten ermittelt werden, da sich ansonsten in der Sekundärdatenanalyse keine Effekte in der Versorgung nachweisen lassen. Die Analyse der Versichertendaten sollte sich auf ein sinnvolles Risk-Assessment beziehen (z.B. Diagnose HI, Herzrhythmusstörungen, Klappenfehler, Herzkranzgefäße bzw. Stents, Herzmuskelschwäche nach Myokarditis etc.)
- Rekrutierung der Patienten über die Krankenkasse und die Arztpraxen
- Monitoring ist nur wenig standardisiert und birgt damit großes Interpretationspotential durch z.B. MoniKa -> Fragen: wer löst das Alarmsystem aus, wie wird die Besuchsfrequenz gesteuert: Mensch oder Datenbasis?
- Erreichbarkeit der Klinik ist aufgrund ihres hohen Arbeitsaufkommens oftmals schwierig, deshalb Zeitverzögerung in den Maßnahmen möglich
- Niedergelassene Kardiologen haben wenig Interesse an der aktiven Mitgestaltung der Versorgung
- Aufbau eines motivierten, interdisziplinären und intersektoralen Versorger-Teams mit kontinuierlicher Entwicklungsbereitschaft

9. Perspektiven

- Kooperation mit dem niedergelassenen Kardiologen Herrn Dr. Weyers aus Bergisch Gladbach, z.B. zu Schulungen HI der MFAS
- Anbindung des Monitorings HI an corbene mit entsprechender Strukturentwicklung

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	Autor: Nicole Balke	
Version: 1.0	Vom: 22.11.2018	Status: gültig
Arbeitspaket Herzinsuffizienz - Aufbau der strukturierten Versorgung Herzinsuffizienz - Monitoring		

10. Literatur


Burgdorf, F.; Sundmacher, L. (2015): Potentially avoidable hospital admissions in Germany—an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations. Dtsch Arztebl Int 111(13): 215–23. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0215

Sundmacher, L.; Schüttig, W.; Faisst, C. (2015): Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland. Fachbereich Health Services Management, Fakultät Betriebswirtschaft, Ludwig-Maximilians Universität München: https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PDFs_alle/3-Endbericht_Sundmacher_2015-10-27.pdf (eingesehen am 18.11.2018)

Weissman, J.S.; Gatsonis, C.; Epstein, A.M. (2015): Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. JAMA. 1992;268(17):2388-2394.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1404795> Accessed January 15, 2015

Zok, K. (2014): Unterschiede bei Gesundheitskompetenz. Wido Monitor.
https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_ausg_2_2014_0714.pdf

Anlage 44: Arbeitsanleitung Monitoring

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 1.0	Vom: 13.03.2019	Status: gültig
Konzept Monitoring Herzinsuffizienz und COPD		

1. Thema

Die Entwicklung eines Monitorings basiert auf der Grundlage, schwerkranke Patienten mit **fortgeschrittener Linksherzinsuffizienz, COPD oder pAVK** intensiver zu betreuen und somit vermeidbare Krankenhauseinweisungen, Dekompensationen und eine Verschlechterung des aktuellen Gesundheitsstatus zu vermeiden. Die Durchführung des Monitorings erfolgt in regelmäßigen Zeitabständen durch die MoniKa (Monitoring- und Kommunikationsassistentin). Dabei werden Befragungen zum aktuellen Gesundheitszustand durchgeführt, mit dem Ziel, Veränderungen im Krankheitsverlauf frühzeitig zu erkennen und Eskalationen zu vermeiden. Mit Hilfe des Monitorings werden wichtige Vitalparameter, indikationsspezifische Informationen und persönliche Bewältigungsstrategien sowie die Therapiesteuerung der Patienten ermittelt. Die MoniKa führt das Monitoring in der Häuslichkeit des Patienten oder telefonisch durch.

2. Setting:

- Es wird zwischen einem **Vitalparameter Monitoring** und einem **indikationsspezifischen Monitoring** unterschieden
- Vitalparameter Monitoring Frequenz: alle 3-4 Wochen
- Indikationsspezifisches Monitoring Sequenz: 1x im Quartal
- Das Monitoring erfolgt **nicht** bei der **ersten Kontaktaufnahme**, sondern wird beim 2. Besuch der MoniKa gemeinsam mit dem Patienten in der Häuslichkeit durchgeführt. Vorab wird der Patient telefonisch kontaktiert und über den bevorstehenden Besuch informiert und aufgeklärt (Aufgabe Koordination PK): Teilnahme an einem individuellen Versorgungsprogramm mit einem Krankheitsmonitoring

(siehe Gesprächsleitfaden Patientenansprache). Nach erstmaliger Durchführung des Monitorings können weitere Kontakte und erneute Monitoring Einheiten auch über einen telefonischen Kontakt durch Hilfe der MoniKa erfolgen.

Konzept Monitoring Herzinsuffizienz und COPD

Monitoring Vitalparameter:

NeueDatenEingabe_Med

Name: Duda
Vorname: Eugen
GebDatum: 15.12.1934
Vers.-Nr: M742641787
Geschlecht: m

Herzkatheter Kontrolle HA
Defibrillator O2-GeräteTermin
Schrittmacher Kontrolle FA
Stent FA-Termin
Sauerstoff Tagebuch
DMP-COPD DMP-KHK pAVK
J44.10

Datum: 08.04.2020
Kardiologe

speichern Patienten Auswahl

ID	Datum	cm	KG	BMI	sys	dia	He	Puls	O2S	TrM	Nachtharn	Fuß	Bai	Hu	Atemnot	Auswurf
1	17.04.2020	192,00	96,00	26,04	0	0	man	0	98	2	nie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Belastung	gelb
2	22.04.2020	120,00	60,00	41,67	0	0		0	0	0		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
*	(Neu)				0	0		0	0	0		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Datensatz: 1 von 2

Medikamenten-Adhärenz

1 Wie nehmen Sie Ihre Medikamente ein?
In Bezug auf:


Datum: 01.05.2020
Regelmässigkeit: eigene Einteilung
Verordnung: zum großen Teil
Dosierung: pers. angepasst
Nehmen Sie zusätzliche Medikamente ein?: freiverkäufliche
Wie schätzen Sie die Wirksamkeit ein?: viele Nebenwirkungen
Wie häufig nutzen Sie Ihre BedarfsMed.?: wöchentlich
Lassen Sie auch Ihre Medikamente weg?: manchmal

Datensatz: 1 von 1

Monitoring Indikationsspezifisch:

Monitoring Herzinsuffizienz		Ampelsystem				
		● = nein	● = leicht	● = stark		
Fragestellung Belastungsdyspnoe						
Haben Sie bei folgenden körperlichen Tätigkeiten Luftnot?						
NYHA II	1. Wenn Sie schneller gehen, so als würden Sie einen Bus noch erreichen wollen oder wenn Sie Treppen steigen, z.B. bis in den 2. Stock?					
NYHA III	2. Wenn Sie eine gerade Strecke in normaler Gehgeschwindigkeit laufen?					
NYHA IV	3. Wenn Sie ruhig sitzen oder wenn Sie schlafen ? (mit erhöhtem Oberkörper/Kissen)					
	4. sonstiges Textfeld (sonstige Beschwerden)					
		● = nein	● = leicht	● = stark		
Leistungsminderung/Müdigkeit:						
	1. Fühlen Sie sich, z.B. auf dem Weg zum Einkaufen, schnell erschöpft ?					
	2. Können Sie weniger Tätigkeiten im Haushalt ausführen als früher?					
	3. Behindert Ihre Luftnot Ihre gewohnten Alltagstätigkeiten?					
	4. Haben Sie Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten?					
	5. sonstiges Textfeld (sonstige Beschwerden wie Müdigkeit, keine Energie)					
Auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 10 "mir geht es sehr gut und normal" und 1 "ich fühle mich äußerst schlecht / werde bald sterben" bedeutet wie würden Sie sich heute selbst einschätzen?		1	2	3	4	5
Auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 10 "mir geht es sehr gut und normal" und 1 "ich fühle mich äußerst schlecht / werde bald sterben" bedeutet - wie würden Sie sich						

COPD - Monitoring							
Geben Sie bitte an, was derzeit am besten auf Sie zutrifft							
Aussage	nie 0	selten 1	manchmal 2	häufig 3	sehr häufig 4	Stark ausgeprägt 5	
Ich huste		1					1
Ich bin verschleimt		1					1
Ich spüre ein Engegefühl in der Brust		1					1
Ich komme außer Atem, wenn ich eine Treppe hinaufgehe oder bergauf gehe		1					1
Ich bin in meinen häuslichen Aktivitäten eingeschränkt		1					1
Ich habe Bedenken, trotz meiner Lungenerkrankung das Haus zu verlassen		1					1
Ich habe Probleme tief und fest zu schlafen		1					1
Ich habe keine Energie		1					1
	0	8	0	0	0	0	8
Auswertung							8
Unter 10 Punkte							
die meisten Tage sind gut; die Krankheit behindert bei der einen oder anderen Aktivität, dauerhafte Beschwerden gibt es jedoch nicht							
1 - Raucherentwöhnung							
2 - körperliche Aktivität							

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 1.0	Vom: 13.03.2019	Status: gültig
Konzept Monitoring Herzinsuffizienz und COPD		

3. Häufigkeit + Dauer:


- Vitalparameter Monitoring Sequenz: alle 3-4 Wochen
 - Dauer: 110-15 Minuten
- Indikationsspezifisches Monitoring Sequenz: 1x im Quartal
 - Dauer: 20-30 Minuten

4. Vor- und Nachbereitung:

- das Monitoring Vitalparameter wird in theracase hinterlegt, sodass der Ablauf elektronisch erfolgt (siehe hierzu: LaufwerkG_Arbeits-Teams_IV-Vertrag-AOK_Monitoring_Datenbank-Monitoring
- das Indikationsspezifische Monitoring: LaufwerkG_Arbeits-Teams_IV-Vertrag-AOK_Monitoring_Monitoring AOK-Vernetzung-PLUS-Gesundheit
- Feedbackbogen an den Arzt bei Auffälligkeiten oder Besonderheiten.
- Medikations- und Diagnoseplan anfordern → Beachtung der Multimorbidität
- Einsatz von Schulungsthemen, bei mangelnder Gesundheitskompetenz/ Selbstmanagement
- Versorgungskoordination (fachärztliche Betreuung → Terminvereinbarung)
- Einleitung präventiver Maßnahmen wie beispielsweise die Empfehlung zum EKG oder Überprüfung wichtiger Laborparameter
- Bei Verdacht auf Dekompensation schnelle Aktivierung des Hausarztes (Telefonat)

5. Beteiligte:

- Hausarzt (muss Mitglied im RGL sein)
- Facharzt
- MoniKa (Monitoring- und Kommunikationsassistentin)
- Versicherte Patienten der pronova BKK
- Ggf. Angehörige der Patienten

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 1.0	Vom: 13.03.2019	Status: gültig
Konzept Monitoring Herzinsuffizienz und COPD		

6. Verwertbarkeit der Daten:

- Zur Vermeidung von Morbidität, unnötigen Krankenhauseinweisungen und Dekompensationen
- Erstellung Patientencluster
- NYHA-Klassifizierungen
- Auswirkung der COPD auf die Lebensqualität
- Stärkung des Verantwortungsbewusstseins der Hausärzte

7. Teilnahme Voraussetzungen:

- Versicherter der pronova BKK+ **fortgeschrittener Linksherzinsuffizienz oder COPD** (entsprechende ICD-Codierung)


8. Wissenschaftliche Grundlage:

Monitoring COPD:

Das COPD Monitoring basiert auf der Grundlage des CAT-Tests (COPD Assessment Test), dabei handelt es sich um einen Fragebogen, der die klinische Symptomatik einer COPD bei den Patienten herausfiltert. Der CAT Test dient zum Assessment der COPD-Erkrankung, die Fragen erfassen die Auswirkung der Erkrankung auf die Befindlichkeit und Belastbarkeit im Alltag. Der Fragebogen ist in vier Kategorien eingeteilt, sodass die Einschränkung im Alltag eingruppiert werden kann und dementsprechend interveniert wird.

Monitoring Herzinsuffizienz:

Herzinsuffizienz ist nach der KHK die bedeutendste kardiologische Erkrankung. Patienten mit Herzinsuffizienz haben einen komplexen Versorgungsbedarf, dem in Form von Case Management begegnet werden kann. Das Monitoring basiert auf einer klinischen Studie des Universitätsklinikum Heidelberg, Universitätsklinikum Jena und dem Zentrum für Gesundheitswissenschaft der Goethe-Universität Frankfurt am Main sowie einer validierten Patientenbefragung zur Bestimmung der NYHA Klassifizierungen. Im Rahmen der klinischen Studie wurden Telefon- und Hausbesuchsmonitoringlisten entwickelt und regelmäßig eingesetzt zum komplexen hausärztlichen Case Management bei Herzinsuffizienz. Für das Monitoring wurde leitlinienbasiert eine Telefon- bzw. Hausbesuchsmonitoringliste mit Fragen zum Erkennen bestehender und drohender Dekompensationen erstellt. Die in Hausbesuchs- und Telefonbögen gemeinsam verwendeten Monitoring-Fragen dienen der Symptomkontrolle sowie der Unterstützung des Selbstmanagements der

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG		
Version: 1.0	Vom: 13.03.2019	Status: gültig
Konzept Monitoring Herzinsuffizienz und COPD		

Patienten. Die Fragen wurden in die Bereiche Belastungsdyspnoe, Leistungsminderung und Müdigkeit gegliedert, da dies die ausschlaggebenden Symptome der Herzinsuffizienz widerspiegeln. Zusätzlich erfolgt eine Selbstwahrnehmung des Patienten in Form einer Selbsteinschätzungsskala sowie die Abfragung neu aufgetretener Symptome.

9. Interne Evaluationsfragen

- Vitalparameter:
 - Darstellung des kontinuierlichen Verlaufs des Blutdrucks, O2 Sättigung, Puls, Gewicht (bzgl. Ödeme)
 - Darstellung von Ereignissen wie Atemnot, Auswurf, Ödeme, keine/schlechte Medikationsadhärenz
 - Korrelation zwischen den Parametern des kontinuierlichen Verlaufs und den Ereignissen
- Klassifizierung der Krankheitsschwere in der jeweiligen Indikation (1x im Quartal)
 - Auswertung der NYHA-Einstufung nach Fragebogen
 - Auswertung COPD-Einstufung
- Ziel:
 - Erkennen von Dekompensationen (hohe Wahrscheinlichkeit für Krankenhausaufenthalte), Stabilisierung bzw. Verschlechterungen der Erkrankungen
 - Eigene Auswertung zur Darstellung der Notwendigkeit des Monitorings bei schwerer erkrankten Patienten

Anlage 45: Weiterbildungsanforderungen MoniKa

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	Anforderungen bzw. Weiterbildung der MoniKa	
Version: 1.0	Vom: 27.01.2019	Status: gültig
Anforderungen bzw. Weiterbildung der MoniKa		

Grundsätzliche Anforderungen zur Stelle der MoniKa

- 3-jährige Berufsausbildung als Pflegefachkraft, gerne im ambulanten Pflegebereich
- Gute Kenntnisse im SGB V, XI sowie Kenntnisse im SGB IX
- Eine Zusatzausbildung zum Pflegeberater nach § 7a SGB XI oder Case Management sind wünschenswert
- Eine Zusatzausbildung zum Pflegeberater nach § 45 SGB XI ist wünschenswert
- Kenntnisse der regionalen Versorgungsstruktur sind wünschenswert
- Kontaktfähigkeit und -freude
- Ausgeprägte Selbstorganisation und Entscheidungsfähigkeit
- Freude an der kooperativen Gestaltung neuer Versorgungsprozesse und -strukturen
- Selbstsicheres Auftreten und Kommunikationskompetenz
- Fähigkeit zur multidisziplinären Zusammenarbeit

Inhalte der Weiterbildung zur MoniKa

Da die MoniKa bereits im Vorfeld die grundsätzlichen Anforderungen zur Ausübung der Tätigkeit erfüllten, gab es keine Notwendigkeit zur expliziten Weiterbildung.

Ersetzt Version: -	Vom: 20.07.2018	Seite 1 von 1
Änderungsgrund: keinen		

Anlage 46: Prozess MoniKa-light

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	NB	
Version: 1.0	Vom: 21.03.2019	Status: gültig
Prozess MoniKa-light-Konzept		

1. Thema

Ca. 70% der eingeschriebenen Mambo-Patienten erhalten nach Vertrags-Einschreibung keinen weiteren Kontakt bzw. Kurzintervention und erfahren somit keinen spürbaren Mehrwert des Versorgungsprogramms.

2. Ziele des MoniKa-light-Konzeptes

- Stärkung des Krankheitsbewusstseins
- „Sicherheitsnetz“ Mambo - Angebot von Unterstützungsmöglichkeiten
- Identifizierung von einem frühen Krankheitseskalationspotential
- Präventionsangebote

3. Inhalte des MoniKa-light-Konzeptes

- Versendung Anmeldebogen Mambo von Praxis an RGL mit Telefonnummer des Patienten
 - a) ein MoniKa-Einsatz wird angefordert
 - b) kein MoniKa-Einsatz wird angefordertbei b):
 - telefonische Kontaktaufnahme zum Patienten durch die MoniKa-Telefonistin, bis spätestens 3 Wochen nach Einschreibedatum
 - o persönliche Begrüßung in Mambo
 - o kurze Einführung: was ist und wo unterstützt Mambo
 - o „Alles OK-Check“:
 - Wie geht es Ihnen?
 - Einsatz des Assessments-light
 - ➔ Zusendung Infomaterial nach individuellem Bedarf
 - ➔ Gezielte telefonische Beratung „Kurzintervention“
 - ➔ Vereinbarung eines persönlichen MoniKa-Beratungs-Termins
 - Oder: nur Aussendung des Mambo-Folders mit Informationsmaterial nach persönlichem Bedarf (individualisiert,

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG	NB	
Version: 1.0	Vom: 21.03.2019	Status: gültig
Prozess MoniKa-light-Konzept		

gerne mit handschriftlichen Bemerkungen) und „Assessment-light-Karte“ – telefonischer Recall nach 4-12 Wochen

- Oder: Patient will keinerlei Unterstützung: telefonischer Recall ggf. nach 3-6 Monaten

4. Aufgaben der MoniKa-Telefonistin

- Motivierende Gesprächsführung
- Vereinbarung telefonischer MoniKa-Beratungs-Termine
- Vereinbarung persönlicher MoniKa-Beratungs-Termine
- Dokumentation in theracase
- Führung des Recall-Systems

5. To Do/erforderliche Maßnahmen

- Analyse der Erreichbarkeit/Kontaktzeiten der Patienten durch Überprüfung des Versichertenstatus (Rentner/Berufstätigkeit)
- Schulung der MoniKa-Telefonistin bzgl. der motivierenden Patientenansprache (motivational interviewing zur Kurzintervention), Gesprächstechniken

Mambo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

pronovaBKK

Partner für Ihre Gesundheit

1. Wie fühlen Sie sich im Moment bzgl. Ihrer Gesundheit? / Wie geht es Ihnen?

- Rundum gesund
- Gesund, aber mit leichten Einschränkungen/Symptomen – bitte führen Sie diese kurz auf:

- Mittelmäßig, weil viele Krankheitssymptome (welche?)

- Habe viel Stress
- Schlecht, weil ...

Hat sich Ihr persönliches Gesundheitsempfinden im letzten halben Jahr

- verbessert? verschlechtert?

2. Welche Symptome zeigen sich im Moment aufgrund Ihrer chronischen Krankheiten?

- Keine
- Häufiger Atemnot
- Hoher HbA1c-Wert (Blutzuckerwert)
- Sonstige:

3. Wie stressanfällig fühlen Sie sich im Moment?

- Gut
- Weniger gut
- Schlecht

Welche Symptome sind Ihnen in der letzten Zeit aufgefallen, die Sie mit mehr Stress in Verbindung bringen?

- Nervosität
- Konzentrationsschwäche
- Schlafstörungen
- Sonstige:

4. Wie leicht fällt es Ihnen, regelmäßig notwendige Facharztbesuche wahrzunehmen?

- Leicht, ich organisiere mir die Termine selbst
- Eher schwer, weil ...

Wie häufig nehmen Sie Termine zu Vorsorgeuntersuchungen oder zur regelmäßigen Überprüfung Ihrer Therapie wahr?

- Regelmäßig
- Unregelmäßig, weil ...

5. Wie kommen Sie mit Ihrer verordneten Medikation zurecht?

- Gut
- Nicht so gut, weil ...

Wie kommen Sie mit der Einnahme Ihrer verordneten Medikamente zurecht?

- Gut, nehme sie regelmäßig
- Nicht so gut, unregelmäßige Einnahme, weil ...

6. Wie häufig lassen Sie Ihren Impfstatus kontrollieren?

- 1 x im Jahr
- Alle 5 Jahre
- Gar nicht

Wann hat sich zum letzten Mal jemand Ihren Impfpass angeschaut?

- Bei der letzten Tetanus-Impfung
- Bei der Pneumokokken-Impfung
- Im letzten Jahr
- Weiß nicht mehr

7. Haben Sie Fragen zum Pflegegrad?

- keine
- Wie beantrage ich einen Pflegegrad?
- Was steht mir beim Pflegegrad 1 zu?
- Sonstige:

Welche weiteren Unterstützungsmöglichkeiten wünschen Sie sich zur Pflege?

- Unterstützung im Haushalt
- Unterstützung zur Mobilität
- Eine allgemeine Beratung
- Sonstige:



Vertrag

nach § 63 SGB V in Verbindung mit § 64 Abs. 1 SGB V

über die Versorgung **M**ultimorbider Menschen in der **a**mbulanten Betreuung

–nachfolgend: „**Mambo**“ –

zwischen der

pronova BKK

Brunckstraße 47

67063 Ludwigshafen

vertreten durch den Vorstand, Herrn Lutz Kaiser, ebenda

- nachfolgend: „**BKK**“ -

und der

Ärztegenossenschaft

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG

Ropenstaller Weg 32

51377 Leverkusen

vertreten durch den Vorstand Dr. rer. nat. Manfred Klemm, ebenda

- nachfolgend: „**RGL**“ -

– BKK und RGL nachfolgend jeweils auch: die „Vertragspartei“
oder gemeinsam: die „Vertragsparteien“ –

Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
§ 1 – Gegenstand des Vertrages	4
§ 2 – Ziele des Vertrages	4
§ 3 – Geltungsbereich	5
§ 4 – Teilnahme der Versicherten	5
§ 5 – Beendigung der Teilnahme von Versicherten	6
§ 6 – Qualifikations- und Qualitätsanforderungen der Leistungserbringer	7
§ 7 – Teilnahme der Haus- und Fachärzte	7
§ 8 – Leistungen und Pflichten der Leistungserbringer	8
§ 9 – Leistungen und Pflichten des RGL.....	8
§ 10 – Kooperation zwischen dem RGL und den Leistungserbringern	9
§ 11 – Netzwerkpauschale RGL.....	10
§ 12 – Abrechnung mit der BKK.....	10
§ 13 – Qualitätssicherung und Datenübermittlung	11
§ 14 – Dokumentation	11
§ 15 – Qualitätsmonitoring, Evaluation	11
§ 16 – Vertragsausschuss.....	12
§ 17 – Öffentlichkeitsarbeit	12
§ 18 – Maßnahmen bei Vertragsverletzung	13
§ 19 – Datenschutz	13
§ 20 – Haftung.....	14
§ 21 – Vertraulichkeit.....	15
§ 22 – Inkrafttreten, Vertragsänderungen und Kündigung.....	16
§ 23 – Schlussbestimmungen	18
Anlagenverzeichnis:	19

Präambel

Der Gesetzgeber räumt den gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des § 63 SGB V i. V. m. § 64 SGB V die Möglichkeit ein, im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung, zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und von Vergütungsformen der Leistungserbringung zu vereinbaren.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) wurden in den §§ 92a und b SGB V die gesetzlichen Regelungen zur Einführung eines Innovationsfonds geschaffen. Ziel des Innovationsfonds ist eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der GKV.

