



Verknüpfte geriatrische Angebote in Leipzig

29.06.2017

Neue Möglichkeiten der ambulanten
geriatrischen Versorgung (...) – innovative
Praxisbeispiele

Lysann Kasprick

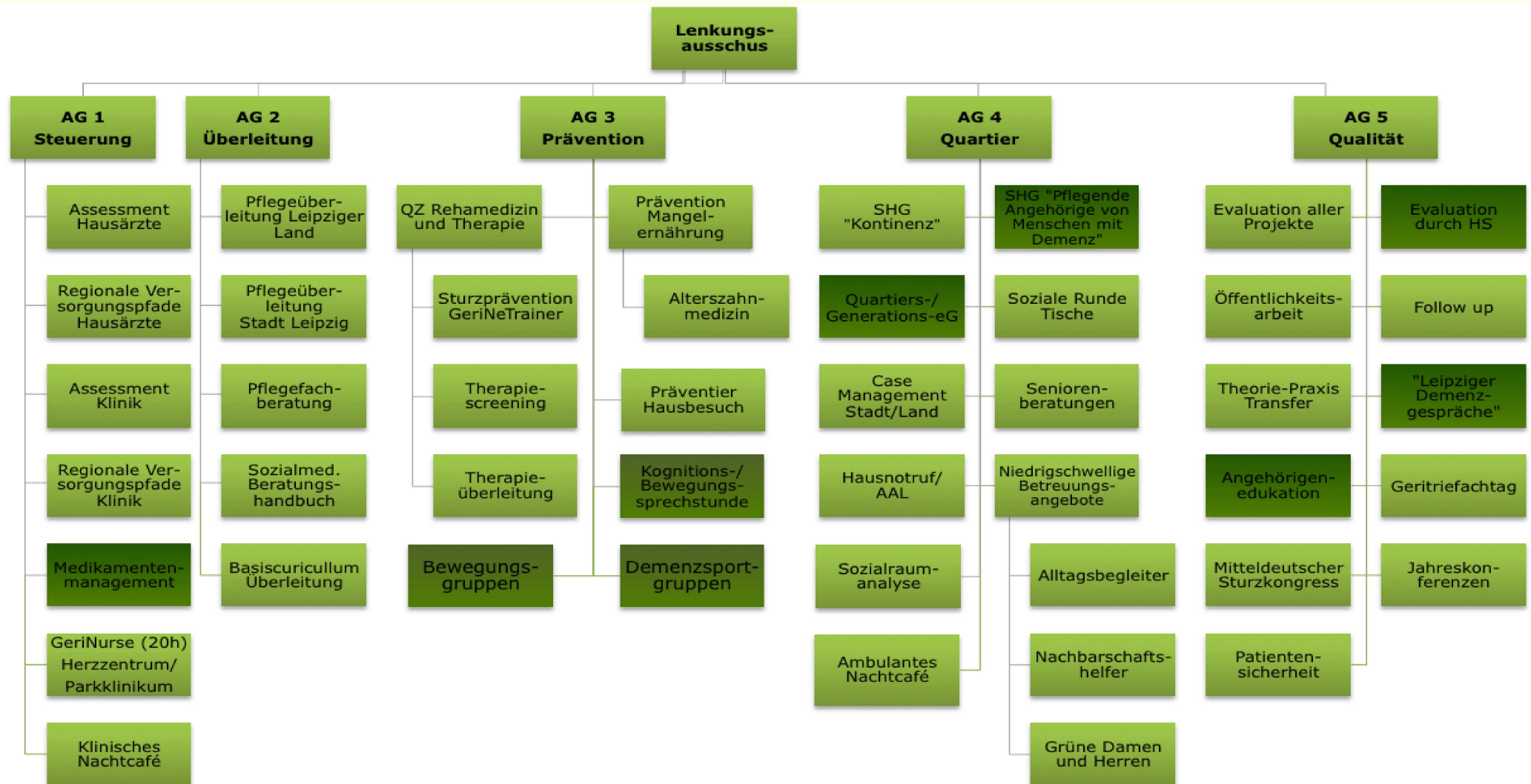
Sachsen:

4 geriatrische Modellregionen

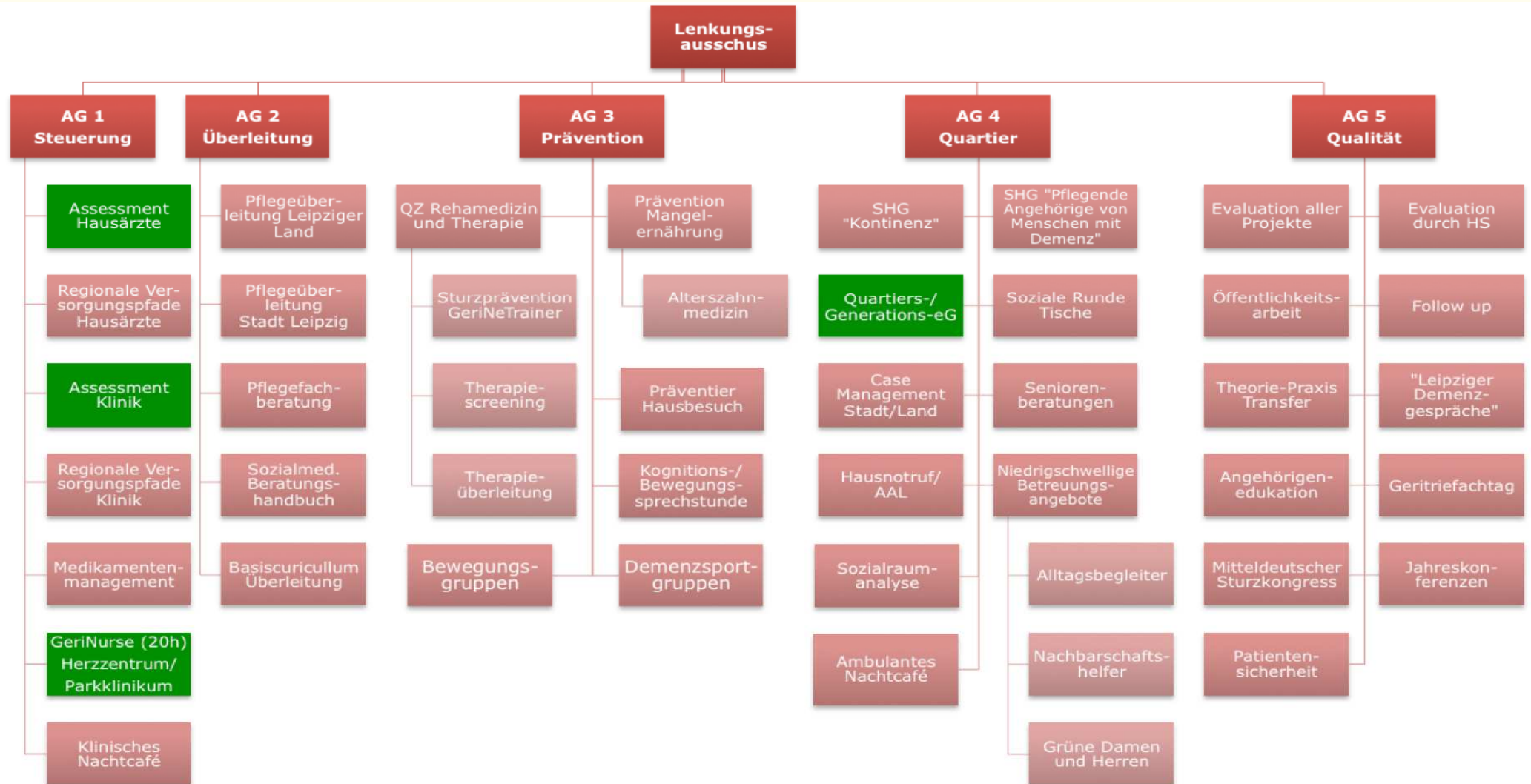
- Gründung 2011 auf Initiative des SMS Krankenhausplanung
- Laufzeit 2013/ Verlängerung 2016
- 2017 bis 31.12.2018
- Netzwerkmitglieder aus medizinischen, pflegerischen, sozialen u. wirtschaftlichen Bereichen über 900 Kooperationspartner
- wissenschaftliche Evaluation
- Finanzierung KK bis 31.12.2016
- Finanzierung SMS bis 31.12.2018



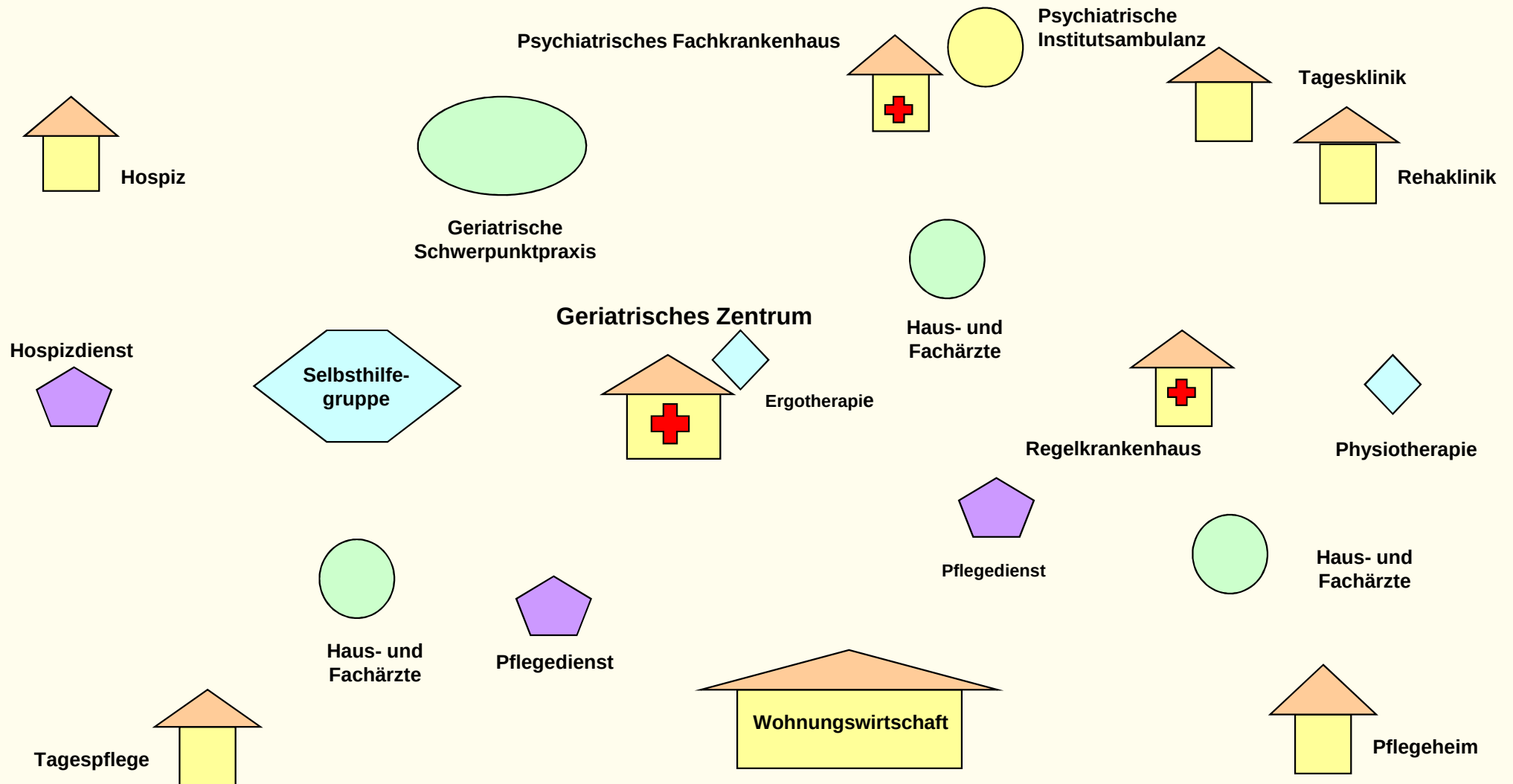
Netzwerkarbeit/ Projekt-Organigramm



... Was bliebe ... Was geht ...