Die BKK und das RGL erklären ihre Absicht, mit diesem Vertrag gemeinsam, finanziert durch Fördermittel des Innovationsfonds, die ärztliche Versorgungsstruktur von chronisch erkrankten multimorbiden Versicherten zu gestalten.

Mambo verfolgt das übergeordnete Ziel, die Effizienz der medizinischen Betreuung von multimorbiden Patienten zu erhöhen.

Die Beteiligung vieler Behandler am Versorgungsgeschehen von multimorbiden Patienten erfordert eine enge Abstimmung der Akteure. Für multimorbide Patienten bestehen aktuell kaum abgestimmte und koordinierte Versorgungsformen innerhalb der individuell benötigten versorgenden Fachgruppen. Infrastrukturelle und zeitliche Ressourcen der Ärzte machen eine vernetzte Versorgung vielfach unmöglich. Die BKK strebt gemeinsam mit dem RGL mit diesem Vertrag nach § 64 Abs. 1 SGB V den Abbau der starken Fragmentierung des Gesundheitssystems durch einen direkten Informationsabgleich an. Erreicht werden soll dies mit einem indikationsübergreifenden Management des Versichertenkollektivs, welches patientenorientierte, leistungserbringer- und kostenträgerrelevante Ziele verfolgt (z.B. abgestimmte Behandlungsabläufe, Ressourcenallokation auf Leistungserbringerebene, Senkung der Leistungsausgaben für Hospitalisierungen).

Das RGL übernimmt im Rahmen dieses Vertrages die Rolle der Gemeinschaft der vertragsärztlich tätigen Leistungserbringer gemäß § 64 Abs. 1 SGB V.

Die BKK wird einen Bedarfsmanager (nachfolgend: „**BM**“) etablieren. Diesem wird durch das RGL ein Versorgungsmanagement (nachfolgend: „**VM**“), bestehend aus Versorgungsmanager und Monitoring- und Koordinationsassistentinnen (nachfolgend: „**MoniKa**“), gegenübergestellt. Das Tandem aus BM und VM hat zur Aufgabe, kollektive und patientenseitige Versorgungsbedarfe anhand von Sekundärdaten zu identifizieren und an die der Netzakte angeschlossenen Ärzte zu übermitteln. Das VM entwickelt in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (nachfolgend: „**KVP**“) gemeinsam mit den an das RGL angeschlossenen Praxen Lösungen. Die MoniKas übernehmen praxisübergreifend ärztlich delegierbare bzw. patientennahe sowie koordinative Aufgaben (bspw. Hausbesuche, Patientenschulung, Facharztkoordination). Zur Implementierung der neuen Versorgungsstruktur (BM, VM, KVP) werden die Vertragsparteien durch einen externen Berater unterstützt, der Know-how zum Changemanagement in komplexen Multi-Stakeholder-Systemen einbringt (externer Input als Innovationstreiber).

Die Begrifflichkeiten Leistungserbringer und Vertragsarzt sowie Patient und Versicherter sind gleichzusetzen.

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in diesem Vertrag die männliche Sprachform gewählt. Wenn Personen in männlicher Form genannt werden, so ist die weibliche Form mit eingeschlossen.

§ 1 – Gegenstand des Vertrages

Die BKK strebt mit diesem Vertrag nach § 64 Abs. 1 SGB V den Abbau der starken Fragmentierung des Gesundheitssystems durch einen direkten Informationsabgleich an. Zielgruppe für das Modellvorhaben sind Patienten, die bereits an mehreren schweren bzw. chronischen Erkrankungen leiden bzw. eine Multimedikation erhalten. Die Zusammenarbeit von Bedarfs- und Versorgungsmanagement in Unterstützung durch die Monitoring- und Koordinationsassistenten (MoniKa) als Bindeglied zwischen den Versorgungsstrukturen, soll kontinuierlich und datenbasiert kollektive wie individuelle Versorgungsbedarfe ermitteln und in der Versorgungspraxis entsprechende Veränderungsprozesse vorantreiben.

§ 2 – Ziele des Vertrages

Folgende Zielsetzungen werden mit dem patientenzentrierten, bedarfsorientierten Versorgungsmanagement verfolgt:

A. Patientenbezogene Ziele:

- Steigerung der Lebensqualität
- Erhöhung der Therapiesicherheit und -Zufriedenheit
- Erhöhung der Therapieadhärenz und Motivation zu Lebensstilinterventionen
- Vermeidung von Hospitalisierungen.

B. Leistungserbringerbezogene und strukturelle Ziele

- Kostenneutrale Erhöhung des zeitlichen Anteils im Praxisablauf für die Führung und das Empowerment von Patienten
- Entlastung des Arztes von delegierbaren und nicht medizinischen Aufgaben
- Ganzheitliche Betrachtung des Krankheitsgeschehens durch die praxisübergreifende Koordination
- Erhöhung der Berufszufriedenheit der Ärzte und Praxismitarbeiter.

C. Ökonomische und administrative Ziele

- Senkung von Leistungsausgaben
- Senkung der Einweisungsquote in den stationären Bereich soweit medizinisch und sozial vertretbar
- Verbesserte Ressourcennutzung und Koordination der Versorgung
- Frühzeitige Identifizierung von Risiken chronisch kranker multimorbider Versicherter (Multimorbidität, Unterversorgung, Krankheits- und Arzneimittelinteraktionen durch Risikosignalerkennung und folgende Optimierung der ambulanten Diagnostik)
- Rechtzeitige Intervention und zwischenärztliche Koordination bei drohendem Krankheitsprogress
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen
- Vernetzung/ Verbesserung des Informationsflusses zwischen den beteiligten Ärzten – Schaffung inhaltlicher und koordinativer Schnittstellen
- Koordinierte Abstimmung der Versorgung.

§ 3 – Geltungsbereich

Regionaler Geltungsbereich für die Leistungserbringung nach diesem Modellvorhaben ist das Einzugsgebiet des RGL (**Anlage 1**) im Schwerpunkt die Region Leverkusen.

§ 4 – Teilnahme der Versicherten

- (1) Die Teilnahme der Versicherten an diesem Modellvorhaben ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind Versicherte, die bei der BKK versichert sind.
- (3) Weitere Voraussetzung ist das zeitgleiche Vorliegen von mindestens drei verschiedenen klar voneinander abgrenzbaren Krankheiten mit schwerwiegendem oder kostenintensivem chronischen Verlauf (Einschlusskrankheiten¹). Zusätzlich können Versicherte an dem Modellvorhaben teilnehmen, bei denen Multimedikation vorliegt: Multimedikation gilt zum einen als Surrogat Parameter für Multimorbidität, der anhand von Abrechnungsdaten zeitnäher als Diagnosedaten ermittelt werden kann und zum anderen als eigenständiger Risikofaktor, der unabhängig von den zur Verordnung führenden Erkrankungen im Rahmen des Modellvorhabens beeinflusst werden kann und damit zu einem Messparameter der Evaluation des Modellvorhabens gehört. Die Definition der Multimedikation lehnt sich an die Arbeit von Thürmann et al., 2012 an² und ist definiert als eine kumulative Anzahl von mehr als 5 unterschiedlichen Wirkstoffen in einem Quartal.
- (4) Die Vertragsparteien werden die Versicherten ausführlich über das Modellvorhaben aufklären und zur Teilnahme motivieren.
- (5) Die Teilnahme der Versicherten beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung (**Anlage 2**).
- (6) Die Versicherten erklären ihre Teilnahme an dem Modellvorhaben Mambo vor der Behandlung schriftlich gegenüber der BKK. Der behandelnde Arzt übernimmt die Funktion des Empfangsboten, so dass er die Datenfreigabeerklärung an die BKK und das RGL weiterleitet. Versicherte erklären durch ihre Unterschrift die Bereitschaft, dass die an dem Modellvorhaben Mambo beteiligten Leistungserbringer die erhobenen Daten für das patientenzentrierte, bedarfsorientierte Versorgungsmanagement sowie für die wissenschaftliche Evaluation des Modellvorhabens verwenden und auswerten dürfen.

¹ Die Definition folgt der wissenschaftlich begründeten Auswahl des wissenschaftlichen Beirates (§ 31 Abs. 2 Punkt 3 RSAV). Als Einschlusskrankung gelten dementsprechend die unter Anwendung dieser Kriterien für das Ausgleichsjahr 2017 ausgewählten Krankheiten (§ 31 Abs. 1 RSAV). Damit soll ein verzerrungs- und diskriminierungsfreier, neutraler Bezug auf die wissenschaftlich begründeten Auswahlkriterien erfolgen. Die Einhaltung einheitlicher Kriterien ist Voraussetzung für die Validität der vorgesehenen Evaluation des Modellvorhabens. Aus diesem Grunde wird die Auswahl der Einschlusskriterien im Projektverlauf auch dann nicht verändert, wenn der wissenschaftliche Beirat in den Folgejahren während der Projektlaufzeit zu einer neuen Einschätzung gelangt.

² Thürmann PA, Holt S, Nink K, Zawinell A. Arzneimittelversorgung älterer Patienten. In: Günster C, Klose J, Schmacke N. Versorgungs-Report 2012. Schattauer-Verlag Stuttgart 2012: 111-130

§ 5 – Beendigung der Teilnahme von Versicherten

- (1) Die Versicherten haben das Recht, ihre Teilnahme jederzeit nach Unterzeichnung der Datenfreigabeerklärung zu widerrufen. Der Widerruf ist schriftlich gegenüber der BKK oder dem RGL zu formulieren.
- (2) Erfolgt der Widerruf gegenüber einem zur Erfüllung dieses Vertrages vertraglich verpflichteten Leistungserbringer, verpflichtet sich dieser, unverzüglich die BKK hierüber zu informieren.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet abweichend von Absatz 1 und 2 mit dem Ende seines Leistungsanspruches gegenüber seiner BKK. Die Teilnahme des Versicherten endet darüber hinaus auch aufgrund einer der folgenden Gründe:
 - a. Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen außer den in § 4 Abs. 3 dieses Vertrages (nachfolgend sind Paragraphen ohne Gesetz solche dieses Vertrages) definierten Teilnahmevoraussetzungen,
 - b. Unterbrechung des Behandlungskonzeptes,
 - c. Behandlerwechsel des Versicherten zu einem Haus- oder Facharzt, der nicht zu den teilnahmeberechtigten Leistungserbringern gemäß § 7 gehört. Wählt der Versicherte nach der Beratung durch eine der Vertragsparteien weiterhin einen nicht an dem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer, ist die Teilnahme zu beenden. In diesem Fall informieren sich die Vertragsparteien gegenseitig über die Beendigung der Teilnahme des Versicherten.
 - d. Leistungsruhen wegen Rückstand von Beitragsanteilen für zwei Monate und fehlender Zahlung trotz Mahnung nach § 16 Absatz 3a SGB V.
 - e. Tod des Versicherten,
 - f. Beendigung der Kooperation zwischen den Vertragsparteien.
 - g. Im Falle einer konkludenten Aufkündigung der Datenfreigabeerklärung durch den Versicherten bedarf es keiner zusätzlichen schriftlichen Kündigung durch den Versicherten. Zu einer konkludenten Aufkündigung zählen folgende Tatbestände:
 - a. Behandlung gemäß dem Vertrag wird nicht akzeptiert oder
 - b. der Mitwirkungspflicht, z. B. durch die Inanspruchnahme nicht vertraglich verpflichteter Leistungserbringer, wird nicht nachgekommen.
- (4) Die Versicherten können ihre Teilnahme jederzeit schriftlich durch Erklärung gegenüber dem RGL oder der BKK beenden. Die Teilnahme der Versicherten endet außerdem mit dem Wechsel zu einem anderen Kostenträger oder mit dem Ende seines Leistungsanspruches gegenüber seiner BKK. Die Vertragsparteien unterrichten sich nach Kenntniserlangung gegenseitig über die Beendigung der Teilnahme.
- (5) Bei einer Beendigung der Teilnahme nach den Absätzen 3 bis 4 dürfen die zum Zweck der wissenschaftlichen Evaluation erhobenen Daten lediglich in anonymisierter Form, jedoch mit Populationsbezug weiter genutzt werden.

§ 6 – Qualifikations- und Qualitätsanforderungen der Leistungserbringer

An dem Modellvorhaben sind die nachfolgend aufgeführten Leistungserbringer beteiligt:

a. Versorgungsmanagement

Das **VM** ist netzseitig (RGL) angesiedelt und besteht aus der Person des Versorgungsmanagers und einem Pool von fünf MoniKa. Es bildet das Pendant zum Bedarfsmanagement. Über das VM wird der Versorgungsbedarf einzelfall- und kollektivbezogen in die Netzpraxen kommuniziert. Gemeinsam mit der Netzpraxis entwickelt das VM im Versorgungsalltag umsetzbare Lösungsansätze. Vor allem koordiniert das VM den Einsatz der MoniKa.

b. MoniKa - Fachkräfte

Übernahme praxisübergreifender ärztlich delegierbarer Aufgaben. Hierzu gehören patientennahe und koordinative Aufgaben wie z.B. Pflegeheimbesuche, Patientenschulungen, Unterstützung der Medizinischen Fach-Angestellten (nachfolgend: „**MFA**“) und Facharztkoordination. MoniKa und Erst-MFA (in den beteiligten Arztpraxen) stehen im regelmäßigen Austausch zu kollektiven und individuellen Patientensituationen sowie zu identifizierten Defiziten und Verbesserungsansätzen im Versorgungsablauf.

c. an das RGL angeschlossene Haus- und Fachärzte (Netzpraxen)

Details zu den Qualifikations- und Qualitätsanforderungen können der **Anlage 6** entnommen werden.

§ 7 – Teilnahme der Haus- und Fachärzte

- (1) Vertragsärzte gemäß § 73 SGB V können ihre Teilnahme zu diesem Vertrag durch Vertragsschluss gemäß § 8 i. V. m. **Anlage 5** gegenüber dem RGL erklären. Mit dem Vertragsschluss sind die Vertragsinhalte für die Vertragsärzte verbindlich. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterschrift.
- (2) Die Teilnahme der Vertragsärzte ist freiwillig.
- (3) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, Veränderungen, die für seine Teilnahme an diesem Vertrag relevant sind, unverzüglich schriftlich gegenüber dem RGL anzuzeigen.
- (4) Das RGL führt ein Verzeichnis über die teilnehmenden Vertragsärzte und stellt dieses jeweils im monatlichen Rhythmus der BKK zur Verfügung.
- (5) Die Vertragsärzte können ihre Teilnahme an dem Vertrag grundsätzlich mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem RGL kündigen.
- (6) Die Teilnahme des Vertragsarztes an diesem Vertrag endet automatisch und fristlos ohne dass es einer schriftlichen Kündigung bedarf, wenn einer oder mehrere der folgenden Punkte vorliegen:
 1. Bei Erlöschen der vertragsärztlichen Zulassung nach § 95 SGB V,

2. bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
3. bei Wegfall der Teilnahme- und Qualitätsvoraussetzungen gemäß § 6,
4. bei nachgewiesenen Unregelmäßigkeiten im Zusammenhang mit der Abrechnung,
5. bei mehrfach wiederholter Missachtung der Dokumentationsstandards,
6. bei Verstoß gegen eine andere wesentliche Vertragspflicht,
7. mit Beendigung des Vertrages über die besondere ambulante ärztliche Versorgung zwischen dem RGL und der BKK.

§ 8 – Leistungen und Pflichten der Leistungserbringer

- (1) Im Rahmen der Teilnahme an diesem Vertrag haben die teilnehmenden Leistungserbringer
- a. Versorgungsmanager
 - b. MoniKa - Fachkräfte
 - c. Haus- und Fachärzte

Leistungen und Pflichten zu erfüllen. Diese werden in der **Anlage 7** beschrieben.

§ 9 – Leistungen und Pflichten des RGL

- (1) Das RGL ist eine genossenschaftliche Gemeinschaft von vertragsärztlichen Leistungserbringern im Sinne des § 64 Abs. 1 Satz 1 SGB V und erfüllt in diesem Zusammenhang gegenüber der BKK und dem Vertragsarzt die nachfolgend beschriebenen Aufgaben:
1. Aktive Information der Ärzte über die Inhalte der Kooperation zwischen dem RGL und der BKK.
 2. Aktives Motivieren der Ärzte, am Modellvorhaben teilzunehmen.
 3. Zurverfügungstellung von Vertragsunterlagen und Informationsmaterialien an interessierte Ärzte auf Anforderung sowie Beantwortung von Vertragsfragen der interessierten und teilnehmenden Vertragsärzte.
 4. Entgegennahme und Erfassung von Beitrittserklärungen teilnahmewilliger Ärzte; Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 7 sowie Prüfung auf formale Richtigkeit und Vollständigkeit.
 5. Versand der praxisbezogenen Beitrittsbestätigung und weiterer Informations- und Arbeitsmaterialien an die teilnehmenden Vertragsärzte insbesondere bei Vertragsänderungen und anderen wesentlichen Punkten.
 6. Versand von praxisbezogenen Beitrittsablehnungen an betroffene niedergelassene Ärzte.

7. Entgegennahme, Erfassung und Bearbeitung von Kündigungen teilnehmender Vertragsärzte. Versand der Kündigungsbestätigung an den betreffenden Vertragsarzt.
 8. Monatliche Bereitstellung und Aktualisierung der Liste der teilnehmenden Vertragsärzte gegenüber der BKK.
 9. Entgegennahme der unterschriebenen Datenfreigabeerklärungen nach Übermittlung durch den Vertragsarzt und umgehende Übermittlung an die BKK; Führen eines Verzeichnisses der an dem Vertrag teilnehmenden Versicherten.
 10. Sicherstellung einer einheitlichen standardisierten Dokumentation und Schnittstelleninformation; Durchführung der Abrechnung der Vergütung gemäß §§ 11 und 12.
 11. Arbeitgeber der Mitarbeitenden der neuen koordinativen Struktur (MoniKa, Versorgungsmanager) nach **Anlage 9**.
 12. Übernahme der Verantwortung für Qualifizierung, Weiterbildung und Beaufsichtigung der MoniKa und der Versorgungsmanager.
 13. Sicherstellen der vertragsgetreuen Teilnahme der Ärzte – insbesondere deren Mitwirken an den zu vereinbarenden Kommunikations- und Abstimmungsprozessen.
 14. Erfüllen der Aufgaben, die sich aus dem vereinbarten kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ergeben.
- (2) Das RGL erbringt selbst keine unmittelbaren ärztlichen Leistungen.
- (3) Die Leistungen der MoniKa - Fachkräfte sowie des Versorgungsmanagers werden den teilnehmenden Ärzten als Dienstleistung zur Verfügung gestellt. Insofern handeln die Mitarbeitenden direkt unter der disziplinarischen Verantwortung des RGL. Die Veranlassung ärztlich delegierter Leistungen unterliegt der fachlichen Verantwortung des diese in Anspruch nehmenden, behandelnden Arztes. Bei diesem verbleibt auch die medizinische Verantwortung für die Behandlung der teilnehmenden Versicherten.

§ 10 – Kooperation zwischen dem RGL und den Leistungserbringern

- (1) Das RGL verpflichtet sich, nur Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen die nach **Anlage 5** beigefügten Mustervertrages, bzw. aufgrund des Anstellungsvertrages (**Anlage 9**) zur Versorgung berechtigt sind. In dem Vertrag sind die Grundsätze, Pflichten, z.B. Dokumentation, Einschreibung der Versicherten, der Austritt eines Versicherten, etc. aus der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung zu regeln.
- (2) Die Vereinbarung des RGL mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern, die eine qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ermöglicht, ist ein verpflichtender Bestandteil. Die Qualifikations- und Qualitätsanforderungen können der **Anlage 6** entnommen werden.

- (3) Das RGL wird sicherstellen, dass alle Pflichten und Grundsätze der übrigen Leistungserbringer vertraglich geregelt werden.
- (4) Das RGL ist für die Nachhaltung der sich daraus ergebenden Pflichten der teilnehmenden Leistungserbringer verantwortlich.

§ 11 – Netzwerkpauschale RGL

- (1) Die Mittel, die seitens des RGL zur Umsetzung des Modellvorhabens benötigt werden, werden in Form einer Netzwerkpauschale vergütet. Mit der Netzwerkpauschale sind sämtliche Kosten abgegolten. Die Netzwerkpauschale ist Bestandteil der beantragten Fördersumme und wird pro teilnehmenden Versicherten gezahlt. Die Höhe der Netzwerkpauschale ergibt sich aus **Anlage 3**.
- (2) Die BKK zahlt die Netzwerkpauschale analog der in **Anlage 3** aufgelisteten Beträge, bezogen auf die darin dokumentierte Teilnehmerzahl aus. Die Summe der zu zahlenden Netzwerkpauschalen richtet sich nach den für das laufende Quartal kalkulierten Teilnehmerzahlen. Die weiteren Details können der **Anlage 3** entnommen werden.
- (3) Der Fördermittelabruf ist gebunden an die pro Quartal eingeschriebenen Teilnehmer. Das RGL erstellt für die BKK eine Auflistung gemäß § 12. Diese dient der späteren vorbehaltlichen Überprüfung der tatsächlichen Inanspruchnahme (Anzahl eingeschriebene Teilnehmer pro Kalenderjahr). Sofern die zum Beginn des Modellvorhabens erwarteten Teilnehmerzahlen nicht erreicht werden, behält sich die BKK eine anteilige Rückforderung der gezahlten Netzwerkpauschale gegenüber dem RGL vor. Die Vertragsparteien führen quartalsweise eine Prüfung der tatsächlich teilnehmenden Versicherten durch und vergleichen diese mit der ausgezahlten Netzwerkpauschale.

§ 12 – Abrechnung mit der BKK

- (1) Das RGL weist der BKK die tatsächlich erreichten Teilnehmerzahlen unter Beachtung des § 11 nach.
- (2) Die Zahlung durch die BKK erfolgt analog des § 11 Abs. 2 an das RGL.
- (3) Grundlage der Abrechnung ist das Datum der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung gemäß **Anlage 2**.
- (4) Die Summen der Netzwerkpauschalen ergeben sich aus den im § 11 i. V. m. **Anlage 3** kalkulierten Teilnehmerzahlen. Die Zahlung erfolgt quartalsweise anhand der für das Quartal angenommenen Teilnehmerzahlen. Im Nachgang erhält die BKK vom RGL eine Auflistung der tatsächlich eingeschriebenen Teilnehmer. Diese Auflistung beinhaltet die Versichertennummern, Datum der Erklärung zur Teilnahme- und Datenfreigabe, Kalenderjahr, Arztnummer und Rechnungsbetrag.