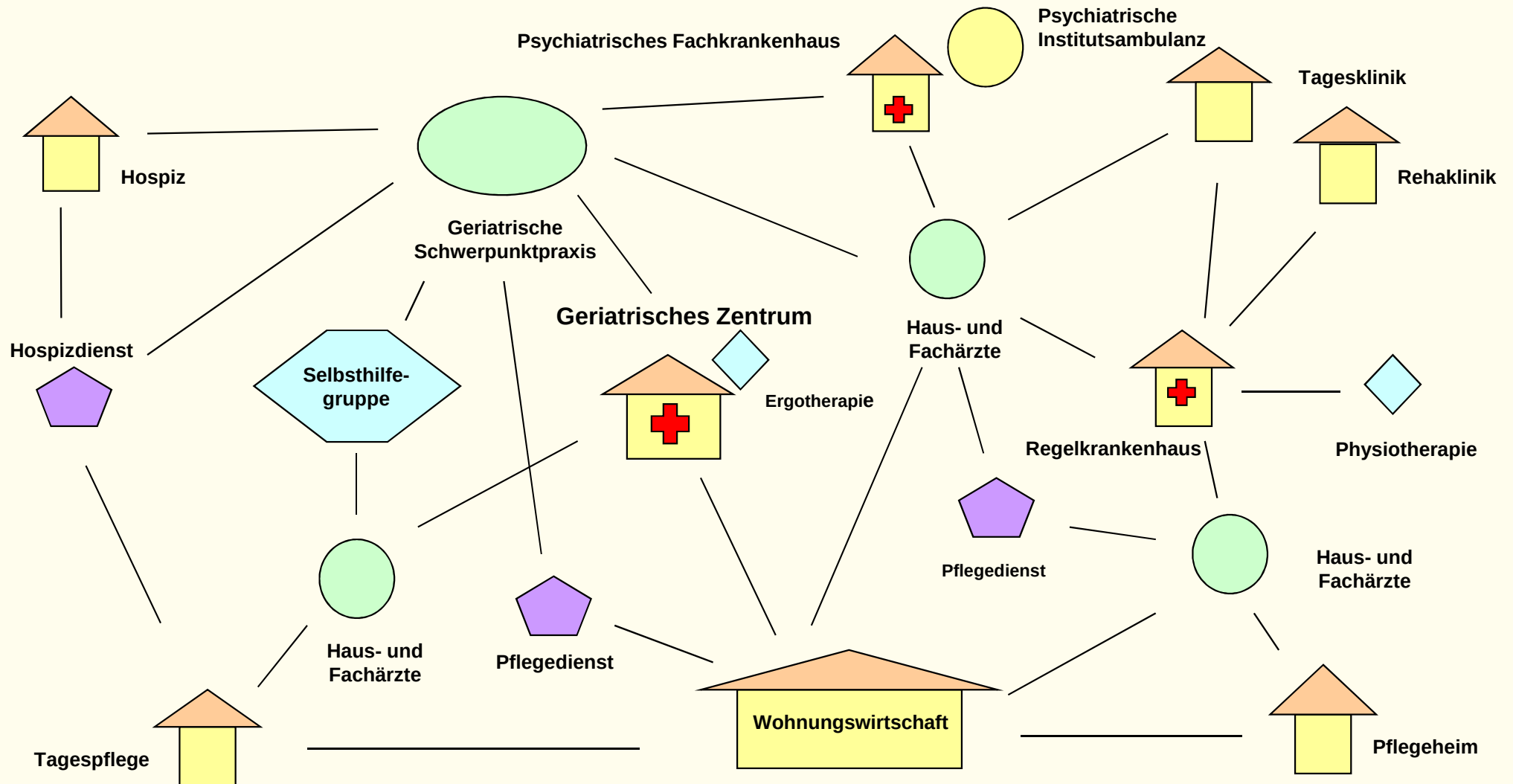


Vom Einzelakteur ...



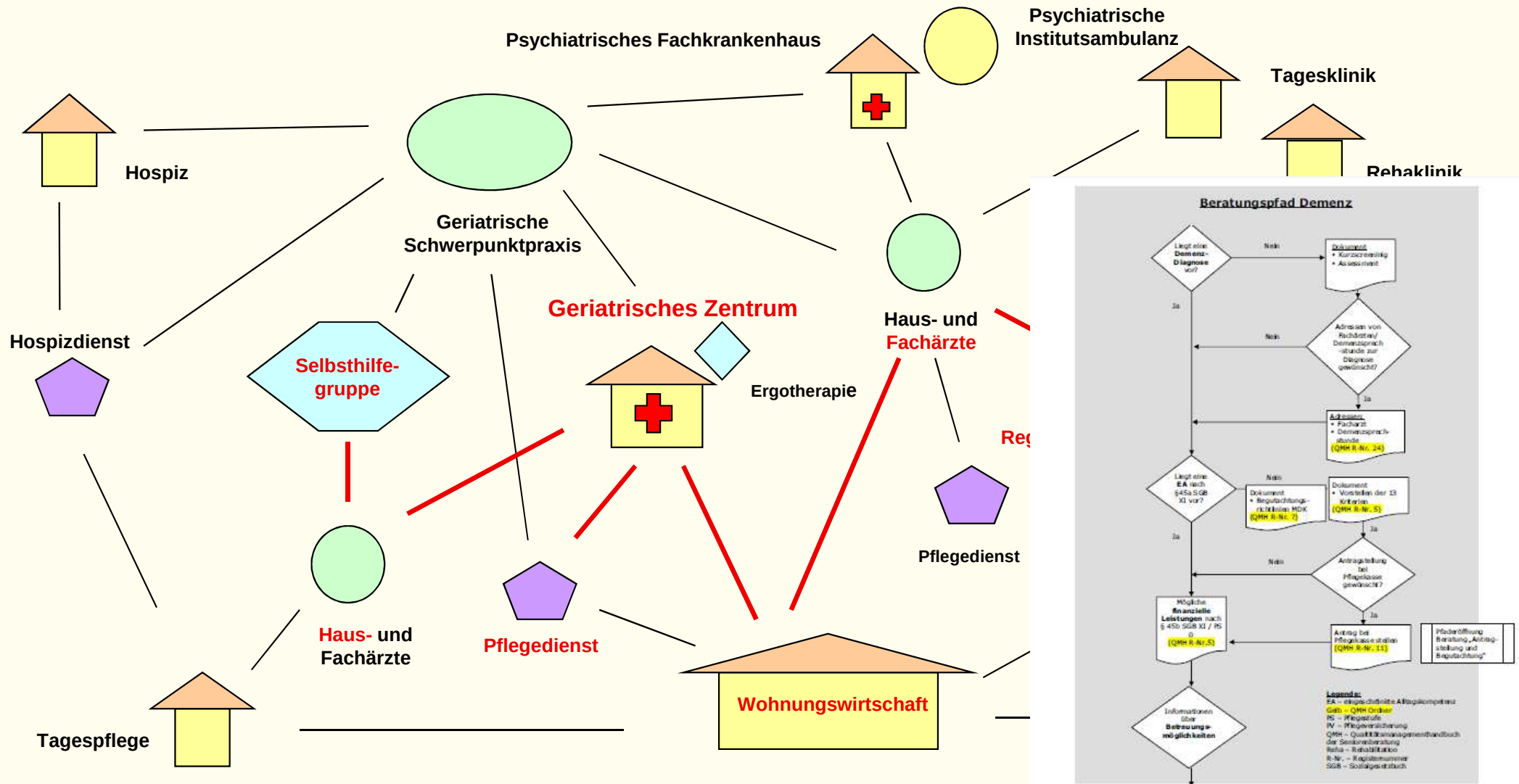
Quelle: Geriatriekonzept des Freistaates Sachsen

... über das situative lokale und ggf. „einzelvorteilhafte“ Netzwerk ...



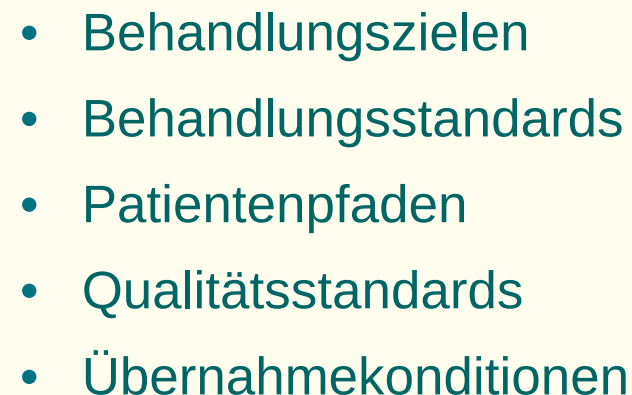
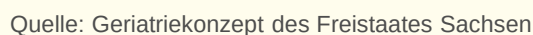
Quelle: Geriatriekonzept des Freistaates Sachsen

... zum (universell einsetzbaren) gesteuerten Prozess



Quelle: Geriatriekonzept des Freistaates Sachsen

GeriNet Leipzig
... für die Stadt und das Land!



Ziele

Netzwerke (gemäß Erstvertrag)

1. Entstehung eines trägerübergreifenden
geriatrischen Versorgungsnetzwerks -

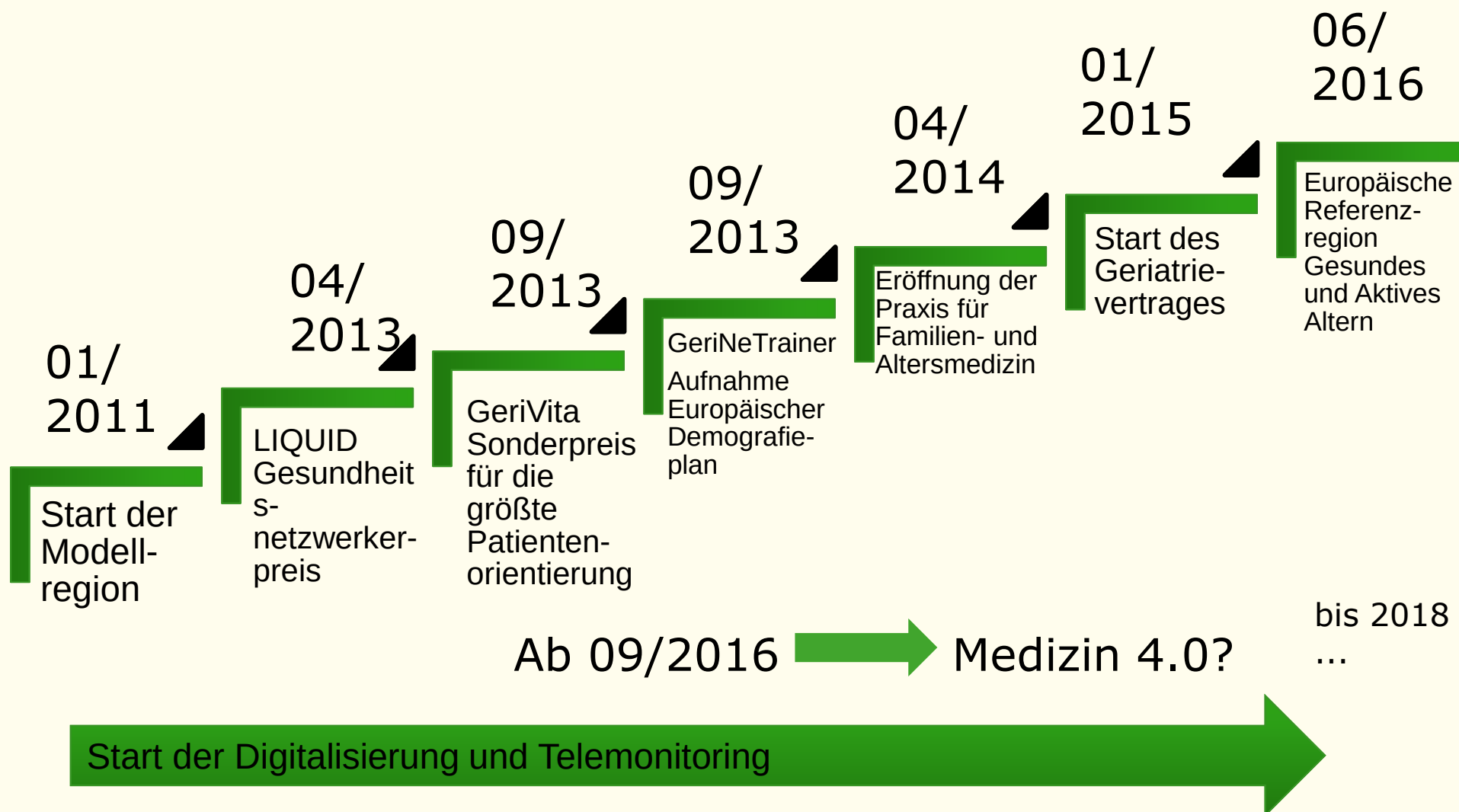
2. Koordination und Qualitätssicherung der
Netzwerkprozesse