§ 13 – Qualitätssicherung und Datenübermittlung

- (1) Das RGL ist verpflichtet, der BKK die für die Erfüllung der Aufgaben erforderlichen Angaben im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen elektronisch zu übermitteln. Dies erfolgt in einem elektronischen standardisierten Verfahren.
- (2) Das RGL hat sicherzustellen, dass die Daten erhoben und der benannten Stelle nach dem elektronisch standardisierten Verfahren übermittelt werden.
- (3) Die Vertragsparteien nehmen im Anschluss an die Datenanalyse eine gemeinsame Bewertung der Ergebnisse vor. Dieses ist erstmalig am **01.04.2018** geplant und soll in halbjährlichen Rhythmus stattfinden.
- (4) Bestehen bei der BKK begründete Zweifel an der Qualität der Behandlung, kann die BKK eine Prüfung bei dem RGL bzw. dem betreffenden Vertragsarzt durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (nachfolgend: „MDK“) gemäß § 275 SGB V veranlassen. Werden Mängel festgestellt, hat der Vertragsarzt die Möglichkeit, diese innerhalb einer Frist von vier Wochen zu beseitigen, sofern die Behandlung der Versicherten gemäß diesem Vertrag weiterhin gewährleistet ist.

§ 14 – Dokumentation

- (1) Die routinedatenbasierte Evaluation ist zwingend auf eine zutreffende Dokumentation von Diagnosen angewiesen. Das RGL verpflichtet sich daher eine sorgfältige Leistungsdokumentation und Übermittlung der Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V, in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) sicherzustellen; d.h., bei Verschlüsselung sind die Zusatzkennzeichen (G, Z, V, A) anzugeben.
- (2) Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich darüber hinaus eine einheitliche, elektronische Dokumentation vorzunehmen, die den Anforderungen des Modellvorhabens entspricht. Sie muss dem Bedarf an die wissenschaftliche Evaluation entsprechen. Die einheitliche, elektronische Dokumentation ist über die Anwendung der Netzakte sichergestellt.
- (3) Das RGL prüft die Dokumentation auf Vollständigkeit und Plausibilität. Fehlende und/oder unzureichende Angaben in der Behandlungsdokumentation werden durch das RGL von den betroffenen Vertragsärzten angefordert.

§ 15 – Qualitätsmonitoring, Evaluation

- (1) Die BKK und das evaluierende Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Uni Köln – **IMVR**³ führen eine regelmäßige

³ Das evaluierende Institut ist Konsortialpartner des durch Fördermittel finanzierten Modellvorhabens „Mambo“.

Datenerhebung bei den Leistungserbringern für Zwecke der Evaluation, der Qualitätssicherung und der Berichterstattung im Rahmen der Förderung durch den Innovationsfonds durch („Monitoring“). Dieses Vorgehen beruht auf den gemäß **Anlage 8** erhobenen Daten und Aussagen. Da die auf diesen Daten und Aussagen beruhende Evaluation, Qualitätssicherung und Berichterstattung Voraussetzungen der Förderung durch den Innovationsfonds darstellen, besteht für die teilnehmenden Leistungserbringer eine Pflicht zur Kooperation. Eine fehlende Mitwirkung kann nur im begründeten Ausnahmefall für die weitere Vertragsteilnahme unschädlich sein.

- (2) Zur Erfolgsmessung der in § 2 definierten Ziele finden beispielhaft für Multimorbidität die in der **Anlage 8** festgelegten Ergebniskennzahlen Anwendung.

§ 16 – Vertragsausschuss

- (1) Die Vertragsparteien richten einen Vertragsausschuss ein.
- (2) Der Vertragsausschuss ist in gleichen Teilen mit Vertretern beider Vertragsparteien zu besetzen. Jeder Vertreter hat eine Stimme. Der Vertragsausschuss hat mindestens einmal jährlich oder auf Verlangen eines Vertragspartners zusammenzutreten. Er trifft seine Entscheidungen einstimmig. Weitere Experten können nach Bedarf hinzugezogen werden (z.B. Vertreter des MDK oder der Wissenschaft). Hierzu genügt die Willensäußerung einer einzelnen Vertragspartei, eine Abstimmung ist nicht erforderlich.
- (3) Dem Vertragsausschuss obliegen alle ihm durch diesen Vertrag zugewiesenen Aufgaben; insbesondere:
 - a. Erörterung des jährlich vom Vertragsnehmer zu erstellenden Qualitätsberichts,
 - b. Diskussion von unterschiedlichen Auffassungen zu Vertragsinhalten oder Vertragsdurchführung sowie Abstimmung eines gemeinsamen diesbezüglichen Vorgehens,
- (4) Die Reisekosten oder sonstige Spesen tragen die Teilnehmer selbst.
- (5) Die Organisation der Sitzungen des Vertragsausschusses übernimmt die BKK.

§ 17 – Öffentlichkeitsarbeit

- (1) Die Vertragsparteien verpflichten sich zu einer abgestimmten Öffentlichkeitsarbeit.
- (2) Die BKK und das RGL stimmen sich über alle Veröffentlichungen und Vorträge, die sich auf Daten und Erkenntnisse aus diesem Vertrag beziehen, untereinander vor Verlautbarungen gegenüber Dritten ab.
- (3) Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Inhalte und Ziele dieses Vertrages nach ihren Möglichkeiten zu unterstützen und zu fördern. Dies betrifft neben einer positiven Darstellung dieses Vertrages in der Öffentlichkeit, vor allem eine umfangreiche Akquise von teilnehmenden Vertragsärzten in den Vertragsregionen durch das RGL. Weiterhin verpflichten sich die Vertragsparteien ihre Mitarbeitenden in Fragen der Durchführung dieses Vertrags umfassend und kontinuierlich zu schulen.

- (4) Die BKK informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der patientenzentrierten, bedarfsorientierten Versorgung sowie der daran teilnehmenden Ärzte.
- (5) Das RGL informiert die Ärzte mittels der ihnen zur Verfügung stehenden Medien über die Möglichkeit der Teilnahme an dem patientenzentrierten, bedarfsorientierten Versorgungsmanagement.

§ 18 – Maßnahmen bei Vertragsverletzung

- (1) Verstößt eine der Vertragsparteien gegen den Inhalt dieser Vereinbarung, werden folgende Maßnahmen ergriffen:
 - a. schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Pflichten einzuhalten; die Vertragspartei ist vorher anzuhören,
 - b. auf Antrag einer Vertragspartei Ausschluss von dieser Vereinbarung.
- (2) Die jeweilige Vertragspartei wird für jeden schuldhaften Verstoß gegen diese Regelungen eine Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 10.000 EUR, maximal aber bis zur Höhe des entstandenen Schadens entrichten. Weitergehende Ansprüche der BKK bleiben davon unberührt.

§ 19 – Datenschutz

- (1) Die Vertragsparteien beachten die einschlägigen datenschutzrechtlichen Vorschriften. Als Vorschriften sind hier die Regelungen über das Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I), über den Sozialdatenschutz (§§ 67 bis 85a SGB X) und die ergänzenden datenschutzrechtlichen Sondervorschriften in den einzelnen Büchern des Sozialgesetzbuches (SGB) zu nennen. Die Vertragsparteien werden insbesondere personenbezogene Daten i. S. d. § 11 Abs. 3 BDSG nur im Rahmen der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Vertragsparteien verpflichten ihre Mitarbeitenden gemäß § 5 BDSG auf die Einhaltung des Datengeheimnisses.
- (2) Die besonderen Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit sind in einer gesonderten Datenschutzvereinbarung (**Anlage 4**) detailliert geregelt.
- (3) Die Vertragsparteien sind sich bewusst, dass versichertenbezogene Daten dem Datenschutz sowie im Falle eines Bezuges zu ärztlicher Tätigkeit darüber hinaus der beruflich vorgegebenen und strafrechtlich sanktionierten Verschwiegenheitspflicht unterliegen. Im Rahmen der Information des Versicherten über diese Versorgung wird dieser umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenerhebung und -verarbeitung unter besonderem Hinweis auf die Erhebung von Gesundheitsdaten aufgeklärt, da jede Kommunikation personenbezogener Gesundheitsdaten der Einwilligung der an diesem Modellvorhaben Teilnehmenden bedarf.
- (4) Alle von dem RGL im Rahmen der Durchführung dieses Vertrages erhobenen personenbezogenen Daten müssen sich auf relevante Sachverhalte zur Umsetzung dieses Vertrages beziehen.

- (5) Die Erhebung und Auswertung personenbezogener Daten ist nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Versicherten möglich.
- (6) Die datenschutzrechtlichen Verpflichtungen der teilnehmenden Vertragsärzte können der **Anlage 5** entnommen werden und sind verpflichtender Bestandteil dieser Vereinbarung.
- (7) Die teilnehmenden Vertragsärzte sind mit der Bekanntgabe und Veröffentlichung ihres Namens, Adresse, Fax- und Telefonnummer sowie E-Mail- und Internetadresse einverstanden.
- (8) Die BKK ist berechtigt, die Einhaltung der Datensicherheitsanforderungen jederzeit nach vorheriger schriftlicher Ankündigung von mindestens 21 Werktagen zu überprüfen. Hierzu haben die Leistungserbringer ihr zu ihren üblichen Geschäftszeiten Zugang zu ihren für die Prüfung relevanten Geschäftseinrichtungen, insbesondere den EDV-Einrichtungen, zu gewähren.
- (9) Die Vertragsparteien verpflichten sich, etwaige zur Erfüllung dieses Vertrages vertraglich verpflichtete Dritte zur Einhaltung der oben aufgeführten datenschutzrechtlichen Vorgaben gleichermaßen zu verpflichten.
- (10) Bei Verdacht auf Datenschutzverletzungen hat das RGL die BKK unverzüglich zu informieren.
- (11) Die Vertragsparteien haften gegenseitig für Schäden, die durch Verstöße gegen das BDSG und sonstige datenschutzrechtliche Regelungen entstehen und die sie unmittelbar zu verantworten haben.
- (12) Das RGL verpflichtet sich, etwaige Unterauftragsverhältnisse, zur Erfüllung eigener Aufgaben aus diesem Vertrag, nur nach schriftlicher Einwilligungserklärung durch die BKK abzuschließen. Zu diesem Zweck und damit die BKK ihrer Aufsichtsbehörde rechtzeitig vor Vertragserteilung nach § 80 Abs. 3 Nr. 4 SGB X den Abschluss von Unterauftragsverhältnissen schriftlich anzeigen kann, hat das RGL der BKK die vertraglichen Bedingungen vorab vorzulegen. Die vertraglichen Vereinbarungen sind durch das RGL so zu gestalten, dass sie den Datenschutzbestimmungen im Vertragsverhältnis zwischen BKK und dem RGL entsprechen.

§ 20 – Haftung

- (1) Die jeweilige Vertragspartei haftet für Schäden, sofern ihr, ihren Erfüllungsgehilfen und/oder gesetzlichen Vertretern ein vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten zur Last fällt. Bei leicht fahrlässiger Verletzung einer Pflicht, die wesentlich für die Erreichung des Vereinbarungsgegenstandes ist (Kardinalspflicht), ist die Haftung der Höhe nach begrenzt auf die Höhe von 10.000,00 €.
- (2) Das RGL haftet gegenüber der BKK für alle Schäden, die durch Verstöße gegen das BDSG und sonstige datenschutzrechtliche Regelungen entstehen.
- (3) Weiter ist eine Haftung für die Fälle ausgeschlossen, deren Ursache außerhalb des Einflussbereiches des RGL liegt, wie z.B. Stromausfälle, Störungen des Internets etc., sowie für alle Fälle höherer Gewalt.
- (4) Die von Vertragspartei an Vertragspartei übergebenen Unterlagen und sonstigen Arbeitsmaterialien sind von den Vertragsparteien nach der im Verkehr üblichen Sorgfalt zu behandeln.

- (5) Das RGL haftet wegen Verletzung vertraglicher und außervertraglicher Pflichten nur in Fällen des Vorsatzes und grober Fahrlässigkeit, beschränkt auf den bei Vertragsschluss voraussehbaren, typischen Schaden. Diese Haftungsbeschränkungen gelten nicht bei schuldhaften Verstoß gegen wesentliche Vertragspflichten (zur Erreichung des Vertragszwecks zwingend erforderliche), in Fällen zwingender Haftung nach dem Produkthaftungsgesetz sowie bei Verletzung des Lebens, des Körpers und der Gesundheit.
- (6) Sofern das RGL bei der Erfüllung der vertraglichen Pflichten Dritte einschaltet, haftet es für deren Verhalten wie für eigenes Verhalten. Dem RGL steht eine etwaige Entlastungsmöglichkeit nach § 831 Abs. 1 Satz 2 BGB nicht zu.

§ 21 – Vertraulichkeit

- (1) Die Vertragsparteien verpflichten sich, unbefristet alle als „vertraulich“ gekennzeichneten oder nach sonstigen Umständen als Geschäfts- oder Betriebsgeheimnisse erkennbaren Dokumente, Informationen und Daten, die ihnen aufgrund der Zusammenarbeit zur Kenntnis gelangt sind (im Folgenden: "Vertrauliche Informationen"), geheim zu halten. Dies gilt auch für diesen Vertrag. Die Weitergabe von vertraulichen Informationen an Dritte bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung der anderen Vertragspartei. Die Vertragsparteien legen die von ihnen eingegangenen Verpflichtungen zur Geheimhaltung auch allen Personen oder Gesellschaften unbefristet auf, denen vertrauliche Informationen im Zusammenhang mit Leistungen aus diesem Vertrag durch die Vertragsparteien anvertraut werden.
- (2) Die vorgenannten Verpflichtungen finden insoweit keine Anwendung, als die Vertragspartei, die die vertrauliche Information empfangen hat, darlegen kann, dass diese insbesondere
 - a. öffentlich zugänglich und zum Zeitpunkt der Offenlegung verfügbar ist, oder danach der Öffentlichkeit zugänglich geworden ist und zwar ohne Verletzungshandlung oder -unterlassung durch die empfangende Vertragspartei oder eines ihrer Vertreter oder Angestellten, oder
 - b. vor dem Erhalt durch die offen legende Vertragspartei im Besitz der sie empfangenden Vertragspartei oder ihr bekannt war, oder
 - c. der sie empfangenden Vertragspartei durch eine andere Person ohne Einschränkung rechtmäßig offen gelegt wurde, oder
 - d. von der empfangenden Vertragspartei ohne Zugang zur vertraulichen Information der offen legenden Vertragspartei unabhängig entwickelt wurde, oder
 - e. nach gesetzlichen oder verwaltungsrechtlichen Vorschriften offen gelegt werden muss, wenn der offen legenden Vertragspartei dieses Erfordernis unverzüglich bekannt gegeben wird und der Umfang solcher Offenlegung soweit wie möglich eingeschränkt wird, oder aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung offen gelegt werden muss, wenn der offen legenden Vertragspartei von dieser Entscheidung unverzügliche Nachricht gegeben wurde. Bei begründeten Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der gerichtlichen Entscheidung, verpflichtet sich die zur Offenlegung verpflichtete Partei eine Anfechtung zu prüfen und sich mit der anderen Vertragspartei zu verständigen.
- (3) Die Vertragsparteien werden nur solchen Beratern Zugang zu vertraulichen Informationen gewähren, die dem Berufsgeheimnis unterliegen oder denen zuvor den Geheimhaltungsverpflichtungen dieses Vertrags entsprechende Verpflichtungen auferlegt

worden sind. Des Weiteren werden die Vertragsparteien nur denjenigen Mitarbeitern die vertraulichen Informationen offen legen, die diese für die Durchführung dieses Vertrags kennen müssen, und diese Mitarbeiter auch für die Zeit nach ihrem Ausscheiden in arbeitsrechtlich zulässigem Umfang zur Geheimhaltung verpflichtet.

- (4) Die Vertragsparteien stimmen sich über alle kommunikativen Maßnahmen mit Außenwirkung (z.B. Informationen über den Vertrag, Werbung) vorher untereinander ab.
- (5) Das RGL wird für jeden schuldhaften Verstoß gegen diese Regelungen eine Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 10.000,00 Euro entrichten. Weitergehende Ansprüche der BKK bleiben davon unberührt.

§ 22 – Inkrafttreten, Vertragsänderungen und Kündigung

- (1) Das Inkrafttreten dieses Vertrages ist abhängig von einer vollumfänglichen finanziellen Förderung durch den Innovationsfonds gemäß § 92a Abs. 1 SGB V. Der Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.07.2017, jedoch nicht vor Erlass eines finalen Förderbescheides ohne aufschiebende Bedingung, in Kraft.⁴
- (2) Der Vertrag endet zum 30.06.2020, ohne dass es zum Ablauf der Geltungsdauer einer gesonderten Kündigung bedarf. Das Datum des Inkrafttretens und der vertragsgemäßen Beendigung des Vertrages nach drei Jahren Laufzeit müssen den Vorgaben des Förderbescheides vollumfänglich entsprechen.
- (3) Vertragsänderungen dürfen der weiteren Förderung durch den Innovationsfonds nicht entgegenstehen.
- (4) Die Vertragsparteien können jederzeit Verhandlungen über die Notwendigkeit einer Änderung des Vertrages oder einzelner Anlagen einfordern. Wünscht eine der Vertragsparteien solche Verhandlungen, sind sie binnen zwei Monaten anzuberaumen. Die Vertragsparteien verständigen sich einvernehmlich über eine Anpassung der vertraglichen Regelungen, vorbehaltlich der Regelung in Absatz 3.
- (5) Vorbehaltlich der Regelung in Absatz 3 können einzelne Anlagen dieses Vertrages von der BKK oder vom RGL mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Eine gekündigte Anlage gilt fort bis zum Abschluss einer neuen Fassung, sofern sich die Vertragsparteien nicht auf ihre ersatzlose Streichung vereinbart haben. Die Kündigung einer Anlage berührt nicht den Bestand dieses Vertrages.
- (6) Die BKK hat das Recht, ihre Beteiligung an diesem Modellvorhaben mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende zu kündigen
- (7) Die kündigende Vertragspartei haftet bei einer Kündigung im Falle von Rückforderungen des Innovationsfonds für bereits ausgezahlte und zurückzuerstattende Fördermittel entsprechend ihrem Anteil.
- (8) Die Vertragsparteien verständigen sich darauf, dass ihre Beteiligung an diesem Modellvorhaben mit einer Frist von 1 Monat zum Quartalsende kündbar ist, wenn feststeht, dass die bewilligte Fördersumme vorzeitig ausgeschöpft wurde.
- (9) Kündigungen bedürfen der Schriftform.

⁴ Vgl. § 158 BGB - Aufschiebende und auflösende Bedingung

- (10) Eine außerordentliche Kündigung dieses Vertrages ist nur aus wichtigem Grund möglich. Ein wichtiger Grund, der zur Kündigung berechtigt, liegt insbesondere dann vor,
- a. wenn der Innovationsfonds die von ihm zugesagte Förderung vorzeitig beendet, z.B. bei Nicht-Erreichung festgelegter Meilensteine,
 - b. wenn die jeweils zuständige Aufsichtsbehörde das Modellvorhaben oder dessen Fortsetzung beanstandet,
 - c. wenn die Durchführung des Modellvorhabens gerichtlich untersagt wird,
 - d. wenn die Voraussetzungen für dieses Modellvorhaben aus Gründen der Rechtsentwicklung oder wesentlicher medizinisch-wissenschaftlicher oder tatsächlicher Gründe entfallen,
 - e. wenn durch die Änderung gesetzlicher Grundlagen, die Rechtsprechung oder behördliche Entscheidungen, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen die Vertragserfüllung durch die Vertragsparteien untersagt wird oder rechtlich und/oder tatsächlich unmöglich wird,
 - f. wenn die wesentlichen Leistungen, die Gegenstand dieses Modellvorhabens sind, schuldhaft nicht erbracht oder Pflichten des Vertragsnehmers nicht erfüllt werden oder wenn diese in erheblichem Umfang mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht bzw. erfüllt werden und hierdurch der Zweck dieses Vertrages gefährdet oder beeinträchtigt wird,
 - g. wenn sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen verändern. Dies liegt insbesondere dann vor, wenn der Gesetz-/ Verordnungsgeber steuerrechtliche oder sozialversicherungsrechtliche Änderungen vornimmt, die auf die Preise der einzelnen Leistungen und/ oder der Managementkosten einen relevanten Einfluss haben,
 - h. bei schwerwiegendem Verstoß einer Vertragspartei gegen Inhalte dieses Vertrages nach vorheriger einmaliger Abmahnung und Nichtbeseitigung dieses Verstoßes in angemessener Frist.
- (11) Die außerordentliche Kündigung hat mit eingeschriebenem Brief unter Angabe des Kündigungsgrundes zu erfolgen.
- (12) Vor der Erklärung einer außerordentlichen Kündigung haben die Vertragsparteien – soweit möglich und zumutbar – den Sachverhalt mündlich zu behandeln und zuerst auf eine Beseitigung des zur Kündigung berechtigenden Umstandes hinzuwirken.
- (13) Die Verträge gemäß § 10 mit den zur Erfüllung dieses Vertrages vertraglich verpflichteten Leistungserbringern sind so abzufassen, dass die Kündigung dieses Vertrages durch die Vertragsparteien auch die Beendigung dieser Verträge bewirkt.
- (14) Im Fall der Kündigung oder Beendigung dieses Vertrages, die vor dem 30.06.2020 wirksam wird, informiert der Vertragsnehmer die vertraglich zur Erfüllung dieses Vertrages verpflichteten Leistungserbringer umgehend schriftlich und teilt ihnen mit, bis zu welchem Zeitpunkt Leistungen im Rahmen dieses Vertrages noch erbracht und abgerechnet werden können.
- (15) Eine Verlängerung der Laufzeit dieses Vertrages ist im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien unabhängig von einer Förderung durch den Innovationsfonds möglich.

§ 23 – Schlussbestimmungen

- (1) Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass beim Abschluss dieses Vertrages nicht alle Möglichkeiten, die sich aus der künftigen wirtschaftlichen Entwicklung oder aus Änderungen von gesetzlichen Bestimmungen oder sonstigen für das Vertragsverhältnis wesentlichen Umständen ergeben können, vorausgesehen und erschöpfend geregelt werden können. Sie sichern sich gegenseitig zu, die in diesem Vertrag getroffenen Vereinbarungen in diesem Sinne zu erfüllen und etwa in Zukunft eintretenden Änderungen der Verhältnisse oder völlig neu eintretenden Umständen nach den allgemeinen Grundsätzen von Treu und Glauben Rechnung tragen.
Die Vertragsparteien stimmen insbesondere darin überein, dass die im Vertrag geregelten Fristen zur gegenseitigen Lieferung von Daten und Informationen einvernehmlich anzupassen sind, wenn sich praktische Abläufe oder gesetzliche Vorgaben verändern. Die Vertragsparteien werden sich bemühen, Informationen und Unterlagen gegenseitig jeweils so frühzeitig wie möglich zur Verfügung zu stellen, um eine möglichst frühzeitige Information sicherzustellen.
- (2) Erfüllungsort und ausschließlicher Gerichtsstand für alle sich aus oder im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung ergebenden Pflichten und Streitigkeiten ist Köln.
- (3) Dieser Vertrag stellt die gesamte Regelung des Vereinbarungsgegenstandes dar. Nebenabreden sind nicht getroffen. Änderungen, Ergänzungen oder eine Aufhebung dieser Vereinbarung bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für eine Regelung, mit der diese Schriftform abgedungen wird.
- (4) Ist eine Regelung dieser Vereinbarung unwirksam oder nicht durchsetzbar, so bleiben die restlichen Regelungen hiervon unberührt. Die Vertragsparteien einigen sich bereits jetzt, die unwirksame oder undurchsetzbare Regelung durch eine wirksame und durchsetzbare Regelung zu ersetzen, die dem wirtschaftlichen Sinn der ersetzten Regelung möglichst nahe kommt.
- (5) Erweist sich die Vereinbarung als lückenhaft, gelten die Bestimmungen als vereinbart, die dem Sinn und Zweck der Vereinbarung entsprechen und im Falle des Bedachtwerdens vereinbart worden wären.
- (6) Sämtliche in dieser Vereinbarung genannten Anlagen sind verpflichtender Bestandteil des Vertrages.
- (7) Die Vertragsparteien sind zur Übertragung von Ansprüchen auf Dritte nur nach schriftlicher Zustimmung berechtigt.
- (8) Die Ausübung von Zurückbehaltungsrechten ist nur im Hinblick auf Ansprüche aus diesem Vertrag zulässig.
- (9) Jede Vertragspartei darf nur gegenüber unbestrittenen oder rechtskräftig festgestellten Forderungen der anderen Vertragsparteien aufrechnen.
- (10) Die Vertragsparteien haben ihr überlassene Arbeits- und Geschäftsunterlagen sowie sonstige Arbeitsmittel nach Vertragsbeendigung unverzüglich und unaufgefordert zurückzugeben oder zu löschen. Die Geltendmachung eines Zurückbehaltungsrechts daran ist ausgeschlossen. Elektronische Daten sind vollständig zu löschen. Ausgenommen davon sind Unterlagen und Daten, hinsichtlich derer eine längere gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht, jedoch nur bis zum Ende der jeweiligen Aufbewahrungsfrist. Die Vertragsparteien haben auf Wunsch des Partners deren Löschung schriftlich zu bestätigen.

Leverkusen, den

Ludwigshafen, den

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG

pronova BKK

Anlagenverzeichnis:

- Anlage 1 – Einzugsgebiet Regionales Gesundheitsnetz (RGL)
- Anlage 2 – Erklärung zur Teilnahme, Patienteninformation „Mambo“ und Datenschutz
- Anlage 2a – Studieninformation und Einverständniserklärung
- Anlage 3 – Vergütung – Netzwerkpauschale RGL
- Anlage 4 – Datenschutzvereinbarung
- Anlage 5 – Mustervertrag teilnehmende Leistungserbringer (Ärzte)
- Anlage 6 – Qualifikations- und Qualitätsanforderungen der Leistungserbringer
- Anlage 7 – Leistungen und Pflichten der Leistungserbringer
- Anlage 8 – Qualitätsmonitoring und Evaluation – Ergebniskennzahlen
- Anlage 9 – Muster Anstellungsvertrag MoniKa/ Versorgungsmanager

Anlage 1 – Einzugsgebiet Regionales Gesundheitsnetz (RGL)

Bergisch Gladbach	51467
Burscheid/ Burscheid-Hilgen	51399
Langenfeld	40764
Leichlingen inkl. Witzhelden	42799
Leverkusen	51371
	51373
	51375
	51377
	51379
	51381
51375	
Odenthal, mit Blecher/ Glöbusch/ Scherf	51519
Solingen	42651
Wermelskirchen	42929

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Datum	



Erklärung zur Teilnahme an dem Modellvorhaben „Mambo – Menschen ambulant betreut, optimal versorgt!“

Arztstempel

Erklärung zur Teilnahme

Hiermit erkläre ich, dass

- mich eine teilnehmende Ärztin/Arzt und/ oder die pronova BKK ausführlich und umfassend über die Inhalte des Modellvertrages „Mambo“ und die Versorgungsziele informiert hat und ich die Patienteninformation zum Modellvorhaben „Mambo“, sowie zum Datenschutz erhalten habe und kenne.
- ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an „Mambo“ hingewiesen wurde.
- mir erläutert wurde, dass „Mambo“ nur dann eine maximal mögliche Verbesserung meiner medizinischen Versorgung erreichen kann, wenn ich im Bedarfsfall durch Fachärzte behandelt werde, die am Programm „Mambo“ teilnehmen. Daher bin ich damit einverstanden, bei entsprechender Notwendigkeit einer fachärztlichen Behandlung, bevorzugt teilnehmende Fachärzte zu konsultieren. Mein Hausarzt oder weitere Beteiligte des Versorgungsprogrammes unterstützen mich in der Auswahl einen Facharztes.
- ich während des Versorgungsprogramms gemeinsam mit meinem behandelnden Arzt/ meiner behandelnden Ärztin, durch den netzseitig angestellten Versorgungsmanager und MoniKa Kräfte des Arztnetzes betreut werde.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme am Vertrag endet

- beim Wegfall der Teilnahme Voraussetzungen
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der pronova BKK
- bei Unterbrechung des Behandlungskonzeptes,
- bei fehlender Mitwirkung
- im Fall von Leistungsruhen wegen Rückstand von Beitragsanteilen für zwei Monate
- mit dem Wechsel zu einem nicht teilnehmenden Haus- oder Facharzt
- bei Beendigung der Kooperation zwischen den Vertragsparteien.

Ja, ich möchte an dem Versorgungsprogramm „Mambo“ teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Mir ist bekannt, dass ich erst mit Unterzeichnung der mir von der Ärztin/ von dem Arzt vorgelegten Einwilligungserklärung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten an dem Versorgungsprogramm „Mambo“ teilnehmen kann.

Widerrufsbelehrung

Gemäß § 63 Abs. 3a bis 4 SGB V können Sie Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der pronova BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die pronova BKK. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Widerrufsbelehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

Der Widerruf ist zu richten an:

pronova BKK
Brunckstr. 47
67063 Ludwigshafen

Widerrufsfolgen

Durch die Erklärung des Widerrufs entsteht ein Abwicklungsverhältnis. Es wird gewährleistet, dass Sie im Rahmen der Rückabwicklung keinen Wertersatz für Leistungen zu erbringen haben, die ausschließlich im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung vergütet werden.

Wird das Widerspruchsrecht nicht ausgeübt, sind Sie an Ihre Teilnahmeerklärung bis zum Behandlungsende gebunden.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten/ des Versicherten

Einwilligungserklärung

Die in der Patienteninformation zum Datenschutz beschriebene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung habe ich zur Kenntnis genommen.

Insbesondere ist mir bekannt,

- dass die Dokumentation meiner Behandlungsdaten sowie der Daten aus der Teilnahmeerklärung auf elektronischem Wege erfolgt,
- dass meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Straße u. Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Telefonnummer sowie ggf. die Email Adresse) von der pronova BKK unter Beachtung des Datenschutzes an die netzseitig angestellten Versorgungsmanager und MoniKa Kräfte des Regionalen Gesundheitsnetzes Leverkusen (RGL) zweckgebunden weitergereicht werden. Das RGL speichert, verarbeitet und nutzt die Daten, für die Koordination und Kommunikation mit dem netzseitig angestellten Versorgungsmanager und den MoniKa Kräften sowie der am Versorgungsprogramm „Mambo“ teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte. Die beschriebene Weiterleitung meiner personenbezogenen Daten an die vorgenannten Personenkreise erfolgt nur, wenn ich mich für eine Teilnahme an dem Versorgungsprogramm entscheide,
- dass ich diese Einwilligung verweigern oder zurücknehmen kann. Mit der Verweigerung oder der Rücknahme **ist der Austritt aus dem Versorgungsprogramm „Mambo“ verbunden**,
- dass die Daten von dritten Stellen, die von der pronova BKK (verantwortliche Stelle) damit beauftragt werden, zur Abrechnung, zur Durchführung des Versorgungsprogramms „Mambo“ und zur Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung, sowie zur Evaluation erhoben, verarbeitet und genutzt werden können. Dabei werden alle Merkmale, über die es möglich wäre, die Daten meiner Person zuzuordnen, so früh wie möglich pseudonymisiert.
- dass bestimmte Daten mit Personenbezug an die pronova BKK weitergeleitet, dort unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Beratung genutzt werden,
- dass erhobene und gespeicherte Daten gelöscht werden, wenn die Teilnahmeerklärung nicht unterzeichnet an die pronova BKK übersandt oder widerrufen wird.
- dass zum Zwecke der Qualitätssicherung Krankenunterlagen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingesehen werden können.

Meine Daten zum Zwecke der **Abrechnungsprüfung:**

Ich kann die Einwilligung verweigern oder zurücknehmen. Mit der Verweigerung oder der Rücknahme **ist der Austritt aus dem Versorgungsprogramm „Mambo“ verbunden**. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Versorgungsprogramm „Mambo“ gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Meine Daten zum **Zwecke der Qualitätssicherung und Evaluation:**

Ich kann die Einwilligung zum Zwecke der Qualitätssicherung und Evaluation jederzeit widerrufen. Mit Zugang des Widerrufs bei der pronova BKK ist nicht der Austritt aus der besonderen ärztlichen Versorgung Mambo verbunden. Die bis zu meinem Widerruf erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus Mambo gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Bei Einwilligungsrücknahme dürfen die zum Zweck der wissenschaftlichen Evaluation erhobenen Daten lediglich in anonymisierter Form weiter genutzt werden.

Ja, ich bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme an dem Versorgungsprogramm „Mambo“ einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten/ des Versicherten

-nur vom Arzt auszufüllen-

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/ des Arztes

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/ den vorgenannten Versicherten die im § 4 Abs. 3 genannten Einschreibekriterien vorliegen. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/ mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an dem Versorgungsprogramm „Mambo“ bereit ist.

PATIENTENINFORMATION ZUM VERSORGUNGSPROGRAMM „Mambo“

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für das Modellvorhaben „Mambo“ interessieren. Mit diesem Versorgungsmodell möchten Ihre pronova BKK, die beteiligten Ärztinnen/ Ärzte und das Regionale Gesundheitsnetz Leverkusen dazu beitragen, die Versorgungsqualität zu verbessern.

Was ist das Versorgungsprogramm „Mambo“?

Bei „Mambo“ handelt es sich um ein Versorgungsangebot für Kundinnen und Kunden der pronova BKK mit mindestens (zeitgleich) drei verschiedenen eng voneinander abgrenzbaren Erkrankungen, oder kostenintensivem chronischen Verlauf. Zusätzlich können Patientinnen und Patienten teilnehmen, bei denen Multimedikation vorliegt. Ziele des Versorgungsprogramms „Mambo“ sind:

- Steigerung der Lebensqualität
- Erhöhung der Therapiesicherheit und -Zufriedenheit
- Erhöhung der Therapieadhärenz und Motivation zu Lebensstilinterventionen
- Vermeidung und Reduzierung von stationären Aufenthalten und Wiedereinweisungen.

Um die Einhaltung dieser Zielsetzungen sicherzustellen, hat die pronova BKK sicherzustellen, dass das Versorgungsprogramm „Mambo“ mit all seinen Inhalten korrekt durchgeführt und eine hohe Qualität gewahrt wird. Daher benötigt die pronova BKK einen Teil der personenbezogenen Daten, die Ihre Ärztin/ Ihr Arzt sowie die beteiligten MoniKa-Fachkräfte und der Versorgungsmanager im Rahmen des Versorgungsprogramms „Mambo“ dokumentiert, um die Wirksamkeit zu prüfen und es kontinuierlich fortzuentwickeln.

Warum sollten Sie an dem Versorgungsprogramm „Mambo“ teilnehmen?

Das Versorgungsprogramm „Mambo“ erreicht eine adäquate und effiziente Behandlung von Patientinnen und Patienten, die sich in einer komplexen Krankheitssituation befinden. Durch „Mambo“ soll die geregelte Zusammenarbeit der Ärzte optimiert werden. Dies soll erreicht werden durch ein geregeltes Zusammenspiel aller an der Versorgung beteiligten Akteure (Ärzte, Sprechstundenhilfe, Monitoring- und Kommunikationsassistentin (Monika) und Versorgungsmanager des Regionalen Gesundheitsnetzes). Ihre bestehenden Erkrankungen werden durch die so erreichte praxisübergreifende Koordination nicht isoliert, sondern ganzheitlich betrachtet und behandelt. Mit dem Versorgungsprogramm „Mambo“ will die pronova BKK gewährleisten, dass für Sie eine optimale Betreuung entsteht. Ihre Teilnahme an dem Versorgungsprogramm „Mambo“ ist freiwillig. Die Teilnahme ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

Entstehen für Sie Kosten durch die Teilnahme am Versorgungsprogramm „Mambo“?

Durch die Teilnahme an dem Versorgungsprogramm „Mambo“ entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten.

Was passiert mit Ihren Daten?

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass die erforderlichen Daten im Rahmen des Versorgungsprogramms „Mambo“ von Ihrer behandelnden Ärztin/ Ihrem behandelnden Arzt in der Praxis weitergeleitet und von dem Versorgungsmanagement des Regionalen Gesundheitsnetzes Leverkusen eG (RGL) ausgewertet werden. Die Auswertung dient der Schaffung von Rahmenbedingungen, in denen umfassende patientenrelevante Informationen den Arzt erreichen. Neben der Feststellung der aktuellen Behandlungsqualität können die Auswertungsergebnisse Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung des Versorgungsprogramms „Mambo“ – für die Versorgungsqualität – ergeben. Hierzu werden auch, im Rahmen der Evaluation, Befragungen zur Zufriedenheit und zum Behandlungserfolg durchgeführt. Die Evaluation des Versorgungsprogramms „Mambo“ erfolgt durch externe Evaluatoren. Die gespeicherten und erhobenen Daten werden zu diesem Zweck an das Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Uni Köln – IMVR und an das Institut für angewandte Gesundheitsforschung Berlin GmbH – InGef in pseudonymisierter Form weitergegeben. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgt anonymisiert. Wenn die Evaluation oder die Teilnahme an dem Versorgungsprogramm „Mambo“ beendet ist, werden die Daten gelöscht. Ihre Daten werden nach den datenschutzrechtlichen Vorschriften unter besonderer Berücksichtigung des zweiten Kapitels des Sozialgesetzbuches – Zehntes Buch (SGB X) – gemäß der §§ 80 SGB X bzw. 11 BDSG sowie den Regelungen gemäß des § 63 Abs. 3a, Sätze 2-4 SGB V behandelt und ausschließlich im Rahmen des Versorgungsprogramms „Mambo“ erhoben, verarbeitet und genutzt.

Widerruf und Kündigung

Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der pronova BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die pronova BKK. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt der Widerrufsbelehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Widerrufsbelehrung in Textform wird Ihnen zusammen mit der Teilnahmeerklärung von Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt ausgehändigt. Darüber hinaus bedarf es durch konkludente Aufkündigung der Teilnahmeerklärung, keiner zusätzlichen schriftlichen Kündigung durch Sie. Zu einer konkludenten Aufkündigung zählen die Tatbestände, dass die Behandlung gemäß dem Vertrag nicht akzeptiert wird oder der Mitwirkungspflicht, z. B. durch die Inanspruchnahme nicht vertraglich verpflichteter Leistungserbringer, nicht nachgekommen wird. Gespeicherte Daten werden gelöscht, wenn die Teilnahmeerklärung nicht unterzeichnet an die pronova BKK übersandt oder widerrufen wird.

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Eine neue gesetzliche Regelung (§ 295 a SGB V) sieht vor, dass alle Patienten, die an dem Versorgungsprogramm „Mambo“ teilnehmen, genau über die Datenverarbeitung informiert werden. Deshalb lesen Sie bitte diese Patienteninformation sorgfältig durch.

I. Welche Ihrer Daten werden zu welchen Zwecken an welche Stelle übermittelt?

1. Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahmeerklärung wird durch die von Ihnen gewählte Ärztin/ den von Ihnen gewählten Arzt **an die pronova BKK geschickt**. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung geprüft und zur Datenverarbeitung eingeleitet. Übermittelt werden Ihre Stammdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherten-Nr.), Daten zu Ihrer gewählten Ärztin/ Ihrem gewählten Arzt, Ihr Teilnahmebeginn sowie ein Merkmal, das erkennen lässt, dass Sie am Versorgungsprogramm „Mambo“ teilnehmen. Von dort wird Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt Ihre Teilnahme, eine eventuelle Ablehnung (einschließlich der Gründe), oder eine nicht abgeschlossene Prüfung der Teilnahmebedingungen vor einem neuen Abrechnungsquartal mitgeteilt.

2. Nutzung von Abrechnungsdaten der BKK

Der BKK liegen nur solche Angaben vor, die im Rahmen des gesetzlichen Auftrages der BKK regelhaft zur Abrechnung mit Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern benötigt werden. Dazu gehören z.B. Diagnosen und abgerechnete Arzneimittel. Nicht jedoch z.B. Befunde oder Laborwerte.

Im Rahmen von Mambo erhält die BKK von Ihren Ärzten demzufolge auch nur diejenigen Daten, die sie auch ohne Teilnahme an Mambo erhalten würde und für die Abrechnung und den gesetzlichen Auftrag benötigt. Hier ergibt sich für Sie also kein Unterschied zur bisherigen Vorgehensweise.

Statistische Auswertungen: Unabhängig von einzelnen Patienten wird die pronova BKK Auswertungen vornehmen, die die Gesamtheit aller Patienten, die im Rahmen von Mambo behandelt werden, umfasst, um dem Ärztenetzwerk Hinweise auf mögliche Verbesserungen der Versorgung liefern zu können - Patientenkollektiv. Die an das Ärztenetzwerk gelieferten Daten lassen also keinen Aufschluss auf einzelne Personen mehr zu.

In vergleichbarer Weise werden statistische Daten erhoben, um eine Evaluation des Modellprojektes zu ermöglichen.

3. Nutzung Ihrer persönlichen Daten im Bedarfsfall:

Mit Ihrem Einverständnis darf die BKK Ihre Abrechnungsdaten dafür verwenden, um für Sie persönlich individuelle Verbesserungspotentiale Ihrer individuellen Versorgung aufzudecken und an das Versorgungsmanagement von Mambo weitergeben. Beispiele für solche Verbesserungspotentiale können z.B. Ihre Arzneimittel sein, wenn sich daraus Auffälligkeiten ergeben.

II. Befundaustausch/ Dokumentation

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden/ Dokumentationen zwischen den Sie im Rahmen des Versorgungsprogramms „Mambo“ behandelnden Ärzten sinnvoll. Ihre Dokumentationsdaten können Sie jederzeit bei Ihrer behandelnden Ärztin/ Ihrem behandelnden Arzt einsehen oder sich jeweils eine Kopie der ausgefüllten Dokumentationsunterlagen ausstellen lassen. Mit Ihrer Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme an dem Versorgungsprogramm „Mambo“ erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte darüber sowie **Befunde und Therapieempfehlungen zwischen den Sie behandelnden Ärzten ausgetauscht** werden können. **Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.**

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass die erforderlichen Daten im Rahmen des Versorgungsprogramms „Mambo“ von Ihrer behandelnden Ärztin/ Ihrem behandelnden Arzt an den die netzseitig angestellte Versorgungsmanagerin und die Monika Kräfte weitergeleitet werden. Die Weiterleitung dient dazu, festzustellen, ob die Behandlungsqualität gesteigert werden kann. Daraus können sich ebenfalls Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung des Versorgungsprogramms „Mambo“ ergeben. Hierzu werden auch Befragungen zur Zufriedenheit und zum Behandlungserfolg durchgeführt. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgt anonymisiert. Wenn die Evaluation oder die Teilnahme an dem Versorgungsprogramm „Mambo“ beendet ist, werden die Daten gelöscht. Ihre Daten werden nach den datenschutzrechtlichen Vorschriften unter besonderer Berücksichtigung des zweiten Kapitels des Sozialgesetzbuches – Zehntes Buch (SGB X) – gemäß der §§ 80 SGB X bzw. 11 BDSG sowie den Regelungen gemäß des § 63 Abs.3a bis 4 SGB V behandelt und ausschließlich im Rahmen des Versorgungsprogramms „Mambo“ erhoben, verarbeitet und genutzt.

III. Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung

Sie erklären Ihre Einwilligung in diese Verarbeitung Ihrer Daten nach I. und II. mit Ihrer schriftlichen Teilnahmeerklärung am Versorgungsprogramm „Mambo“. Zugleich entbinden Sie insoweit Ihre Ärztin/ Ihren Arzt von seiner Schweigepflicht.

Anlage 2a – Studieninformation und Einverständniserklärung

Studieninformation zur Befragung im Rahmen des Projekts: „Mambo – Menschen ambulant betreut, optimal versorgt!“

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie nehmen an der neuen Versorgungsform „Mambo“ teil. Dies ist der Grund, warum wir uns heute an Sie wenden. Wir, die Forscher des IMVR (Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft, ein Institut der Universität zu Köln), sind beauftragt, die neue Versorgungsform „Mambo“ zu beurteilen. Hierbei sind uns die Meinungen aller Teilnehmenden und auch Ihre Meinung sehr wichtig.

Sie können uns helfen, mit Ihren Antworten und Anregungen die Sicht der Teilnehmenden auf die neue Versorgungsform „Mambo“ zu ermitteln. Ihre Einschätzungen helfen uns dabei, das Projekt aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten und beurteilen zu können. Um zu erfahren, wie Ihre Erwartungen und Erfahrungen im Zusammenhang mit „Mambo“ sind, möchten wir Ihnen gerne zweimal einen Fragebogen zuschicken. Die erste Befragung erfolgt relativ zu Beginn Ihrer Teilnahme an „Mambo“. Hier wird es vor allem um Ihre Erwartungen gehen. Die zweite Befragung findet Mitte 2019 statt, und behandelt vor allem Ihre Erfahrungen, die Sie bis dahin mit „Mambo“ gemacht haben. Daher bitten wir Sie, wenn Sie mit den Befragungen einverstanden sind, Ihre Adresse anzugeben, damit wir Ihnen die Fragebogen schicken können.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Teilnahme an den Befragungen freiwillig ist. Sie können jederzeit, natürlich ohne Angabe von Gründen, Ihr Einverständnis zur Teilnahme widerrufen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen. Für die Teilnahme an diesen Befragungen entstehen Ihnen weder Kosten, noch wird ein Honorar für die Beantwortung der Fragebögen gezahlt.