3. Sicherung der Nachhaltigkeit - Aufbau eines **Instruments**
zur patientenbezogenen **Fallsteuerung**

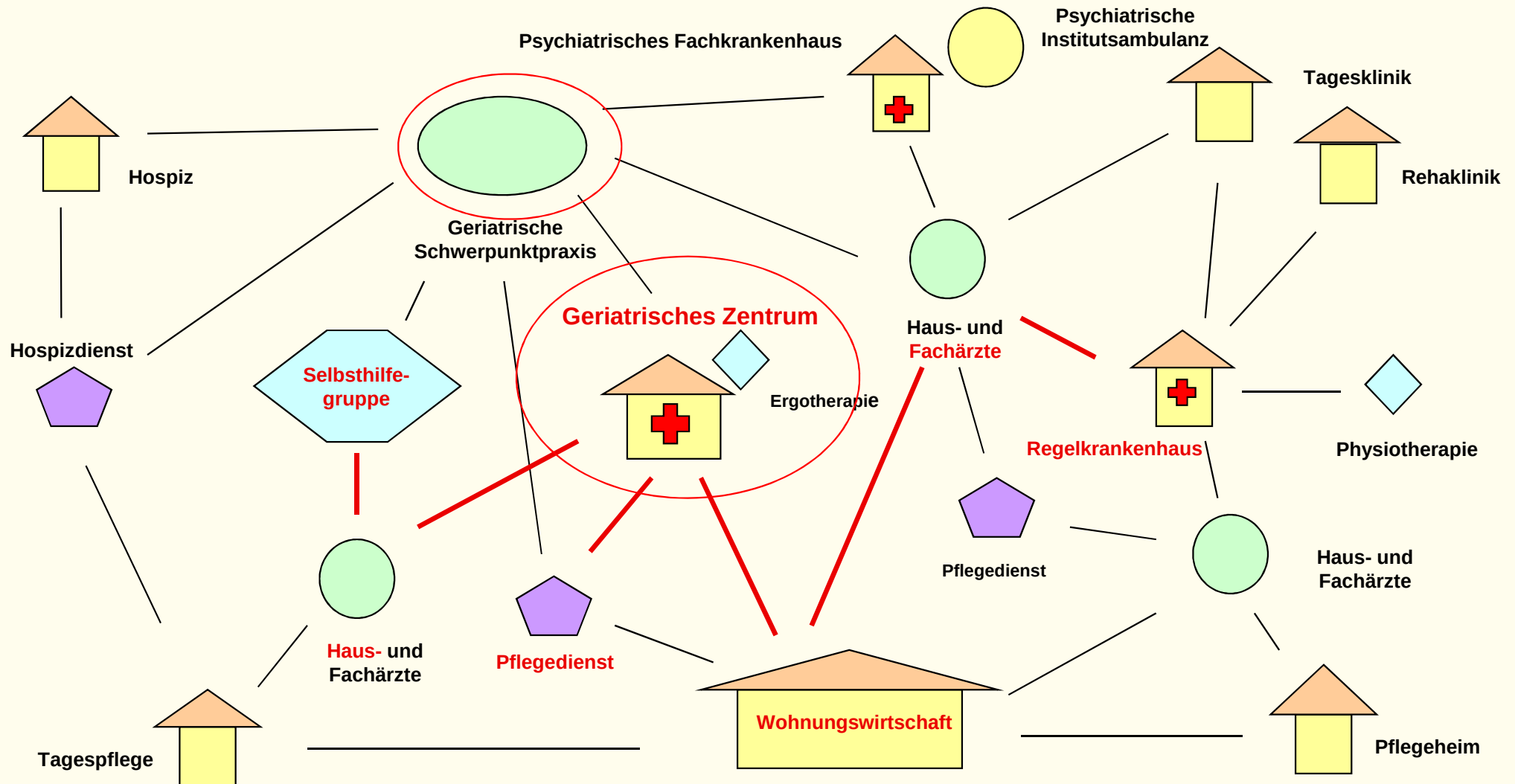
Hintergrund

Stufenweises Geriatriekonzept (10/2010)

Von der Idee in die Praxis



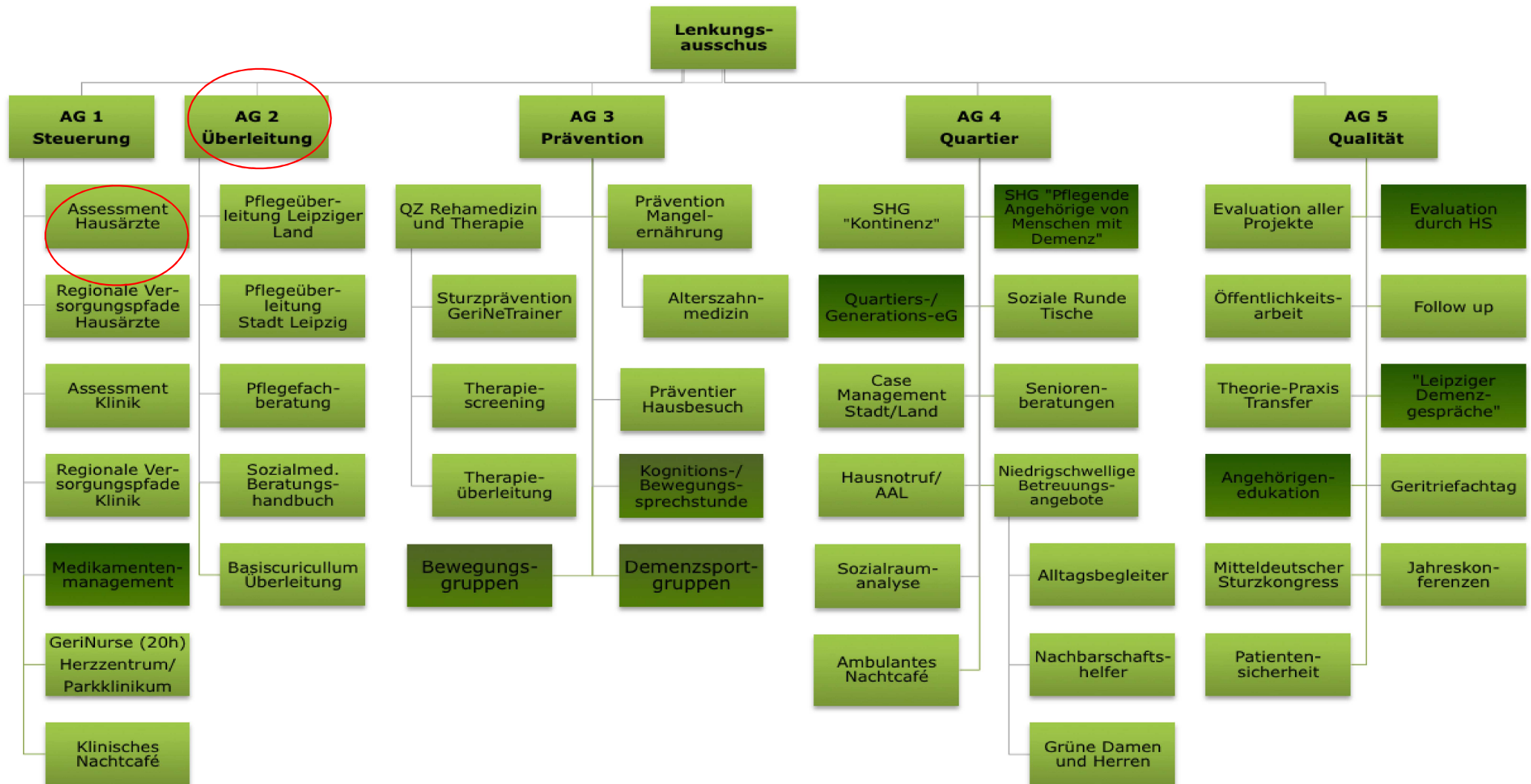
Vom Modell zum Zentrum Gesundheitsregion Leipzig



Quelle: vgl. Geriatriekonzept des Freistaates Sachsen, 2010

- **46 Projekte** initiiert, erforscht, erprobt und mit der Implementierung regional begonnen
- Über **3000 Risikopatienten** haben wir identifiziert
- **126 Ehrenamtliche** qualifiziert, **480 Experten** auf Netzwerkkonferenzen vor Ort informiert
- **820 Krankenschwestern/ -pflegern** zur Erkennung von Risikopatienten geschult und angeleitet.

Netzwerkarbeit/ Projekt-Organigramm



Entwicklungen 2016 Perspektiven für 2017

- 2016 GeriLIQUID 4.0 alterstraumatologischer intersektoraler Versorgungspfad
- ERSTER Mitteldeutscher Sturzkongress 2016
- Mitglied der Europäischen Vertretung – Integrierte Versorgung
- 2016 Start mit Telemedizin/ -monitoring ATMoSPHÄRE
- Fachkongress und Austausch auf wissenschaftlicher Ebene – Expertenbeirat MDK Kompetenzzentrum Geriatrie
- Sachverständige/ Gutachten/ Beratungen in Sachsen und deutschlandweit

Pat. 84 Jahre, alleinlebend,
Pelznäherin

Herzschrittmacher, keine Allergien

MMST = 23 Punkte

TUG = 21 Sekunden

Uhrenzeichentest = 4 Punkte

ANGELINA = 9 Punkte

GDS = 9 Punkte

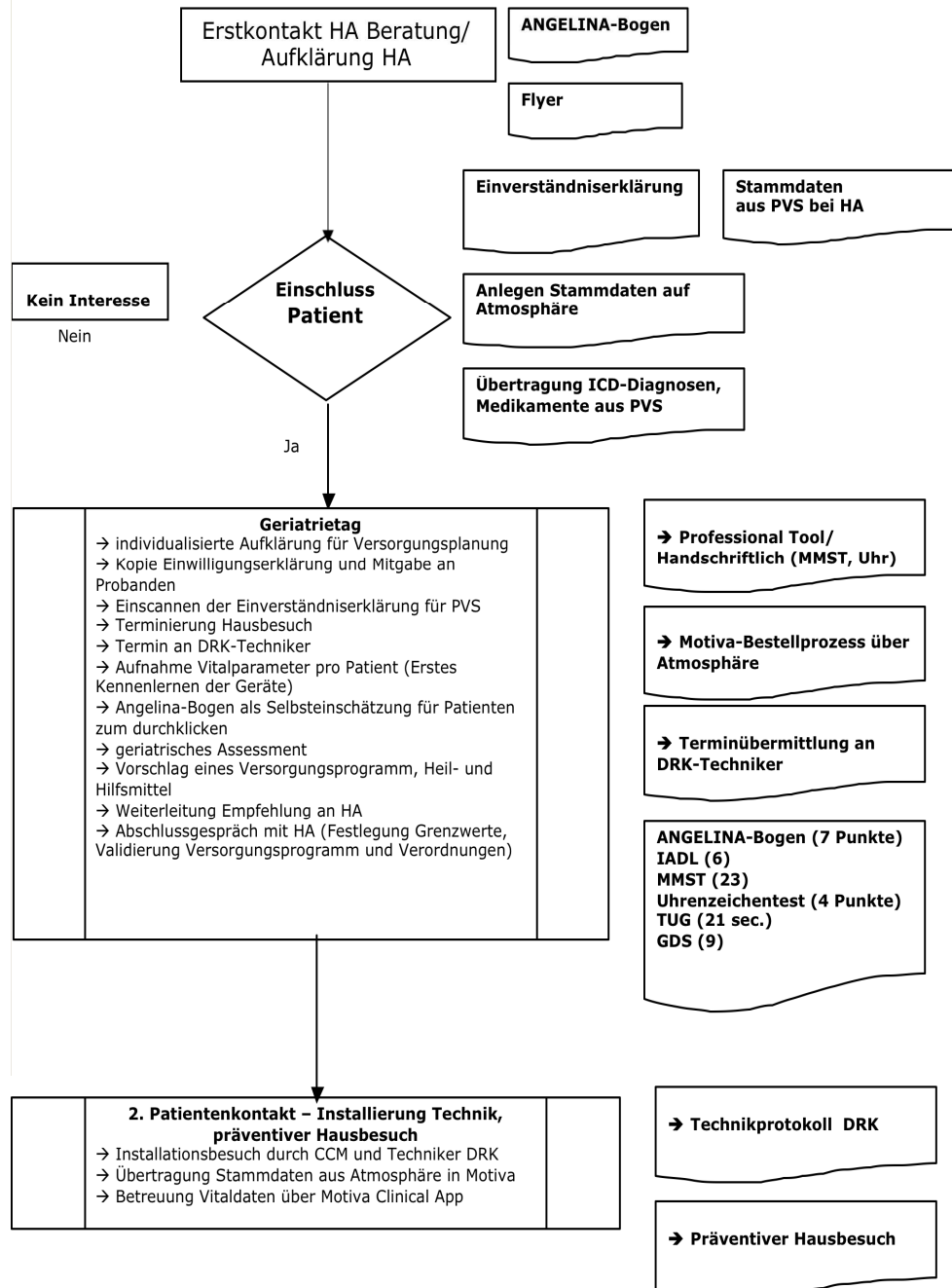
IADL = 6 Punkte

Anzahl Medikamente = 9

Diagnosen= Rückenschmerz,
Rheumatoide Arthritis, Schwindel,
Osteoporose, Niereninsuffizienz,
Hypertonie, Harninkontinenz,
Kachexie, Sarkopenie, Frailty-
Syndrom



Patientenpfad Elsa Mustermann



Aus der Praxis für die Praxis

- **AG I Ergebnisse:** GeriNOT, ANGELINA, GeriNurse, ambulant und klinisches Nachtcafé
- **AG II Ergebnisse:** Handlungsleitfaden mit Mindestkriterien Pflege- und Therapieüberleitung, Feedbackbogen, Basiscurriculum für Arztpraxen, ambulante Pflegedienste, Pflegeheime und klinische Sozialdienste, Sozialmedizinisches Beratungshandbuch
- **AG III Ergebnisse:** Erste Kognitions- und Bewegungssprechstunde, Entstehung von Clusterkonzeptionen zur Prävention GeriNeTrainer, Alter Zahnmedizin, Mangelernährung, Ausbildung von ehrenamtlichen Übungsleitern und Ehrenamtlichen im städtischen, ländlichen, klinischen und ambulanten Bereich
- **AG IV Ergebnisse:** Erste Quartiers- und Generationengenossenschaft für den Wurzen Raum, Landkreis Leipzig, Trimm-Dich-Pfad im Stadtpark Wurzen, Sportgruppen in 5 Stadtteilen der Stadt Leipzig, 3 Sportgruppen im Landkreis Leipzig (Zwenkau, Bennewitz, Wurzen), Soziale Runde Tische Zwenkau, Wurzen, Thallwitz. Erste Eventmesse zur Gewinnung von Auszubildenden im ländlichen Raum für mittelständische Unternehmen.
- **AG V Ergebnisse:** 16 Poster, 23 Beiträge auf Fachkongressen, 6 Abschluss- und 3 Begleitarbeiten, Übernahme von 4 Absolventen

Identifikation in der **Haus- und Facharztpraxis**

- **Wie?** – mit ANGELINA
(Zusammenführung von