Die Untersuchung dient allein wissenschaftlichen Zwecken, auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz. Alle personenbezogenen Daten (z.B. persönliche Einschätzungen zur Behandlungsprozess) werden vertraulich behandelt. Die wissenschaftliche Auswertung der Daten erfolgt in verschlüsselter Form und eventuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen basieren auf anonymen Daten, die Ihrer Person nicht mehr zugeordnet werden können. Ihre Kontaktinformationen, wie Name und Anschrift verbleiben ausschließlich am IMVR und werden lediglich benötigt, damit wir Sie postalisch kontaktieren können. Alle Personen, die Einblick in gespeicherte Daten haben, sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet. Ihr Name wird zu keiner Zeit öffentlich gemacht. **Auch Ihre Ärztinnen und Ärzte und Ihre Krankenversicherung erfahren nicht, was Sie in den Fragebogen angeben werden.**

Die Befragung wurde von der Ethik-Kommission der Universität zu Köln und der Ärztekammer Nordrhein positiv bewertet. **Mit Ihrer Unterschrift auf Seite 2 geben Sie uns Ihr Einverständnis zu den Befragungen** und erlauben uns, Sie an das Ausfüllen der Fragebögen zu erinnern. Außerdem erlauben Sie uns, die Ergebnisse auszuwerten, und zu wissenschaftlichen Zwecken in anonymer Form zu veröffentlichen. Ihre Daten werden nach Beendigung der Studie mindestens zehn Jahre aufbewahrt. Danach werden Ihre personenbezogenen Daten gelöscht, soweit nicht gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen. Über evtl. Änderungen werden wir Sie informieren.

Sollten Sie heute oder später weitere Fragen haben, können Sie sich gerne an den operativen Projektleiter am IMVR Herr Hartrampf sowie die Studienassistenten unter der Telefonnummer 0221/478-97158 wenden.

Wir freuen uns sehr über Ihre Mitarbeit und danken Ihnen für Ihre Unterstützung!

Ihr Mambo-Team beim IMVR



Johannes Hartrampf



Dr. Ute Karch



Prof. Dr. Holger Pfaff

Einverständniserklärung zur Befragung im Rahmen des Projekts: „Mambo – Menschen ambulant betreut, optimal versorgt!“

Ich habe die Studieninformation sowie die unten stehende Datenschutzerklärung gelesen, verstanden und als Kopie erhalten.

Ich habe das Recht, jederzeit mündlich oder schriftlich und ohne Angaben von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an den Befragungen zurückzuziehen, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Die folgenden Felder werden von mir persönlich ausgefüllt.

Bitte geben Sie hier Ihr Einverständnis bzw. Nicht-Einverständnis an:

Ich bin damit einverstanden, an der ersten Befragung zum Projektbeginn teilzunehmen.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

Ich bin damit einverstanden, an der zweiten Befragung (Mitte 2019) teilzunehmen.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

Wir bitten Sie bei Zustimmung zur Befragung, Ihren Namen und Ihre Adresse in den unten angegebenen Feldern einzutragen, damit wir Ihnen in den nächsten Wochen den ersten und Mitte 2019 den zweiten Fragebogen zuschicken können.

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Erklärung zum Datenschutz:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben aus den Fragebögen aufgezeichnet, in Computern gespeichert, verarbeitet und zu wissenschaftlichen Zwecken veröffentlicht werden, jeweils in pseudonymisierter Form.

Bitte senden Sie die Einverständniserklärung im beiliegenden Freiumschlag an das IMVR zurück!

Wir danken Ihnen herzlich für die Teilnahme!

Name und Sitz der Verantwortlichen: Dr. Ute Karbach, IMVR, Universität zu Köln, Eupener Str. 129, 50933 Köln,
Ansprechpartner: Johannes Hartrampf, Tel.: 0221-47897158, johannes.hartrampf@uk-koeln.de

Anlage 3– Vergütung – Netzwerkpauschale RGL

Bei den nachfolgend aufgeführten Positionen handelt es sich um Endpreise.

Die Netzwerkpauschale ist *ab Einschreibejahr (Quartal der Einschreibung)* 1x pro Teilnehmendem abrechenbar. Für jeden Teilnehmenden ist **maximal eine** Netzwerkpauschale als gesundheitliche Versorgungsleistung abrechenbar.

Projekt - Laufzeit	2017	2018	2019	2020
Kalkulierte Anzahl Teilnehmende (TN)	872	3.380	4.907	5.670
Anzahl neue TN pro Kalenderjahr	872	2.508	1.527	763
Pauschale je TN/ Jahr in €	149,78 €	149,78 €	149,78 €	149,78 €

Die Summe der abrechenbaren Netzwerkpauschalen richtet sich nach den für das laufende Quartal kalkulierten Teilnehmerzahlen. Voraussetzung für die Abrechnung der Netzwerkpauschalen ist die Teilnahme des Versicherten an dem Modellvorhaben Mambo an mindestens einem Kalendertag des jeweiligen abzurechnenden Quartals. Ausschlaggebend ist das Datum der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung gemäß **Anlage 2** des Vertrages „Mambo“.

Die Dokumentation der Einschreibung ist die Voraussetzung für den Vergütungsanspruch.

Für den Fall, dass die im Projektzeitraum angenommenen Teilnehmerzahlen unterschritten werden, behält sich die BKK eine anteilige Rückforderung vor, da für nicht oder nur teilweise ausgeschöpfte Fördermittel eine Rückzahlungsverpflichtung besteht.

Anlage 4 – Datenschutzvereinbarung

Datenschutzvereinbarung

zwischen der

pronova BKK, Brunckstraße 47, 67063 Ludwigshafen

.....

- nachstehend Auftraggeber genannt –

und dem

Regionalen Gesundheitsnetz Leverkusen eG, Bruchhauser Str. 30, 51381 Leverkusen

.....

- nachstehend Auftragnehmer genannt –

Präambel

Diese Vereinbarung regelt die Maßnahmen zum Schutz des Sozialgeheimnisses i. S. des § 35 SGB I bei der Datenverarbeitung im Auftrage unter Berücksichtigung des § 80 SGB X und des Bundesdatenschutzgesetzes. Sie ist Bestandteil des jeweiligen Auftragsverhältnisses zwischen den Parteien, welches in gesonderten Verträgen vereinbart ist.

In diesem Zusammenhang verpflichtet sich der Auftragnehmer die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz sowie die nachfolgenden Regelungen strengstens zu beachten.

Gegenstand der Vereinbarung

Der Auftragnehmer erhebt, verarbeitet und nutzt zum Zwecke der Vertragsumsetzung personenbezogene Daten (im Folgenden Daten genannt) im Auftrag des Auftraggebers.

Diese Vereinbarung regelt den Schutz der Daten bei der Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung im Auftrag unter besonderer Berücksichtigung des zweiten Kapitels des Sozialgesetzbuches – Zehntes Buch – (SGB X) insbesondere des § 80 SGB X bzw. §11 BDSG. Die Vereinbarung ist Bestandteil des Vertrages nach §§ 63, 64 Abs. 1 SGB V zur Versorgung multimorbider Menschen in der ambulanten Betreuung –Mambo-.

Umfang, Art und der Zweck der vorgesehenen Erhebung oder Nutzung von Daten, die Art der Daten und der Kreis der Betroffenen

1. Das Ziel und der Kreis der Betroffenen ergeben sich aus den §§ 2 und 4 des Vertrages.
2. Die Datenerhebung erfolgt nach folgendem Schema:

Der Auftragnehmer erhebt, verarbeitet oder nutzt entsprechend dem im Vertrag nach §§ 63, 64 Abs. 1 SGB V zur Versorgung multimorbider Menschen in der ambulanten Betreuung – Mambo- personenbezogene Daten (im Folgenden Daten) im Auftrag des Auftraggebers. Der Auftrag umfasst die Annahme und Prüfung der Beitrittserklärungen und Kündigungen der Leistungserbringer und die Weiterleitung an den Auftraggeber. Ein Teilnahmeende wird vom Auftragnehmer gegenüber dem Leistungserbringer bestätigt. Weiterhin sind die Annahme von Behandlungsdokumentationen und Abrechnungsdaten und die Durchführung eines Korrekturverfahrens (zu beanstandende Abrechnungsdaten) den betroffenen Leistungserbringern sowie die Auszahlung der Vergütung an die Leistungserbringer Gegenstand des Auftrags.

Technische und Organisatorische Maßnahmen nach § 78a SGB X

Der Auftragnehmer gewährleistet im Bereich der auftragsgemäßen automatischen Verarbeitung von Sozialdaten alle in Frage kommenden Maßnahmen nach der Anlage zu § 78 a SGB X. Die einzelnen, vom Auftragnehmer getroffenen Maßnahmen sind in der Anlage 1a dieser Datenschutzvereinbarung dargestellt.

Berichtigung, Löschung und Sperrung von Daten

Der Auftragnehmer ist verpflichtet Daten auf Weisung des Auftraggebers sofort zu berichtigen, zu löschen oder zu sperren, sofern Sie nicht für evaluatorische Zwecke benötigt werden.

Pflichten des Auftragnehmers und die von ihm vorzunehmenden Kontrollen

1. Für die Beurteilung der Zulässigkeit der Datenverarbeitung sowie für die Wahrung der Rechte der Betroffenen ist der Auftraggeber verantwortlich.
2. Der Auftraggeber erteilt den Auftrag unmissverständlich und gemäß § 80 Abs. 2 Satz 2 SGB X schriftlich.
3. Lässt der Auftraggeber Unterlagen durch Boten beim Auftragnehmer abholen, so stattet der Auftraggeber seinen Boten mit einem schriftlichen Berechtigungsnachweis aus.
4. Der Auftraggeber informiert den Auftragnehmer unverzüglich, wenn er Fehler oder Unregelmäßigkeiten bei der Prüfung des Ergebnisses der Auftragsleistung feststellt.
5. Weisungen nach § 80 Abs. 2 Satz 3 SGB X hat der Auftraggeber dem Auftragnehmer schriftlich mitzuteilen.

Kontrollrechte des Auftraggebers und die entsprechenden Duldungs- und Mitwirkungspflichten, des Auftragnehmers

Der Auftragnehmer räumt dem Auftraggeber (ggf. zusammen mit seiner Aufsichtsbehörde) das Recht ein,

- a.) Auskünfte bei ihm einzuholen
- b.) während der Betriebs- und Geschäftszeiten seine Grundstücke oder Geschäftsräume zu betreten und dort Besichtigungen und Prüfungen vorzunehmen und
- c.) geschäftliche Unterlagen sowie die gespeicherten Sozialdaten und Datenverarbeitungsprogramme einzusehen,

soweit es im Rahmen des Auftrages für die Überwachung des Datenschutzes erforderlich ist.

Mitzuteilende Verstöße des Auftragnehmers oder der bei ihm beschäftigten Personen

Bei schwerwiegenden Störungen des Verarbeitungsablaufs, bei Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder anderen Unregelmäßigkeiten bei der Verarbeitung der Daten des Auftraggebers, unterrichtet unverzüglich der Auftragnehmer den Auftraggeber.

Weisungsbefugnisse des Auftraggebers gegenüber dem Auftragnehmer

1. Der Auftraggeber erteilt den Auftrag unmissverständlich und gemäß § 80 Abs. 2 Satz 2 SGB X schriftlich.

2. Der Auftragnehmer ist bereit, Weisungen des Auftraggebers zur Ergänzung vorhandener und organisatorischer Maßnahmen zu beachten. Will der Auftragnehmer eine solche Weisung nicht ausführen, benachrichtigt er unverzüglich den Auftraggeber.

Rückgabe überlassener Datenträger und die Löschung beim Auftragnehmer gespeicherter Daten nach Beendigung des Auftrags

Der Auftragnehmer verarbeitet Sozialdaten ausschließlich im Rahmen des vertraglich festgelegten Umfangs und gemäß den Weisungen des Auftraggebers. Er verwendet die zur Datenverarbeitung überlassenen Daten nicht anderweitig und bewahrt sie nicht länger auf, als es der Auftraggeber bestimmt. Außerdem schließt der Auftragnehmer durch geeignete Maßnahmen eine unbefugte Duplizierung der zur Verfügung gestellten Datenbestände aus. Die bei der Verarbeitung ggf. entstandenen Arbeitsdateien, die Sozialdaten enthalten, sind unmittelbar nach Beendigung der Produktion zu löschen. Ferner hat der Auftragnehmer nach Abschluss der vertraglichen Arbeiten sämtliche in seinem Besitz gelangte Unterlagen und Verarbeitungs- oder Nutzungsergebnisse, die im Zusammenhang mit dem Auftragsverhältnis stehen, dem Auftraggeber auszuhändigen. Die Datenträger werden nach Erfüllung des jeweiligen Auftrages zurückgesandt.

Haftung

1. Der Auftragnehmer haftet im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen für Schäden, die infolge schuldhaften Verhaltens gegen die Datenschutzbestimmungen und gegen die Datenschutzvereinbarung entstehen. Ebenso haftet er für schuldhaftes Verhalten seiner Unterauftragnehmer sowie deren Unterauftragnehmer.
2. Schadensersatzansprüche bleiben von dieser Regelung unberührt.
3. Im Rahmen der Haftung des Auftraggebers auf Schadensersatz nach § 82 SGB X i. V. m. § 7 BDSG haftet der Auftragnehmer analog und anteilig in Höhe des durch sein Verschulden oder durch das Verschulden eines Unterauftragnehmers sowie deren Unterauftragnehmer entstandenen Schadens.

Salvatorische Klausel

1. Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen hiervon unberührt, es sei denn, dass die wirksame Bestimmung für eine Vertragspartei derart grundlegend war, dass ihr ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zugemutet werden kann.
2. Ergibt sich die Notwendigkeit von Vertragsanpassungen aufgrund von gesetzlichen oder vertraglichen Änderungen, verpflichten sich die Vertragsparteien, unverzüglich eine Anpassung oder Klarstellung in diesem Vertrag herbeizuführen.

Leverkusen, den

Ludwigshafen, den

Gesundheitsnetz Leverkusen eG

pronova

Allgemeine technische und organisatorische Maßnahmen nach § 78 a SGB X des RGL

Maßnahme	Verweis
Unbefugten den Zugang zu Datenverarbeitungsanlagen, mit denen Sozialdaten verarbeitet werden, zu verwehren (Zutrittskontrolle).	Datenhosting in deutschem Rechenzentrum mit entsprechendem Zertifikatsnachweis
Zu verhindern, dass Datenverarbeitungssysteme von Unbefugten genutzt werden können (Zugangskontrolle).	Datenhosting in deutschem Rechenzentrum mit entsprechendem Zertifikatsnachweis
Zu gewährleisten, dass die zur Benutzung eines Datenverarbeitungssystems Berechtigten ausschließlich auf die ihrer Zugriffsberechtigung unterliegenden Daten zugreifen können und dass Sozialdaten bei der Verarbeitung, Nutzung und nach der Speicherung nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können (Zugriffskontrolle).	Teilnehmeridentifikation und Zuweisung der Zugriffsrechte per „hash code“ auf getrenntem System. Nachweis der Zugriffskontrolle durch den Provider mit entsprechendem Zertifikatsnachweis
Zu gewährleisten, dass Sozialdaten bei der elektronischen Übertragung oder während ihres Transports oder ihrer Speicherung auf Datenträger nicht unbefugt gelesen, kopiert oder verändert werden können, und dass überprüft und festgestellt werden kann, an welchen Stellen eine Übermittlung von Sozialdaten durch Einrichtungen zur Datenübermittlung vorgesehen ist (Weitergabekontrolle).	Datentransfer in verschlüsselter Form nach Stand der Technik mit entsprechendem Zertifikatsnachweis
Zu gewährleisten, dass nachträglich überprüft und festgestellt werden kann, ob und von wem Sozialdaten in Datenverarbeitungssystemen eingegeben, verändert oder entfernt worden sind (Eingabekontrolle).	Teilnehmeridentifikation und Protokollführung der Aktivitäten durch das System mit entsprechendem Zertifikatsnachweis zur Eingabekontrolle
Zu gewährleisten, dass Sozialdaten, die im Auftrag erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, nur entsprechend den Weisungen des Auftraggebers erhoben, verarbeitet oder genutzt werden können (Auftragskontrolle).	Nachweis der Auftragskontrolle mit entsprechendem Zertifikatsnachweis
Zu gewährleisten, dass Sozialdaten gegen zufällige Zerstörung oder Verlust geschützt sind (Verfügbarkeitskontrolle).	Nachweis der Verfügbarkeitskontrolle mit entsprechendem Zertifikatsnachweis
Zu gewährleisten, dass zu unterschiedlichen Zwecken erhobene Sozialdaten getrennt verarbeitet werden können (Trennungskontrolle).	Entfällt, da die Datenerhebung streng Zweck gebunden ist. Ansonsten Nachweis der Trennungskontrolle mit entsprechendem Zertifikatsnachweis

Anlage 5 - Mustervertrag teilnehmende Leistungserbringer

Platzhalter, Anlage wird noch erstellt

Anlage 6 – Qualifikations- und Qualitätsanforderungen der Leistungserbringer

Versorgungsmanager:

- Abgeschlossene akademische Ausbildung.
- Vorzugsweise mindestens mit Abschluss Diplom / Master / Promotion oder vergleichbarem Abschluss.
- Fachrichtung Humanmedizin, Gesundheitswissenschaften, Public Health vorzugsweise mit Gesundheitsökonomischer Schwerpunktsetzung oder analoge Fachbereiche.
- Nachweis von Kenntnissen im Bereich der Gesundheitswirtschaft und des Gesundheitssystems in Deutschland; vorzugsweise im Bereich der Organisation und Koordination von Gesundheitsleistungen.
- Nachweis von fundierten Kenntnissen im Bereich der Humanmedizin.

MoniKa:

- Dreijährige abgeschlossene Berufsausbildung als Pflegefachkraft mit mehrjähriger Berufserfahrung im ambulanten Pflegebereich. **ODER:**
- Abgeschlossene Berufsausbildung als Krankenschwester/-Pfleger mit mehrjähriger Berufserfahrung. **ODER:**
- Abgeschlossene Berufsausbildung als MFA mit mehrjähriger Berufserfahrung.
- Gute Kenntnisse im SGB V, XI sowie Kenntnisse in SGB IX, XII.
- Nachweis von Kenntnissen in der regionalen Versorgungsstruktur.
- Nachweis von Kenntnissen in Führungsaufgaben wünschenswert.

Haus- und Fachärzte:

- Zur Teilnahme an der besonderen ärztlichen Versorgung nach Maßgabe dieses Vertrages sind alle Vertragsärzte mit Vertragsarztsitz im Geltungsbereich nach § 3 in Verb. mit Anlage 1 dieses Vertrages berechtigt, die die in den folgenden Absätzen geregelten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen. Die Einzelheiten des Vertragsbeitritts regelt § 7.
- Für die Teilnahme genügt, dass der Vertragsarzt über irgendeine Art der Niederlassung verfügt, die ihn zur vertragsärztlichen Leistungserbringung und –abrechnung in dem betroffenen Bundesland berechtigt. Dies schließt neben der Hauptniederlassung auch die Zweigniederlassung sowie die Tätigkeit in einem fremden Bundesland im Rahmen einer überärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft ein (sogenannter bundeslandfremder Vertragsarzt).
- Für die personellen und sächlichen Qualitätsanforderungen gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend.
- Zur Sicherung der besonderen Qualität der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist der Vertragsarzt gegenüber dem RGL während der Teilnahme nach Maßgabe dieses Vertrages verpflichtet, die folgenden Teilnahmevoraussetzungen zu erfüllen:
 - Teilnahme an der Haus- bzw. Fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V,
 - Mitgliedschaft in der Ärzte-Genossenschaft „**Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG**,
 - Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS),

- Ausstattung mit einer onlinefähigen IT- und Internetanbindung in der Praxis (DSL oder UMTS soweit verfügbar) zur Steuerung von Abrechnungs-, Verordnungs- und Informationsprozessen,
- Möglichkeit der gesicherten Datenübertragung gemäß den Vorgaben des § 295 Absatz 1b SGB V,
- apparative Mindestausstattung sofern für die Behandlung erforderlich.
- Ferner verpflichtet sich der teilnehmende Vertragsarzt durch Vertragsschluss gemäß § 7 i. V. m. **Anlage 5** gegenüber dem RGL die folgenden Qualifikations- und Qualitätsanforderungen an die besondere ambulante ärztliche Versorgung zu erfüllen:
 - Teilnahme an mindestens 2 Qualitätszirkeln im Jahr zur Arzneimitteltherapie,
 - Konsequente Behandlung nach den für die haus- bzw. fachärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien und Integration von krankheitsbezogenen Behandlungspfaden, unter besonderer Berücksichtigung der Inhalte dieses Versorgungsmodells.
 - Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V durch Teilnahme an Fortbildungen.
- Sammlung, Dokumentation und Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten vorliegenden Befunde. Ferner verpflichtet sich der teilnehmende Vertragsarzt durch Vertragsschluss gemäß § 7 i. V. m. **Anlage 5** gegenüber dem RGL die für die Umsetzung des Vertrages eingerichteten besonderen EDV-Strukturen zu nutzen.
- Ferner verpflichtet sich der teilnehmende Vertragsarzt durch Vertragsschluss gemäß § 7 i. V. m. **Anlage 5** gegenüber dem RGL die § 6 aufgeführten neuen Koordinationsinstrumente (Versorgungsmanager, MoniKa) zu nutzen und seinen Mitarbeitenden in der Praxis dazu genügend technische und zeitliche Ressourcen einzuräumen,
- Ferner verpflichtet sich der teilnehmende Vertragsarzt, für jeden teilnehmenden Versicherten die für das Qualitätsmonitoring und die Evaluation gemäß § 15 i.V.m. **Anlage 8** erforderlichen Daten gewissenhaft zu erheben und diese den Vertragsparteien oder den Evaluatoren vollständig und fristgerecht gemäß § 14 zu liefern. Dies beinhaltet ebenfalls die wahrheitsgemäße Beantwortung der durch die evaluierende Institution vorgelegten Fragen in der gewünschten Form (per Fragebogen oder mündlicher Auskunft). Ggf. von den Vertragsparteien festgestellte Mängel sind bei der Datenlieferung unverzüglich beheben,
- den Vertragsnehmer unverzüglich über den Widerruf eines an diesem Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten gemäß § 5 Abs. 1 informieren,

Anlage 7 – Leistungen und Pflichten der Leistungserbringer

Versorgungsmanager:

- Das **Versorgungsmanagement (VM)** ist netzseitig angesiedelt
- Die Leistungsschwerpunkte sind konzeptioneller, organisatorischer und kommunikativer Art
- Identifikation von Bedarfen (im Austausch mit dem kassenseitigen Bedarfsmanager)
- Erörterung und Priorisierung
- Kommunikation des Versorgungsbedarfes in das Ärztenetz (einzelfall- und kollektivbezogen)
- Entwicklung im Versorgungsalltag umsetzbarer Lösungsansätze - gemeinsam mit dem Ärztenetz
- Organisation und Koordination konzeptioneller Lösungsumsetzungen
- Etablierung praxisübergreifender kontinuierliche Verbesserungsprozesse (KVP) im Sinne einer Organisationsentwicklung
- Koordination des Einsatzes der **Monitoring- und Koordinationsassistentinnen (MoniKa)**.

MoniKa:

- Arztnetzseitige Übernahme der ärztlich delegierbaren patientennahen und koordinativen Aufgaben (z.B. Pflegeheimbesuche, Patientenschulungen, MFA-Supervision, Facharzt-Termin-Koordination)
- Identifikation praxisübergreifender Potentiale zur Bündelung ärztlicher Aktivitäten (z.B. Pflegeheimvisiten), bedingt durch Monitoring und Koordination
- Daneben Durchführung ärztlich delegierbarer Leistungen außerhalb der Einzelpraxis (z.B. Pflegeheim) ohne dass die Einzelpraxis diese Ressource vorhalten muss
- Austausch mit den führenden Medizinischen Fachassistentinnen („Erst-MFA“) der Einzelpraxen zu kollektiven und individuellen Patientensituationen.

Haus- und Fachärzte:

- Klare Rollenzuteilung der Erst-MFA inklusive Bereitstellung der im Einzelfall erforderlichen zeitlichen Ressource
- Persönliche, ausführliche Aufklärung, Beratung und Information zu den Zielen aus diesem Vertrag gegenüber teilnahmeberechtigten Versicherten gemäß § 3
- Aushändigung der Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung (**Anlage 2**) inkl. der Patienteninformation zum Datenschutz, Einholung der Versichertenunterschrift und Weiterleitung an das RGL
- Anamnese und Eingangsuntersuchung unter Berücksichtigung der Vertragsziele bei Aufnahme in den Vertrag
- Überprüfung der Teilnahme an einem DMP der BKK bei entsprechend vorliegender Indikation
- Motivierung und Einschreibung geeigneter Patienten in vorhandene DM-Programme
- integrative Verlaufskontrolle des Krankheitsgeschehens der teilnehmenden Versicherten von mindestens 2 mal jährlich
- aktive und frühzeitige Einbindung von MoniKa und/ oder Versorgungsmanagement bei erkennbarem Koordinationsaufwand
- Zusätzlich zu den Leistungen und Pflichten unter § 8 i. V. m. **Anlage 7** haben die **Hausärzte** folgende weitere Leistungen und Pflichten zu erfüllen:

- Überweisung an einen teilnehmenden Vertragsarzt (Facharzt) bei notwendiger Facharztbehandlung, sowie Berücksichtigung der Therapieempfehlungen des Facharztes. Bei Bedarf ist der weitere Behandlungsablauf des teilnehmenden Versicherten gemeinsam mit dem Facharzt abzustimmen. Die Überweisung an einen teilnehmenden Facharzt setzt das Einverständnis des teilnehmenden Versicherten voraus, da die freie Arztwahl nicht eingeschränkt werden darf.
- Prüfung und Entscheidung, ob vor Einweisung eines teilnehmenden Versicherten in die stationäre Krankenhausbehandlung, ein teilnehmender Vertragsarzt (Facharzt) einzuschalten ist und Überweisung an diesen. Die Überweisung an einen teilnehmenden Facharzt setzt das Einverständnis des teilnehmenden Versicherten voraus, da die freie Arztwahl nicht eingeschränkt werden darf.
- Zusätzlich zu den Leistungen und Pflichten unter § 8 i. V. m. **Anlage 7** haben die **Fachärzte** folgende weitere Leistungen und Pflichten zu erfüllen:
 - Mit- bzw. Weiterbehandlung bei Notwendigkeit fachärztlicher Behandlung bei Überweisung eines teilnehmenden Versicherten durch einen teilnehmenden Hausarzt. Ein erforderlicher Termin wird in der Regel innerhalb von 10 Sprechstundentagen vergeben
 - Überprüfung der Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung eines teilnehmenden Versicherten bei Überweisung durch einen teilnehmenden Hausarzt.

Anlage 8 – Qualitätsmonitoring und Evaluation - Ergebniskennzahlen

Zieldimension	Ziele	Kennzahlen	Datenquelle
Patientenbezogene Versorgungsziele	Steigerung der Lebensqualität und Zufriedenheit	Wohlbefinden/WHO-5	Befragungsdaten
	Verbesserte Versorgungskordinierung	Schnittstelle Weiterbehandlung	Befragungsdaten
	Senkung des kardiovaskulären Risikos	arriba-Score	Sekundärdaten (Netzakte)
	Vermeidung von Hospitalisierungen	LOH-Score	Sekundärdaten (BKK)
	Versorgungsverbesserung anhand von drei paradigmatischen Krankheitsfeldern	Anz. Dekompensation einer Herzinsuffizienz	Sekundärdaten (BKK)
		Anz. Exazerbation einer COPD	Sekundärdaten (BKK)
		Anz. TIA/ Schlaganfall bei VHF-Patienten	Sekundärdaten (BKK)
Leistungserbringerbezogene Ziele	Entlastung des Arztes bei der Informationsbeschaffung	Informationsüberlastung	Befragungsdaten
	Entlastung des Arztes durch Delegation ärztlicher Aufgaben	Wahrgenommene Entlastung des Arztes	Befragungsdaten
Kostenträgerbezogene Ziele	Verbesserte Versorgungskordinierung	Anzahl Fachärzte gleicher Fachrichtung	Sekundärdaten (BKK)
		Anzahl an Kontakten zum ärztlichen Bereitschaftsdienst	Sekundärdaten (BKK)
	Senkung von Leistungsausgaben	Senkung der KH-Kosten für ambulant sensitive Diagnosen (Sundmacher)	Sekundärdaten (BKK)

Anlage 9 –Muster Anstellungsvertrag MoniKa/ Versorgungsmanagerin (VM)

Arbeitsvertrag

Zwischen Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG
 Bruchhauser Str. 30
 51381 Leverkusen

und

Frau **MoniKa / Versorgungsmanagerin (VM)**
 Str.
 50xxx Ort

wird folgender Vertrag geschlossen.

§ 1

Die Arbeitnehmerin MoniKa/ Versorgungsmanagerin (geb. xx.xx.19xx) wird mit Wirkung vom 01.xx.2017 vom Regionalen Gesundheitsnetz Leverkusen eG als Pflegeberaterin im Gesundheitswesen / Ambulante-Case-Managerin eingestellt.

- (1) Der Arbeitsvertrag ist an das Förderprojekt „Mambo“ gebunden.
Mit Beendigung des Förderprojektes ist auch der Arbeitsvertrag beendet.
- (2) Der Arbeitsvertrag wird jeweils mit den nachfolgend aufgeführten Befristungen geschlossen:
MoniKa: Befristung auf ein Jahr – längstens jedoch bis Projektende; 30.06.2020
Versorgungsmanagerin: Befristung auf drei Jahre
Es wird angestrebt, das Arbeitsverhältnis nachfolgend zu verlängern.
- (3) Die Probezeit beträgt drei Monate.

§ 2

Die Arbeitnehmerin hat die übertragenen Obliegenheiten gewissenhaft wahrzunehmen und das Verhalten den besonderen Aufgaben der Genossenschaft anzupassen. Die Arbeitnehmerin ist verpflichtet, alle Anordnungen des Arbeitgebers als disziplinarischem Vorgesetzten und die ärztlichen Anweisungen (Fachvorgesetzter) für die Versorgung der jeweiligen Patienten sowie die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere der Berufsgenossenschaft, zur Verhütung von Arbeitsunfällen gewissenhaft zu befolgen.

Die Schwerpunkte des Aufgabengebietes umfassen (MoniKa):

- Übernahme der ärztlich delegierbaren patientennahen und koordinative Aufgaben (z.B. Pflegeheimbesuche, Patientenschulungen, MFA-Supervision, Facharzt-Termin-Koordination)

- Einführung und Umsetzung eines zentral koordinierten Versorgungsmanagements
- Identifikation praxisübergreifender Potentiale zur Bündelung ärztlicher Aktivitäten (z.B. Pflegeheimvisiten), bedingt durch Monitoring und Koordination
- Planung und Durchführung von Arbeits- und Projektgruppen und Schulungsveranstaltungen
- Austausch mit den führenden Medizinischen Fachassistentinnen (MFA) in den Arztpraxen zu kollektiven und individuellen Patientensituationen
- Dokumentation der Patientensituation in einer elektronischen Netzakte
- Dokumentation und Erfolgskontrolle der Interventionsmaßnahmen

Die Schwerpunkte des Aufgabengebietes umfassen (VM):

- Entwickeln, Umsetzen, Koordination von spezifischen Versorgungsprogrammen u. a. mit dem Ziel einer Reduzierung der ambulant sensitiven Krankenhausfälle
- Einführung und Umsetzung eines zentral koordinierten Versorgungsmanagements
- Planung und Durchführung von Arbeits- und Projektgruppen und Schulungsveranstaltungen
- Dokumentation und Erfolgskontrolle der Interventionsmaßnahmen

§3

Eine Nebentätigkeit der Arbeitnehmerin bedarf der Genehmigung des Arbeitgebers.

§4

Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt **40 Stunden (Versorgungsmanagerin, MoniKa)**.

§ 5

Persönliche Angelegenheiten sind außerhalb der Arbeitszeit zu erledigen. Ein Fernbleiben von der Arbeit ist nur nach vorheriger Zustimmung des Arbeitgebers gestattet. Kann diese Zustimmung den Umständen nach vorher nicht eingeholt werden, so ist der Arbeitgeber ohne schuldhaften Verzug über die Gründe des Fernbleibens zu unterrichten.

Bei nicht genehmigtem Fernbleiben besteht insoweit kein Anspruch auf Fortzahlung des Gehaltes.

Arbeitsunfähigkeit ist ohne schuldhaften Verzug anzuzeigen. Spätestens am vierten Kalendertag nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit ist dem Arbeitgeber eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit und ihre voraussichtliche Dauer vorzulegen.

§6

Die Arbeitnehmerin hat bei unverschuldetem Arbeitsversäumnis infolge eines in ihrer Person liegenden Grundes, sowie bei durch Unfall verursachter Arbeitsunfähigkeit, Anspruch auf Fortzahlung des Gehaltes bis zum Ende der sechsten Woche.

§ 7

Die Arbeitnehmerin hat in jedem Kalenderjahr Anspruch auf bezahlten Urlaub. Er beträgt derzeit jährlich 28 Arbeitstage bei einer Vollzeitstelle.

§ 8

Das Jahres-Bruttogehalt beträgt bei **xx €**. Ein Anspruch auf Urlaubs- oder Weihnachtsgeld besteht nicht.

§ 9

Das Arbeitsverhältnis kann mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden, sofern sich nicht aus anderen Vorschriften oder aufgrund einer längeren Beschäftigungsdauer eine längere Frist ergibt.

Die außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund gemäß §626 BGB bleibt unberührt.

Die Kündigung bedarf der Schriftform.

§10

Die Arbeitnehmerin hat nach der Kündigung des Arbeitsverhältnisses Anspruch auf umgehende Aushändigung eines Zeugnisses.

Die Arbeitnehmerin ist berechtigt, während des Arbeitsverhältnisses ein Zwischenerzeugnis zu verlangen.

Das Zeugnis muss Auskunft geben über Art und Dauer der Tätigkeit. Es ist auf Wunsch der Arbeitnehmerin auf Leistung und Führung im Dienst zu erstrecken.

§ 11

Sonstige Vereinbarungen:

Die MoniKa/ die Versorgungsmanagerin unterliegt bezüglich aller Daten und Vorkommnisse der uneingeschränkten Schweigepflicht, die auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses fortbesteht.

Leverkusen, 01.0x.2017

Regionales Gesundheitsnetz
Leverkusen eG
Dr. Manfred Klemm

xx

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusener eG
Dr. med. Bodo Denhoven

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusener eG
Dr. med. Wolfgang Hübner

Anlage 48: Kennzahlen Sekundärdaten MamBo

Die Anlage ist über den folgenden Link abrufbar: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/abschluss-dokumente/290/2022-12_16_MamBo_Ergebnisbericht_Anlage_48.xlsx

Anlage 49: Mambo Morbi Atlas

Die Anlage ist über den folgenden Link abrufbar: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/291/2022-12_16_MamBo_Ergebnisbericht_Anlage_49.xlsx

1. MFA – WORKSHOP „MAMBO – MANAGERIN“

06. Juni 2018

Jeanette Kuska

Mam | bo

Menschen **ambulant betreut**,
optimal versorgt!

Übersicht

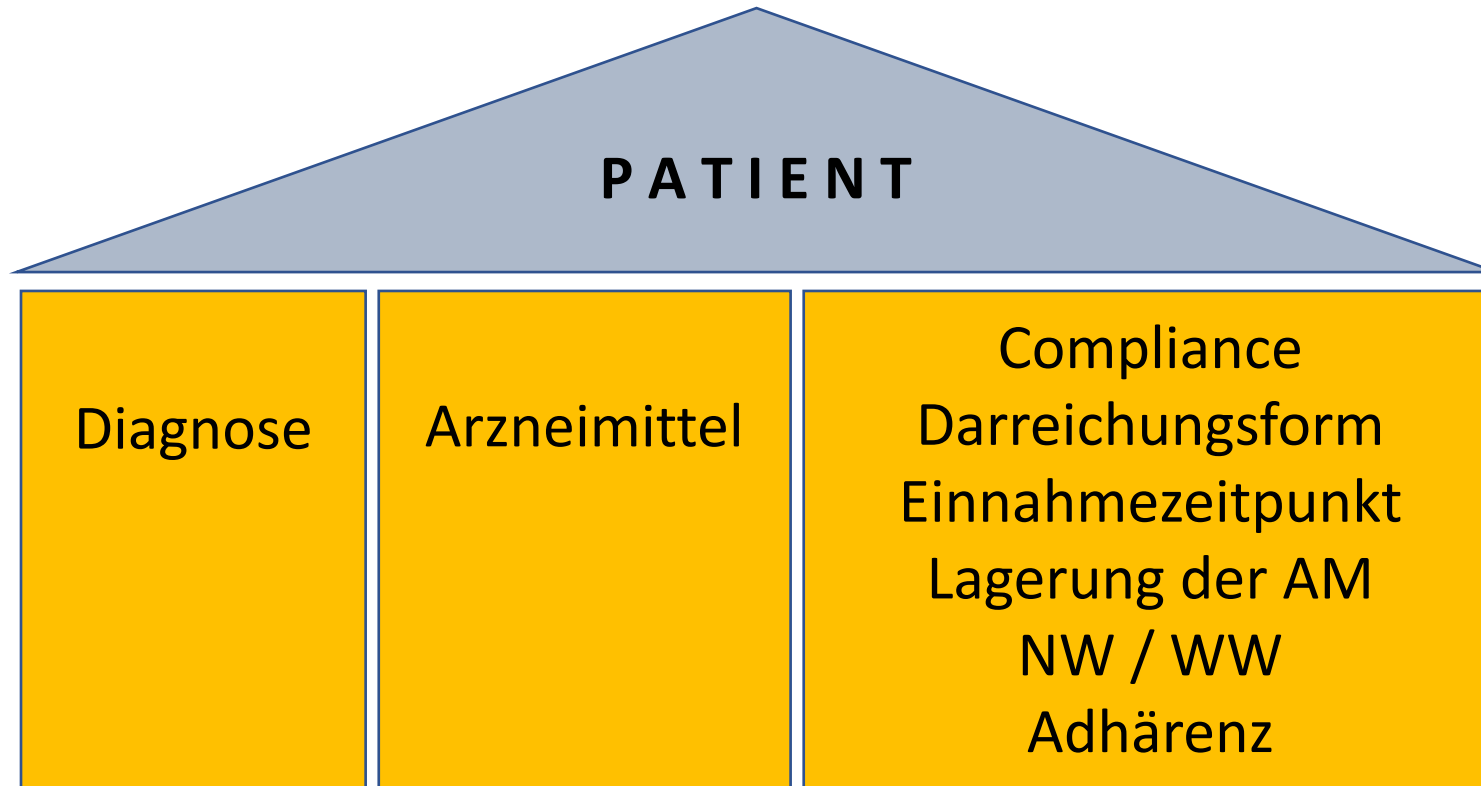
- Faktoren der Therapiesicherheit
- Compliance / Non-Compliance
- Besondere Probleme älterer Menschen bei der Medikamenteneinnahme
- Nebenwirkungen von Arzneimitteln

06. Juni 2018

Mam | bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Faktoren der Therapiesicherheit



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Compliance in der Arzneimitteltherapie

Compliance

Compliance (Therapietreue) beschreibt die Zuverlässigkeit eines Patienten, seine Therapieanweisungen zu befolgen.

Eine gute Compliance liegt vor, wenn der Patient die Anweisungen zur Einnahme befolgt.



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Non-Compliance

Das Arzneimittel wird nicht entsprechend der Vorgaben eingenommen.

Ursachen:

- Bewusste Non-Compliance (z.B. Angst vor Nebenwirkungen)
- Versehentliche Non-Compliance (z.B. Vergesslichkeit)
- Non-Compliance durch individuelle Probleme (z.B. Schluckbeschwerden)

Die optimale Wirkung tritt nur ein, wenn die richtigen Arzneimittel zur richtigen Zeit auf die richtige Art und Weise eingenommen werden.



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Non-Compliance

Mögliche Hilfsmittel:



„Autodrop“



„Aufdreh-Hilfen“

Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Non-Compliance

Mögliche Hilfsmittel:



„Tablettenteiler“



„Dispenser“

Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Schluckbeschwerden

Häufige Ursachen

- Mundtrockenheit wegen verminderten Durstgefühls
- ältere Menschen trinken oft zu wenig
- Arzneimittel werden trocken eingenommen
- geschädigte Speiseröhre
- Mundtrockenheit als Nebenwirkung von Arzneimittel



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Einnahmeempfehlungen bei Schluckbeschwerden

- Auf eine andere Darreichungsform ausweichen

Hinweis | Nur nach Absprache mit dem Arzt!

- Tabletten mörsern, zerkleinern oder in Wasser zerfallen lassen.
- Hartgelatine kapsel öffnen: Der Inhalt kann bei einigen Kapseln in Wasser suspendiert verabreicht oder direkt eingenommen werden.

Vorsicht | Nur nach Absprache mit der Apotheke!



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Allgemeine Einnahmeempfehlungen

- Generell auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr achten.
- Feste Arzneiformen immer mit einem Glas Wasser einnehmen! (am besten mit ca. 200 ml Leitungswasser).
- Arzneimittel niemals mit Milch, Kaffee, Schwarztee, Alkohol oder Grapefruitsaft einnehmen.
- Einnahmehinweise des Arztes, des Apothekers und der Gebrauchsanweisung beachten.



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Allgemeine Einnahmeempfehlungen

- Feste Arzneimittel nur zerbeißen, wenn dies ausdrücklich erlaubt ist
- Medikamente immer im Sitzen oder Stehen einnehmen und niemals im Liegen.
- Nach der Einnahme möglichst noch 15 bis 30 Minuten in aufrechter Position sitzen bleiben.



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Exkurs: Rabattverträge!

Vertragspartner :

- Krankenkasse und Pharmahersteller

Vertragsinhalt:

- Hersteller gewährt Rabatt auf Listenpreis
- Krankenkasse gibt Abnahmegarantie



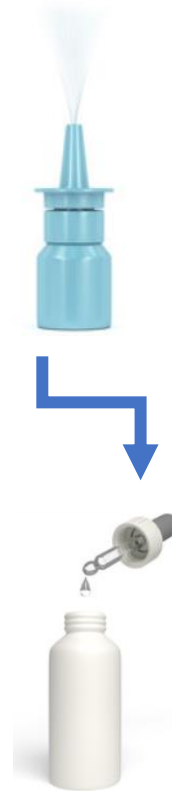
Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Exkurs: Rabattverträge!

Beispiel 1:

- Verordnet:
Nasenspray AL 0,05 % 10 ml
- ↓
- Rabattpartner der BKK pronova:
Nasentropfen 0,05 % 10 ml



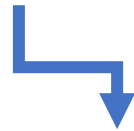
Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Exkurs: Rabattverträge!

Beispiel 2:

- Verordnet:
Tavor Expidet 1,0 **Täfelchen** N3



- Rabattpartner der BKK pronova:
Tavor 1,0 **Tabletten** N3



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

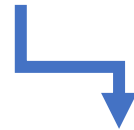
Exkurs: Rabattverträge!

Beispiel 3:

- Verordnet:
Spiriva **18** µg 90 Kaps.



- Rabattpartner der BKK pronova:
Braltus **10** µg 90 Kaps.



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Erfolg der Therapie

Trotz richtiger Einnahme tritt häufig nicht der gewünschte Erfolg ein!

Häufige Ursachen

- Veränderte Körperfunktionen im Alter (veränderte Pharmakokinetik)
- Nebenwirkungen von Arzneimitteln
- Wechselwirkung mit anderen Arzneimitteln
- Interaktionen mit Nahrungsmitteln



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Veränderte Körperfunktionen im Alter

Verdauung

Abnehmende Darmtätigkeit bei Älteren

- ➔ Magen-Darm-Passage ist verlängert.
- ➔ Wirkstoffe bleiben länger im Körper.

Schlechte Durchblutung des Verdauungstrakts

- ➔ Arzneistoffe, Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente werden unzureichend aufgenommen.



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Veränderte Körperfunktionen im Alter

Abbauprozesse in Leber und Nieren

- Verlangsamter Abbau der Wirkstoffe
 - Verzögerte Ausscheidung der Abbauprodukte
- ➔ Wirkstoffe bleiben länger im Körper.
- ➔ Wirkstoffkonzentration im Körper steigt.

Achtung | Ältere Menschen benötigen oft geringere Dosen eines Arzneistoffs als jüngere Menschen!



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Veränderte Körperfunktionen im Alter

Veränderte Wirksamkeit

- Gegenteilige Wirkung bei bestimmten Stoffen ist möglich!
- ➔ Schlafmittel können bei manchen Patienten aufputschend wirken.
- ➔ Kaffee am Abend kann bei manchen Patienten das Einschlafen fördern.



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Veränderte Körperfunktionen im Alter

Verteilung zwischen Muskel- und Fettgewebe

- Im Alter verringert sich die Muskelmasse:
- ➔ Der Anteil des Fettgewebes im Verhältnis zur Muskelmasse ist erhöht.
- ➔ Je nachdem, ob der Wirkstoff wasser- oder fettlöslich ist, kann die Wirkung der Arzneimittel stärker oder schwächer ausfallen.



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Nebenwirkungen

Arzneimittel können neben den erwünschten auch unerwünschte Wirkungen (Nebenwirkungen) haben.