reichen...

1. **Kognition (Orientierung/Gedächtnis)**
 2. **Stimmung**
 3. **Mobilität/Stürze (trotz HM)**
 4. **Visus/ Gehör (trotz HM)**
 5. **Wohnen/Hilfe?**
 6. **Medikation >5**
 7. **KH-aufenthalte/NFA**
- ab 2 positiven Kategorien geriatrische Weiterversorgung einleiten

Praxistempel:

Liebe(r) Patient(in),

de Fragen!

ME:.....

1

..... ☐

..... ☐

..... ☐

g Ihrer Mahlzeiten? ☐

Ihres Haushaltes? ☐

ng? ☐

dikation)? ☐

gedienst? ☐

ekannte? ☐

..... ☐

..... ☐

1

..... ☐

verschiedene Medikamente ein? ☐

die Hilfe bei d. Vorbereitung der Medikamente? ☐

3. MOBILITÄT 1

Benötigen Sie Hilfe beim Verlassen der Wohnung durch
Partner/ Bekannte..... ☐ Taxi ☐ Krankentransport..... ☐

Sind Sie in den letzten drei Monaten mehrfach gestürzt? ☐

- Identifizieren und Versorgungsabläufe von Anfang an steuern

- Ernährung/Wasser (ei

- Ver

- Berü

1. Kognition (Orientierung/Gedächtnis)
 2. Stimmung
 3. Mobilität/Stürze (trotz HM)
 4. Visus/ Gehör (trotz HM)
 5. Wohnen/Hilfe?
 6. Medikation >5
 7. KH-aufenthalte/NFA
- ab 2 positiven Kategorien geriatrische Weiterversorgung einleiten

Geriatrisches Screening in Klinik

ausfüllen innerhalb 72 Stunden nach Aufnahme
in jedem Pat. ≥ 70 Jahre/
mehrere behandlungspflichtige Erkrankungen

	Mögliche Punkte	Ergebnis Aufnahme
7/	2	
chlagen	1	
	2	
	1	
	1	
(fonieren)	1	
0 Tage	1	
	9	

Screening innerhalb von 72 h nach Aufnahme durchführen?

☐ Ja (Total ≥ 2 Punkte)

☐ Nein (Total 0 oder 1 Punkt) oder erwartete Spitalaufenthaltsdauer < 7 Tage

Datum: _____ Untersucher: _____

Kasprick et al. 2012
vgl. Geriatrisches Screening/ Universität Bern_2009/ Helios Geriatrie-Identifikationstool_2010/ VIP_Lüttje_2011

Kurzscreening GeriNOT

Risikoerkennung für Patienten ab 70 Jahren

GeriNOT | Codierung | Laborbefunde | Dokumente
 HELIOS_GeriNotDok | Vorgang

HELIOS_GeriNotDok
 HELIOS_GeriNOT
 HELIOS_GeriNOT
 HELIOS_GeriNOT

1. Kognition	
- Desorientiertheit	☒ nein ☐ ja
- Gedächtnisstörung	
2. Stimmung / Verhalten	
- häufig niedergeschlagen	☒ nein ☐ ja
3. Mobilität	
- Stürze / Schwindel	☒ nein ☐ ja
- Gangunsicherheit	
- Hilfsmittelbedarf	
4. Sehstörung / Schwerhörigkeit	
- trotz Brille / Hörgerät	☐ nein ☒ ja
5. Wohnen / Hilfebedarf	
- lebt allein zu Haus	☐ nein ☒ ja
- Pflegestufe	
- Alltagshilfe notwendig (Waschen / Anziehen / Telefonieren)	
6. Medikation	
- 5 Medikamente, oder mehr	☒ nein ☐ ja
7. Krankenhausaufenthalte	
- in den letzten 6 Monaten	☒ nein ☐ ja
- Notfallambulanz in den letzten 30 Tagen	
Summe 2	
ab 2 Punkte: geriatrischer Risikopatient - Handlungsbedarf überprüfen! Geriatrisches Screening innerhalb von 72 h nach Aufnahme durchführen!	
Datum	04.07.2016
Handzeichen	pklweizen