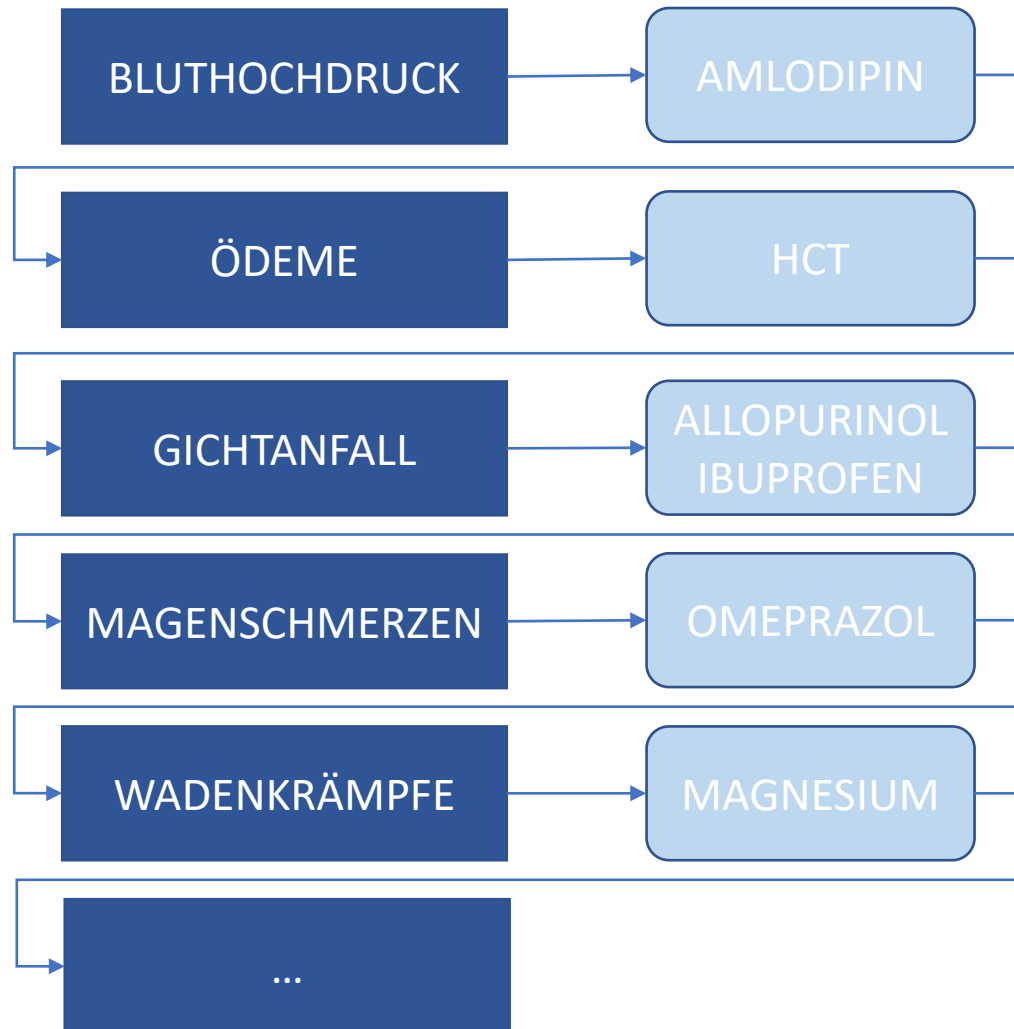
- ➔ 5 bis 15 Prozent aller Krankenhauseinweisungen sind auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen zurückzuführen.
- ➔ Die Rate bei Personen über 70 Jahre ist dabei besonders hoch.



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

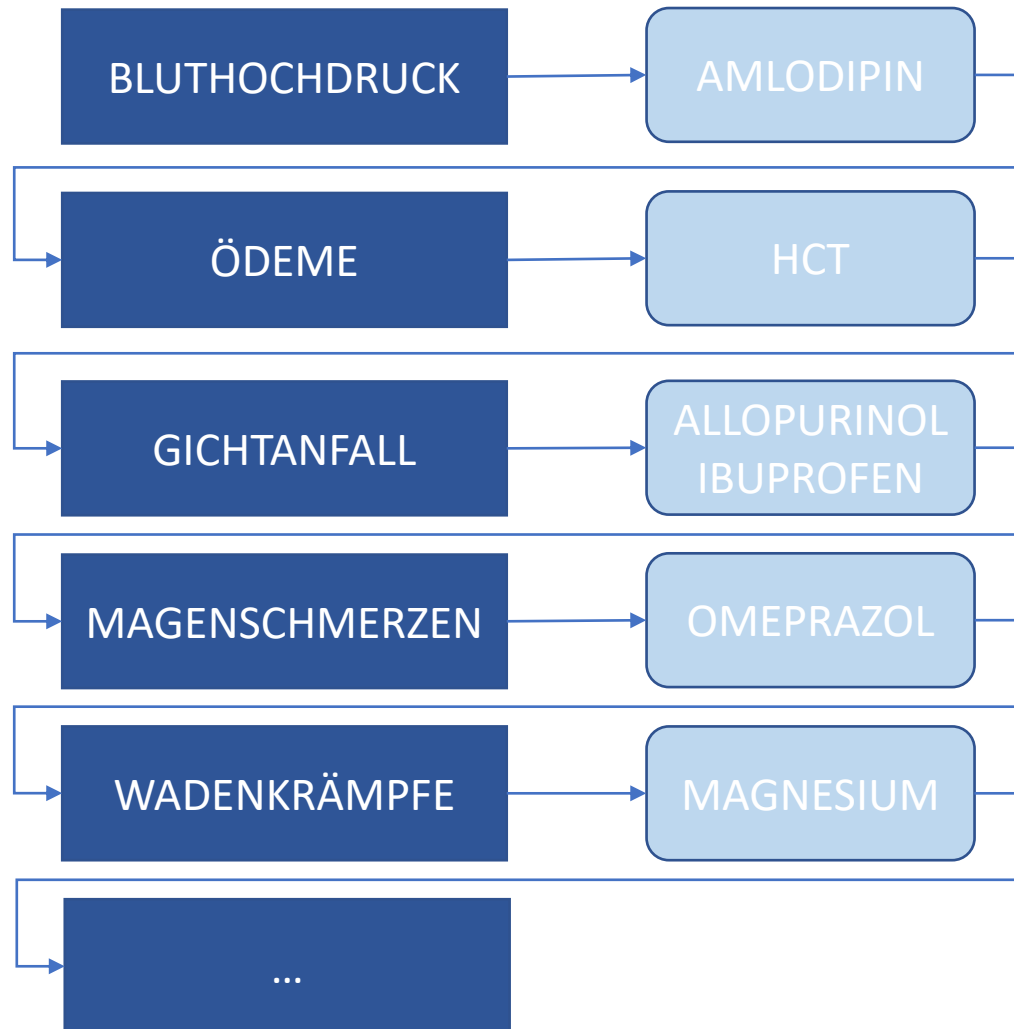
Nebenwirkungen



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Nebenwirkungen



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Nebenwirkungen

Einige Arzneistoffe, die häufig unerwünschte Wirkungen haben:

- Antibiotika, z.B. Penicillin, Doxycyclin
- Antidiabetika, z.B. Glibenclamid
- Gerinnungshemmer z.B. Phenprocoumon (Marcumar), Warfarin
- Herz- und Blutdruckmedikamente, z.B. Propranolol, Nifedipin
- Schmerzmittel, z.B. ASS, Diclofenac, Ibuprofen
- Schlaf- und Beruhigungsmittel, z.B. Diazepam, Lorazepam



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Nebenwirkungen

Multimorbidität

Je mehr unterschiedliche Arzneimittel ein Mensch einnimmt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass unerwünschte Arzneimittelwirkungen bzw. Wechselwirkungen auftreten.



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Nützliche Quellen

- Priscus-Liste
- Beer's Liste
- EU(7)-PIM-Liste

- FORTA-Liste
- MAI-Score
- IMPACT-Tool
- STOP/START-Tool
- NO TEARS
- 7-Steps-Approach



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

PRISCUS-Liste

- PRISCUS-Liste enthält über 80 Wirkstoffe, die für ältere Menschen eher ungeeignet sind.
- Liste mit Arzneimitteln, die älteren Patienten nur nach einer genauen Abwägung von Nutzen und Risiko verordnet werden sollen.



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

PRISCUS-Liste

Dtsch Arztebl 2010; 107(31-32)

TABELLE

Potenziell inadäquate Medikation für ältere Patienten (Kurzfassung) (die Hinweise der Hersteller in den Fachinformationen sind zu beachten)

Arzneimittel	wesentliche Bedenken (Auswahl)	mögliche Therapie-Alternativen	Maßnahmen, falls das Arzneimittel trotzdem verwendet werden soll
Analgetika, Antiphlogistika			
NSAID – Indometacin – Acemetacin* – Ketoprofen* – Piroxicam – Meloxicam* – Phenylbutazon – Etoricoxib	– sehr hohes Risiko für gastrointestinale Blutungen, Ulzerationen oder Perforationen, auch mit letalem Ausgang – Indometacin: Zentralnervöse Störungen – Phenylbutazon: Blutdyskrasie – Etoricoxib: Kardiovaskuläre Kontraindikationen	– Paracetamol – (schwach wirksame) Opioide (Tramadol, Codein) – ggf. schwächere NSAID (z. B. Ibuprofen)	– Kombinationstherapie mit protektiven Arzneimitteln, z. B. PPI – Kontrolle auf Magen-Darm-Beschwerden (Gastritis, Ulzera und Blutungen) – Kontrolle Nierenfunktion – Kontrolle Herz-Kreislauf-Funktion (Blutdruck, Herzinsuffizienz-Zeichen) – Dosierungsempfehlung: möglichst kurze Therapiedauer – Phenylbutazon: zusätzlich Blutbild-Kontrolle
Opioid-Analgetika – Pethidin	– erhöhtes Risiko für Delir und Stürze	– Paracetamol – andere Opioide (mit geringerem Delirrisiko, z. B. Tilidin/Naloxon, Morphin, Oxycodon, Buprenorphin, Hydromorphon) – ggf. schwächere NSAID (z. B. Ibuprofen)	– klinische Kontrolle (ZNS-Funktion, Sturzneigung, Kreislauf-Kontrolle) – Kontrolle Nierenfunktion – Dosierungsempfehlung: niedrige Initialdosis, langsame Dosissteigerung, möglichst kurze Therapiedauer

Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

FORTA – Fit FOr The Aged

F O R T A – Anwendungshinweise^{1,2,5,7}

1. Die FORTA Klassifizierung von Arzneimitteln ist evidenzbasiert und „real-life“-orientiert (Compliancefragen, altersabhängige Verträglichkeit, Häufigkeit relativer Kontraindikationen werden berücksichtigt).
2. Klassifikationen sind indikationsabhängig: ein Arzneimittel kann indikationsabhängig verschiedene FORTA-Bewertungen bekommen.
3. Kontraindikationen stehen immer über der Klassifikation (z.B. dürfen auch A-Arzneimittel bei Allergien nicht gegeben werden).
4. FORTA ist als schnelle Orientierungshilfe zum Gedankenanstoß gedacht. Das System ersetzt individuelle Therapieentscheidungen nicht und lässt - wie jede Vereinfachung – Ausnahmen zu.

F O R T A – Klassifikationssystem A-D^{1,2,3,4,7}

Kategorie A = Arzneimittel schon geprüft an älteren Patienten in größeren Studien, Nutzenbewertung eindeutig positiv	Kategorie B = Wirksamkeit bei älteren Patienten nachgewiesen, aber Einschränkungen bezüglich Sicherheit und Wirksamkeit	Kategorie C = ungünstige Nutzen-Risiko-Relation für ältere Patienten. Erfordern genaue Beobachtung von Wirkungen und Nebenwirkungen, sind nur ausnahmsweise erfolgreich. Bei > 3 Arzneimitteln gleichzeitig als erste weglassen, Alternativen suchen	Kategorie D = diese Arzneimittel sollten fast immer vermieden werden, Alternativen finden
--	---	--	---

Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

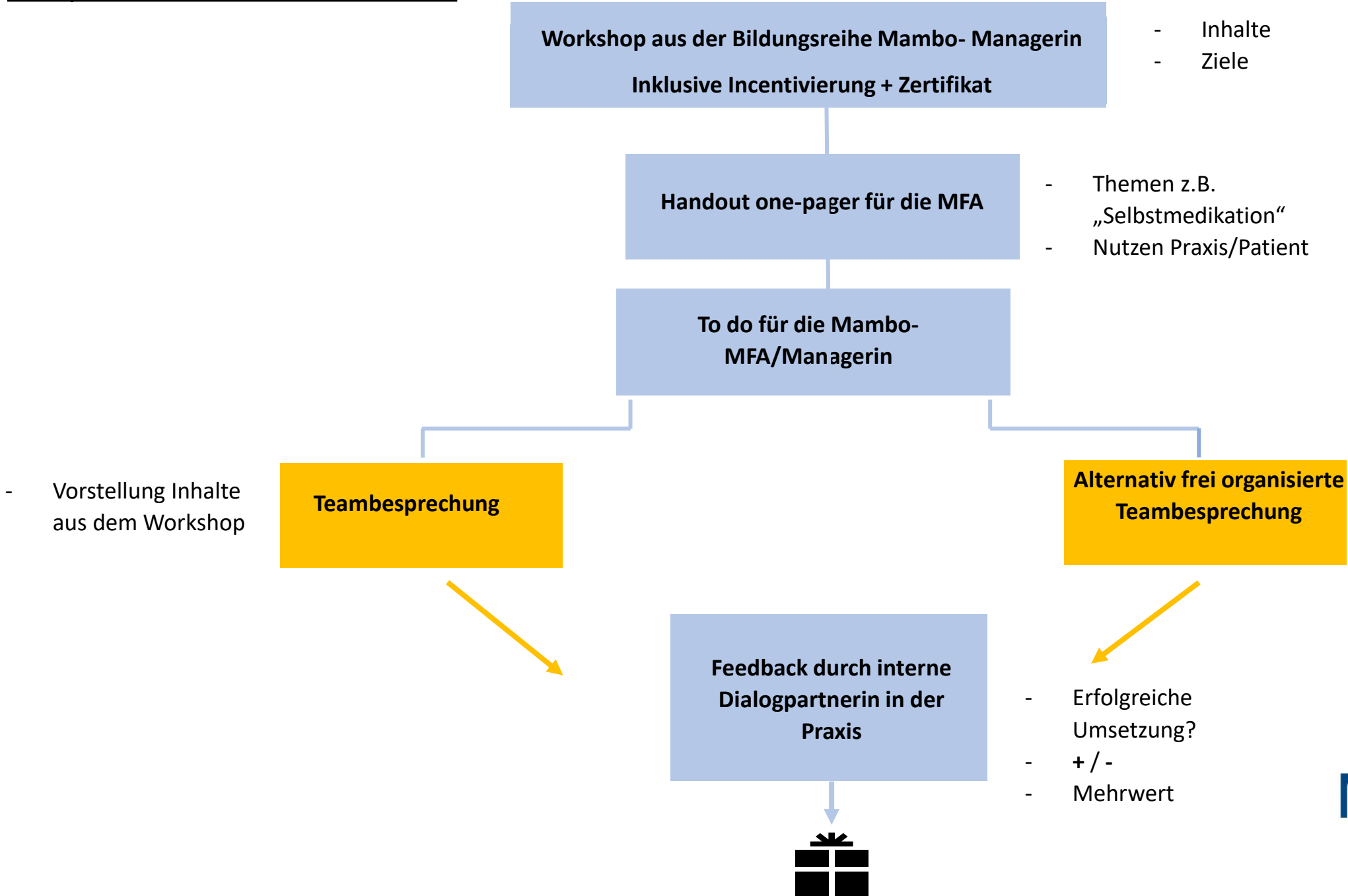
WAS NUN ???



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

Konzept Kurzintervention MFA in der Praxis:



Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

- **Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung**
(Leitlinie: Information und Beratung des Patienten bei der Abgabe von Arzneimitteln – Selbstmedikation Information und Beratung des Patienten bei der Abgabe von Arzneimitteln – Erst- und Wiederholungsverordnung)
- **Patientenbroschüre Q-Pharm (Medikamente)**
- **ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände**
- **AMK - Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker**

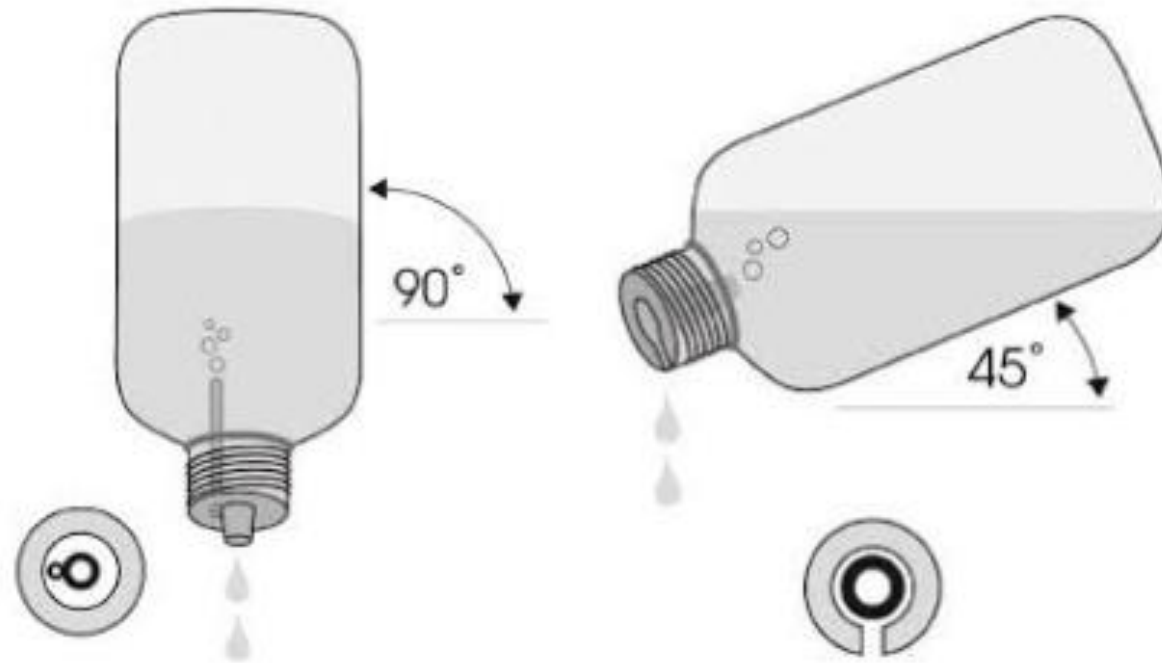
[http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste PRISCUS-TP3 2011.pdf](http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf)

[www.umm.uni-heidelberg.de/ag/forta/FORTA Liste 2015 deutsche Version.pdf](http://www.umm.uni-heidelberg.de/ag/forta/FORTA_Liste_2015_deutsche_Version.pdf)

[http://www.bcp.fu-berlin.de/pharmazie/faecher/klinische_pharmazie/
arbeitsgruppe kloft/materialien/Beers-Liste.pdf](http://www.bcp.fu-berlin.de/pharmazie/faecher/klinische_pharmazie/arbeitsgruppe_kloft/materialien/Beers-Liste.pdf)

Mam bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!



Zentraltropfer

Randtropfer

Mam bo

Menschen ambulant betreut,
optimal versorgt!

3. MFA – WORKSHOP „MAMBO – MANAGERIN“

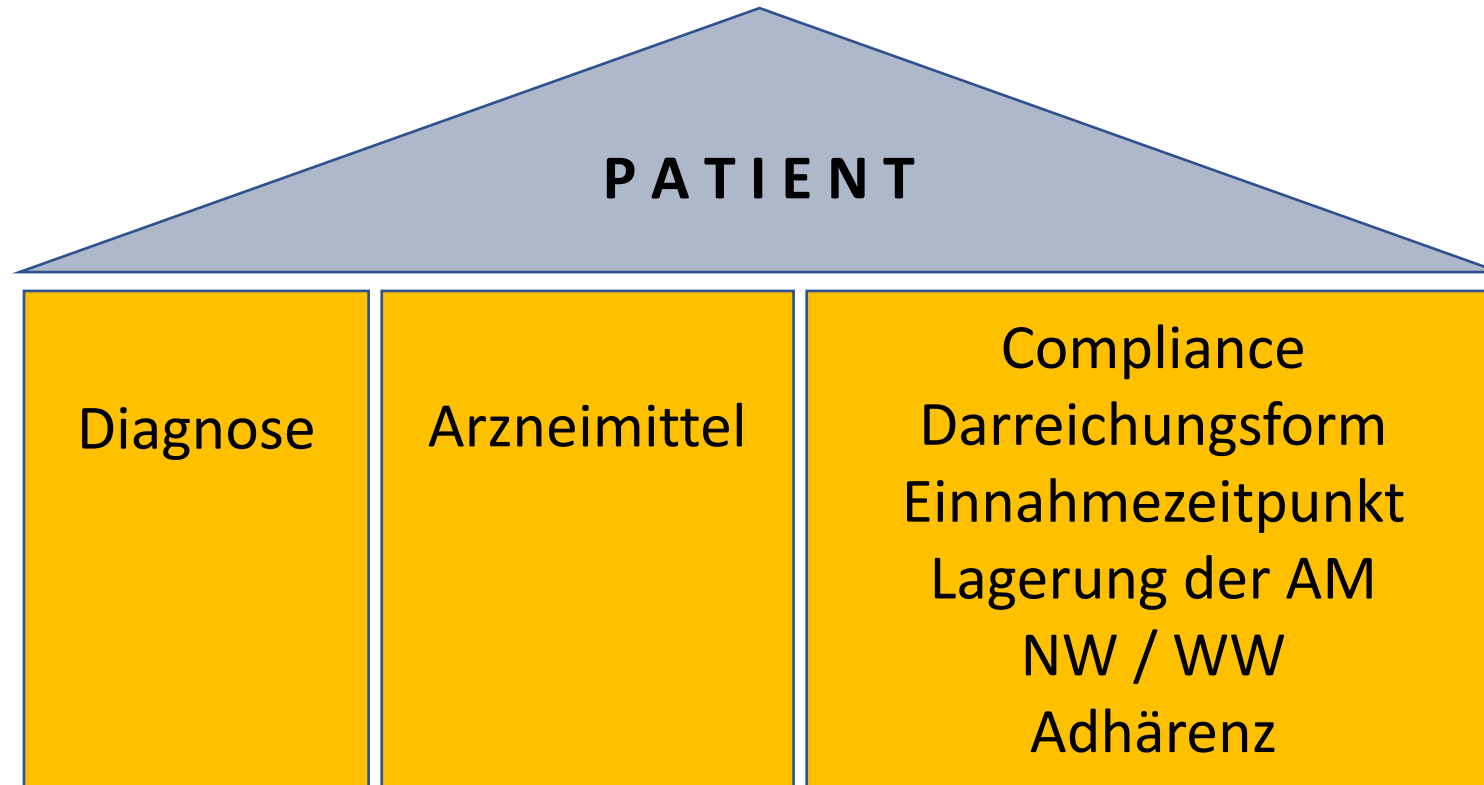
07. November 2018

Jeanette Kuska

Mam | bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

Faktoren der Therapiesicherheit



Wichtige Interaktionen zwischen Nahrungsmittel und Arzneimittel

- Theoretische Grundlagen
- Allgemeine Einnahmeempfehlungen
- Praxisrelevante Beispiele

07. November 2018

Mam | bo

Menschen **ambulant** betreut,
optimal versorgt!

UMFRAGE ZU ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN

- 95 % der Bundesbürger gaben an, in der vergangenen Woche Milch beziehungsweise Milchprodukte zu sich genommen zu haben.
- 17 % der Bundesbürger hatten Grapefruitsaft getrunken.
- Jeder zweite Befragte hatte in der vergangenen Woche Alkohol konsumiert.

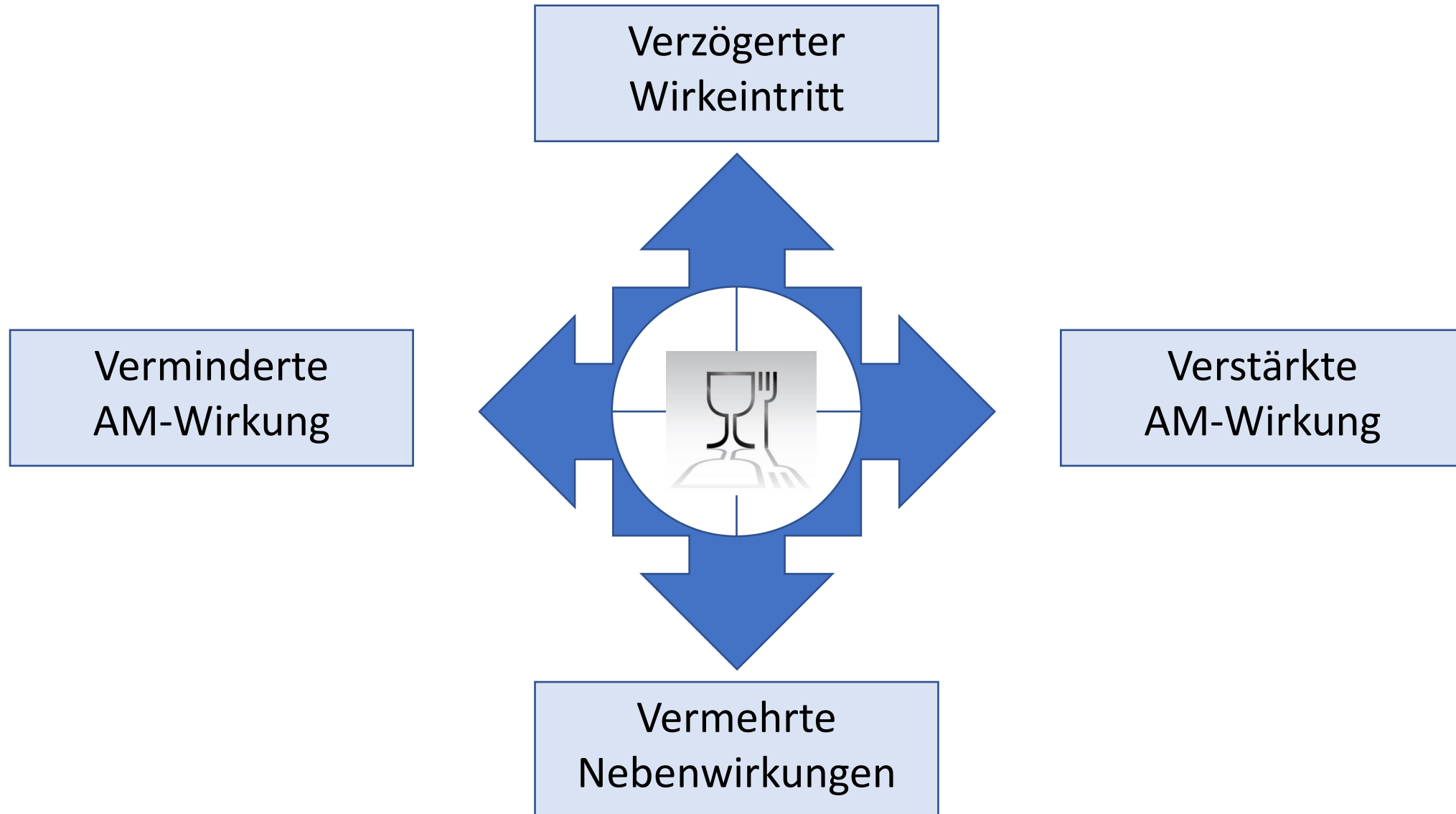


Beeinflussbare Faktoren

- **Pharmakokinetik:** Aufnahme, Verteilung, Biotransformation, Ausscheidung
- **Pharmakodynamik:** Vorgänge, die die Substanz im Körper bewirkt
- **Bioverfügbarkeit:** ein Stoff ist 100%ig verfügbar, wenn seine Blutspiegelkurve nach oraler Einnahme mit der nach i.v.-Gabe übereinstimmt
- **First-Pass-Effekt:** Anteil eines Stoffes, der bei der ersten Leberpassage metabolisiert oder von der Leber zurückgehalten wird.



Mögliche Auswirkungen



Faktoren, die eine Rolle spielen

Eigenschaften des
Wirkstoffes

Zusammensetzung
der Nahrung

Art der Arzneiform



Zeitlicher Abstand
NM <-> AM

Einfluss der Nahrung auf den Magen

- pH-Wert nüchtern: 1-1,5
- 60 bis 90 Minuten nach dem Essen pH 2-5
 - > Löslichkeit von sauren oder basischen Wirkstoffen verändert
 - > Stabilität einiger Arzneiformen verändert



Magensaftresistente Arzneiformen

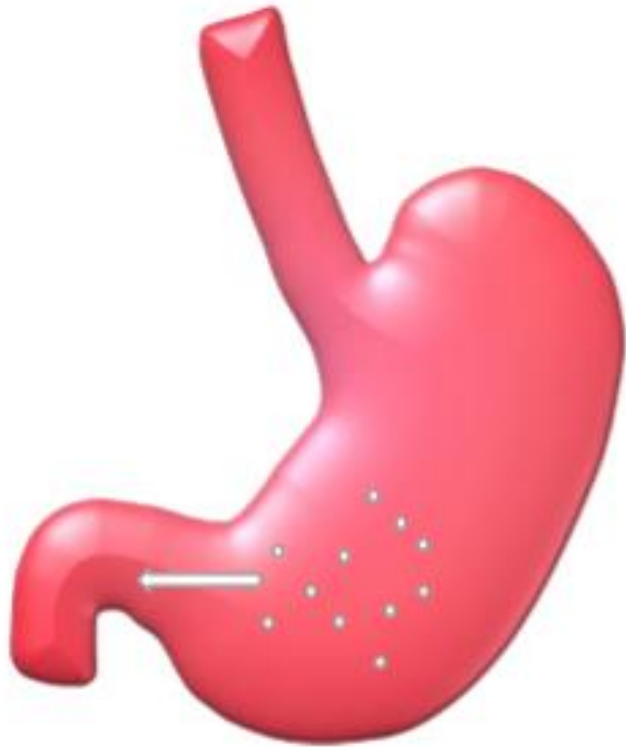


Einnahme 1-2
Stunden vor dem
Essen!

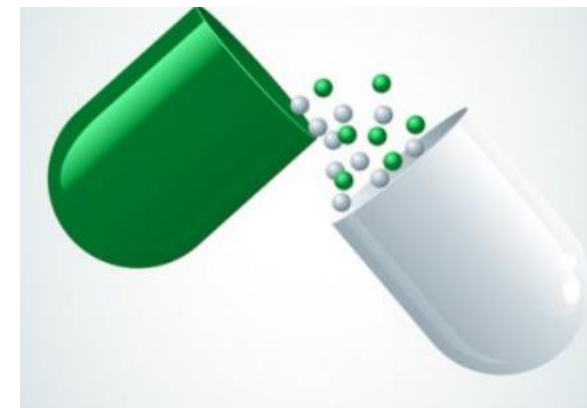
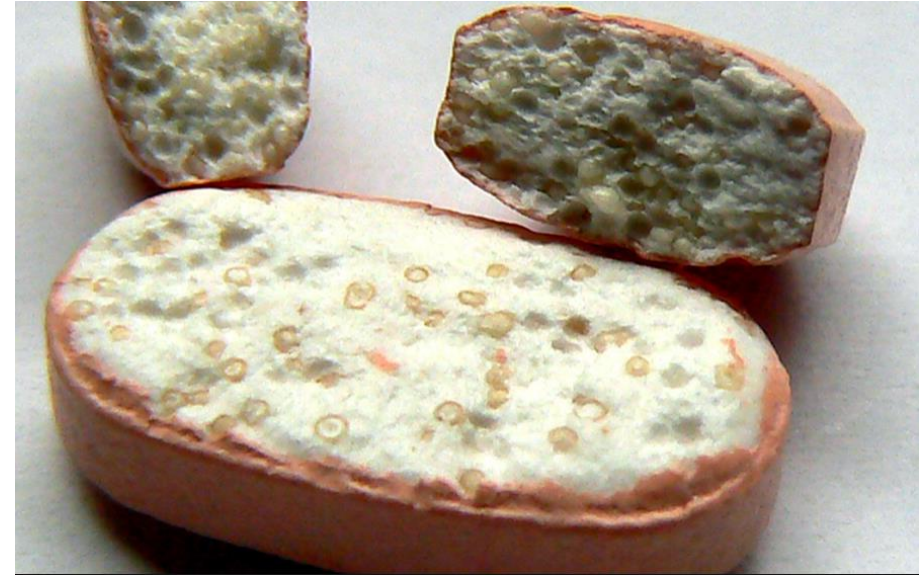


Schutzüberzug wird
bei gefülltem
Magen zu früh
aufgelöst

Magensaftresistente Pellet Systeme



AUSNAHME:
Arzneiformen mit magensaftresistent
überzogenen Pellets/Granulat
($\varnothing < 2 \text{ mm}$)



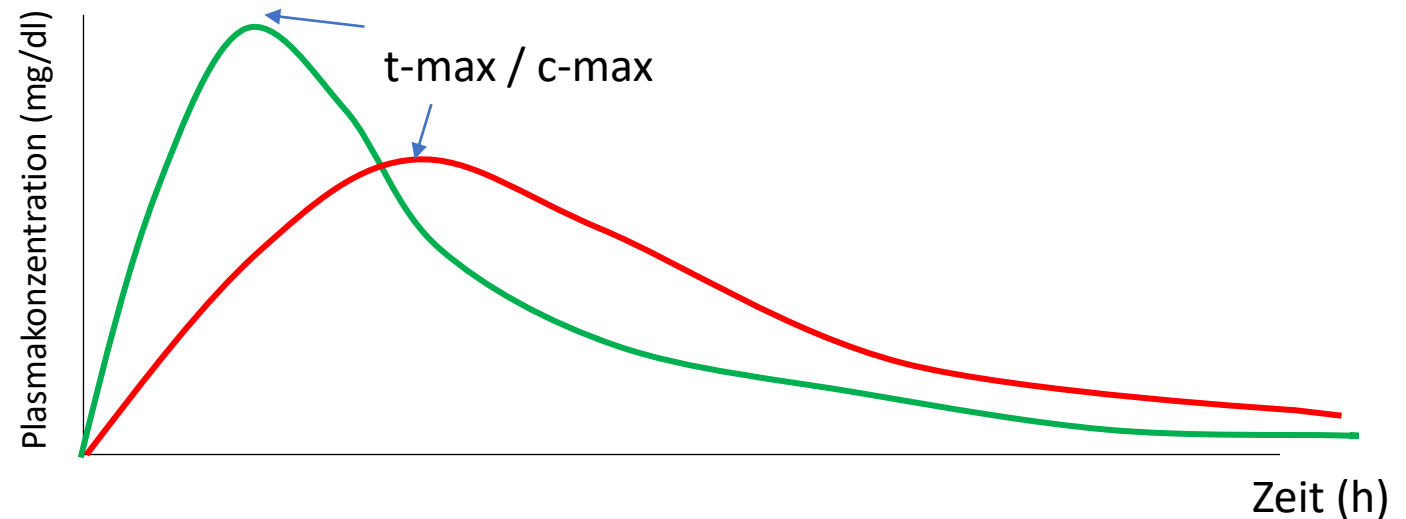
magensaftresistente Weichgelatinekapselfn

- Beispiel GeloMyrtol[®], Soledum[®]
- Weichgelatinekapself löst sich vorzeitig durch das Heißgetränk im Magen auf
 - > Magensaftresistenz geht verloren
 - > Wirkstoff kommt nicht im Dünndarm an
 - > Magen wird gereizt I(NW)
 - > Wirkung abgeschwächt



Resorptionsverzögerung

- unabhängig von Art der Nahrung
- Nahrung kann bis zu 4 Stunden im Magen
- durch langsamere Magenentleerung verzögert sich auch die Resorption:



Einnahmezeitpunkte

- „nüchtern“ = 1 Stunde vor **oder** frühestens 2 Stunden nach dem Essen
- „vor dem Essen“ = 30 bis 60 Minuten vor dem Essen
- „zum Essen“ = während oder spätestens 15 Minuten nach dem Essen
- „nach dem Essen“ = frühestens 1 Stunde nach dem Essen



Grundsätzliche Einnahmeregeln

- Magensaftresistente Arzneiformen nüchtern/ca. 60 Minuten vor einer Mahlzeit einnehmen (Ausnahme Pellets mit $\varnothing < 2$ mm).
- Arzneimittel zur akuten Wirkung (Schmerzlinderung, Migräne, Schlafmittel) auf nüchternem Magen einnehmen
- Retardierte Arzneiformen entweder vor, zu oder nach den Mahlzeiten einnehmen (aber immer nach gleichem Schema, sonst Wirkungsschwankung)
- Arzneimittel immer mit einem vollen Glas Leitungswasser (150 ml) in aufrechter Körperhaltung/aufgerichtet einnehmen

Praxisrelevante Interaktionen



Gerbstoffe



- Gerbsäure/Gerbstoffe z.B. aus Tee und Kaffee binden diverse Arzneistoffe
→ schwerlösliche Ausfällungen → Bioverfügbarkeit sinkt
- Bioverfügbarkeit von Alendronat sinkt um 60% bei gemeinsamer Einnahme mit Kaffee!
- kein Tee- oder Kaffeekonsum im Abstand von 2 Stunden z.B. zu:
 - Eisenpräparaten
 - Psychopharmaka (Tri- & Tetrazyklische Antidepressiva)
 - Neuroleptika (Phenothiazine, Butyrophenone)

Koffein



- Koffeinquellen: Kaffee, schwarzer und grüner Tee, Matetee, Cola
- Koffein erhöht kurzfristig den Blutdruck, Gewöhnungseffekt tritt aber ein
- Koffein hemmt den Abbau von Clozapin/Leponex[®]
- Gyrasehemmer hemmen CYP1A2 und dadurch den Koffeinabbau → Koffein-Nebenwirkungen wie Herzrasen & Schlafstörungen treten vermehrt auf (besonders bei koffeinsensitiven Personen).

Alkohol



- Additive zentraldämpfende/sedierende Effekte mit:
 - Antihistaminika der älteren Generationen
 - Antidepressiva
 - Antikonvulsiva
 - Hypnotika
 - Neuroleptika
 - Opioide
 - Psychopharmaka
 - Sedativa

Alkohol



- verstärkte hepatotoxische Effekte:
 - Paracetamol
 - Tuberkulostatika, z.B. Isoniazid
 - Methotrexat, Leflunomid
 - Antikonvulsiva, z.B. Valproinsäure

Alkohol

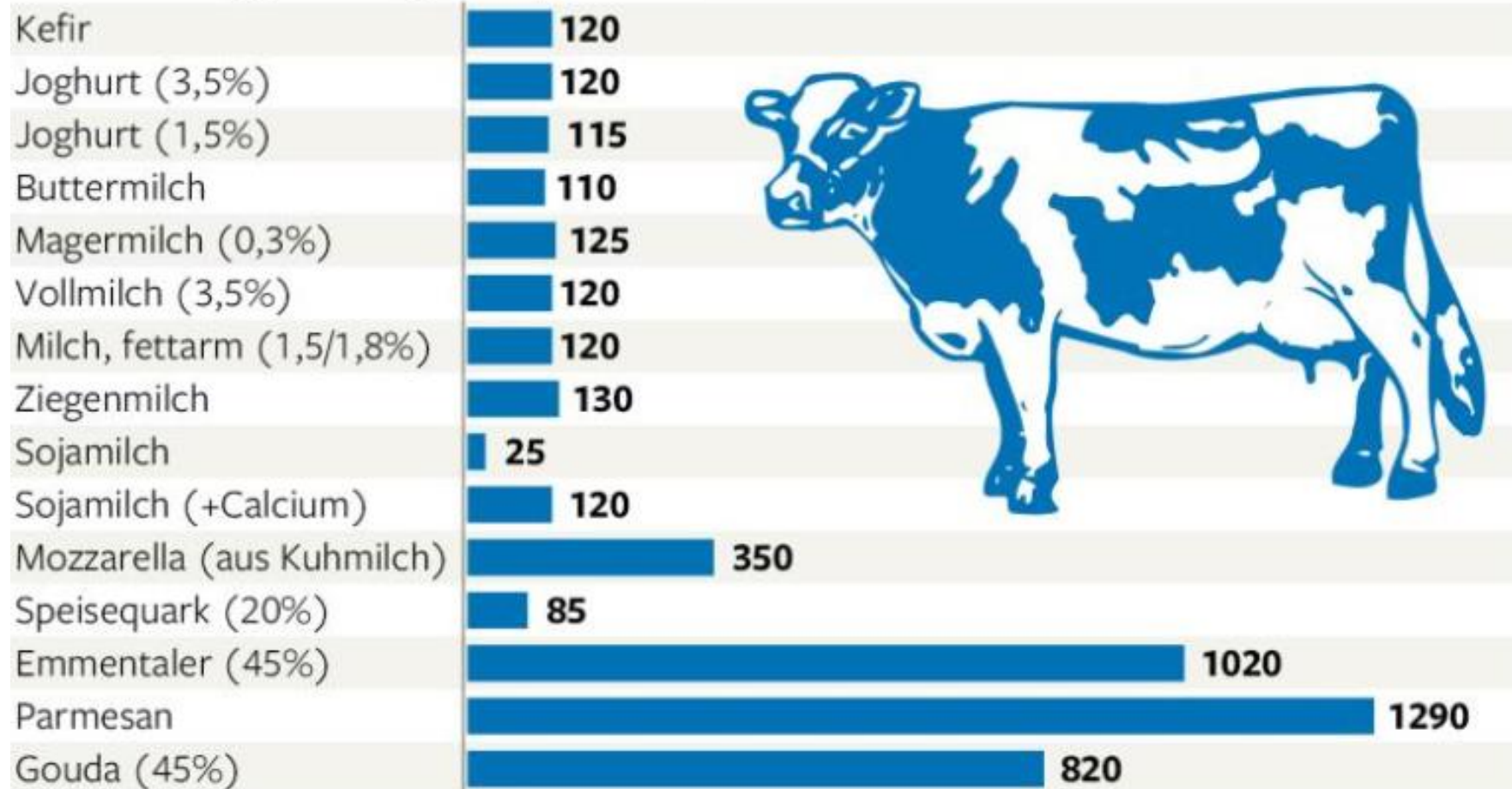


- verstärktes Risiko gastrointestinaler Blutungen:
 - NSAR
 - Glucocorticoide
- Verstärktes Hypoglykämierisiko:
 - Insulin
 - orale Antidiabetika, z.B. Glibenclamid, Metformin

Milch / Milchprodukte

SO VIEL KALZIUM STECKT IN MILCHPRODUKTEN

Kalzium in mg pro 100 g Milchprodukte



Milch / Milchprodukte



- Milch, Käse, Joghurt, Quark, Kefir, Milchsokolade
- Ca^{2+} der Milch bildet Komplexe mit Wirkstoffen
 - > schlechtere Resorption aus dem Darm, z.B. bei:
 - Bisphosphonate (niedrige BV von 1–7%)
 - Schilddrüsenhormone (Dosierung meist daran angepasst)
 - Antibiotika vom Typ der Gyrasehemmer (Norfloxacin und Ciprofloxacin)
 - Tetrazykline (Doxycyclin)

Milch / Milchprodukte



- Bioverfügbarkeit sinkt drastisch,
(bei Ciprofloxacin um ca. 30%, bei Tetrazyklinen um 50–100%!)

-> bei Unterschreitung der wirksamen Konzentration können
Therapieversager resultieren und Antibiotika-Resistenzen gefördert
werden.
- Einnahmeempfehlung:
 - AM 2 Stunden vor Milchprodukten oder 4 Stunden danach einnehmen !

Mineralwasser



- Calcium- und magnesiumreiches Mineralwasser enthält pro Liter mind. 150 mg Ca^{2+} und 50 mg Mg^{2+}
- Gefahr der Komplexbildung mit:
 - Bisphosphonaten
 - Schilddrüsenpräparaten
 - Gyrasehemmer, Tetracyclin

Arzneimittel am Besten mit Leitungswasser einnehmen oder mit Mineralwasser mit niedrigem Calcium- und Magnesiumgehalt!
(www.mineralienrechner.de)

Grapefruit



- Grapefruit und Grapefruitsaft erhöhen den Wirkspiegel vieler Wirkstoffe durch Hemmung des Metabolismus über CYP3A4.
- Inaktivierung fehlt, Bioverfügbarkeit steigt, Nebenwirkungsgefahr erhöht!
- Einfluss hält mehrere Stunden/Tage an, da CYP irreversibel gehemmt wird.
- Zeitversetzte Einnahme bringt keinen Nutzen, daher nicht zu empfehlen.
- Nicht standardisiertes Produkt, Auswirkungen nicht kalkulierbar, daher vermeiden!

Grapefruit



Interaktion mit zum Beispiel:

- Calciumantagonisten
- HMG-CoA-Reduktaseinhibitoren (Statine)
- Ciclosporin, Sirolimus, Tacrolimus, Everolimus
- PDE-5-Hemmer
- Diverse, z.B.:
- Bosutinib, Dronedaron, Ivacaftor, Pimozid, Regorafenib, Sunitinib, Terfenadin...

Lakritze



- enthält Extrakt aus Radix Liquiritiae (Süßholzwurzel)
- Enzymatische Hemmung
 - > Kaliumverlust; Natrium- und Wasser-Rückresorption
 - > Blutdruckanstieg
- in Kombination mit kaliuretischen Diuretika -> Hypokaliämie-Risiko.
- Zudem ist ein Blutdruckanstieg möglich.

Rauchen



- Enzyminduktion (CYP1A2 / UDP-Glucuronyltransferase)
-> deutlich höhere Dosen von AM, die über diese Enzyme metabolisiert werden!
-> bei plötzlicher Rauchkarenz erhöhte Plasmaspiegel -> mehr NW
- Effekte vermutlich bereits ab 7 Zigaretten/Tag klinisch relevant
- Additive Effekte bei hormonellen Kontrazeptiva: Thromboembolierisiko steigt!
- Dosisanpassung u.U. erforderlich bei z.B.: Duloxetin, Flecainid, Haloperidol, Clozapin, Theophyllin...)

Quellen:

- „Sicher is(s)t sicher“ - Interaktionen zwischen Arzneimitteln und Lebensmitteln, Broschüre zum Apothekentag 2014
- Dr. Stahl, Webinar der aknr
- Smollich M.: Verträgt sich das? DAZ 2014;30:38–46
- Smollich M. und Podlogar J.: Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln und Lebensmitteln. 2016