Die geriatrischen Giganten - in der Praxis

1. INTELLEKTUELLER ABBAU
2. IMMOBILITÄT
3. INSTABILITÄT
4. INKONTINENZ
5. INSOMNIA
6. IMPAIRED EYES AND EARS
7. IRRITABLES KOLON
8. IATROGENE ERKRANKUNG
9. ISOLATION
10. IMPECUNITY – ARMUT

Stationär 7905509361 12.09.1929 INN4 3F PKL3F12

akt. Fallinfo	Patienteninformationen
DRG: I76A Leistungen des Bindeg 4 € PCCL 4 9,0 verwd. VD: 9	Alarmk. Beruf: Allergie: Organsp.: k.A. Angeh.: 8772638, Ehegatte

befunde Dokumente

ang

Workflow GeriNurse

Reevaluierung durchgeführt ☒ ja ☐ nein **bearbeiten**

Reevaluierung Nr. am

erneute Evaluierung am

Geriatrisches Konsil ☒ ja ☐ nein

Übernahme in Geriatrie ☐ ja ☒ nein

Geriatrisches Risiko ☒ ja ☐ nein

Geriatrisches Risikoprofil ☐ 0 ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4

Konsile

☐ Neurologe	☐ Psychiatrie	☒ Sozialdienst
☐ Hörgeräteakustiker	☐ Grüne Damen	☐ Optiker
☐ Seelsorger	☐ Physiotherapie	☐ Nachtcafé
☒ Therapie	☐ Ergotherapie	
	☒ Logopädie	

Bemerkungen

Datum Handzeichen

Items (Punkte)	Fragestellungen
Kognition (2)	1. Wann haben Sie Geburtstag? 2. Wie alt sind Sie? 3. Ich nenne Ihnen 3 Gegenstände, APFEL, EURO, TISCH merken Sie sich und wiederholen Sie mir diese Begriffe.
Stimmung/ Verhalten (1)	1. Waren Sie im letzten Monat bedrückt/ traurig? 2. Sind Sie häufig traurig? 3. Hatten Sie im letzten Monat weniger Lust/ Interesse an Ihren üblichen Interessen?
Mobilität (2)	1. Sind Sie in letzter Zeit häufig gestürzt? 2. Ist Ihnen in letzter Zeit häufig schwindlig?
Seh-/ Schwerhörigkeit, Sinnesorgane (1)	1. Sehen Sie schlecht/ schlechter (trotz Brille)? <i>Anleitung:</i> Zeigen von 3 Fingern und der Patient benennt die Anzahl der Finger 2. Hören Sie schwer/ schwerer (trotz Hörgerät)? <i>Anleitung:</i> Nennen von 3 Zahlen, in das rechte und linke Ohr flüstern, Patient soll anschließend die genannten Zahlen wiederholen
Wohnen/ Hilfebedarf (1)	1. Wohnen Sie alleine? (Antwortmöglichkeit JA oder NEIN) 2. Erhalten Sie Hilfe/ Unterstützung (Antwortmöglichkeit JA oder NEIN, wenn JA – Unterstützung von Angehörigen, Freund, Nachbarn)
≥5 Medikamente (1)	1. Wie viele Medikamente nehmen Sie am Tag ein (Augentropfen, Clexane werden nicht mitgezählt)?
Krankenhaus-aufenthalt (1)	1. Anzahl der Krankenhausaufenthalte im letzten ½ Jahr?

➔ GeriNurse

alle Risikopatienten ab 70
und ab 60 vorgealterte Pat.
elektronisch aufgearbeitet

Erstellt Vorbefund

Organisiert Konsile

Interdisziplinäre
Zielkoordinationsgespräche

Abgrenzung geriatrische
Reha/ Akutgeriatrie

Review am 2. bis 4. Tag je
nach Fachabteilung

Kurzscreening GeriNOT

Risikoerkennung für Patienten ab 70 Jahren

Gerinet Codierung Laborbefunde Dokumente

HELIOS_GeriNotDok Vorgang

HELIOS_GeriNotDok

HELIOS_GeriNOT

HELIOS_GeriNOT

HELIOS_GeriNOT

1. Kognition

- Desorientiertheit ☒ nein ☐ ja

- Gedächtnisstörung ☒ nein ☐ ja

2. Stimmung / Verhalten

- häufig niedergeschlagen ☒ nein ☐ ja

3. Mobilität

- Stürze / Schwindel ☒ nein ☐ ja

- Gangunsicherheit ☒ nein ☐ ja

- Hilfsmittelbedarf ☒ nein ☐ ja

4. Sehstörung / Schwerhörigkeit

- trotz Brille / Hörgerät ☐ nein ☒ ja

5. Wohnen / Hilfebedarf

- lebt allein zu Haus ☐ nein ☒ ja

- Pflegestufe ☒ ja

- Alltagshilfe notwendig (Waschen / Anziehen / Telefonieren) ☒ ja

6. Medikation

- 5 Medikamente, oder mehr ☒ nein ☐ ja

7. Krankenhausaufenthalte

- in den letzten 6 Monaten ☒ nein ☐ ja

- Notfallambulanz in den letzten 30 Tagen ☒ nein ☐ ja

Summe 2

ab 2 Punkte: geriatrischer Risikopatient - Handlungsbedarf überprüfen!

Geriatrisches Screening innerhalb von 72 h nach Aufnahme durchführen!

Datum 04.07.2016 Handzeichen pklweizen

Workflow GeriNurse

Reevaluierung durchgeführt ☒ ja ☐ nein **bearbeiten**

Reevaluierung Nr. am

erneute Evaluierung am 06.07.2016

Geriatrisches Konsil ☒ ja ☐ nein

Übernahme in Geriatrie ☐ ja ☒ nein

Geriatrisches Risiko ☒ ja ☐ nein

Geriatrisches Risikoprofil ☐ 0 ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4

Konsile

☐ Neurologe ☐ Psychiatrie ☒ Sozialdienst

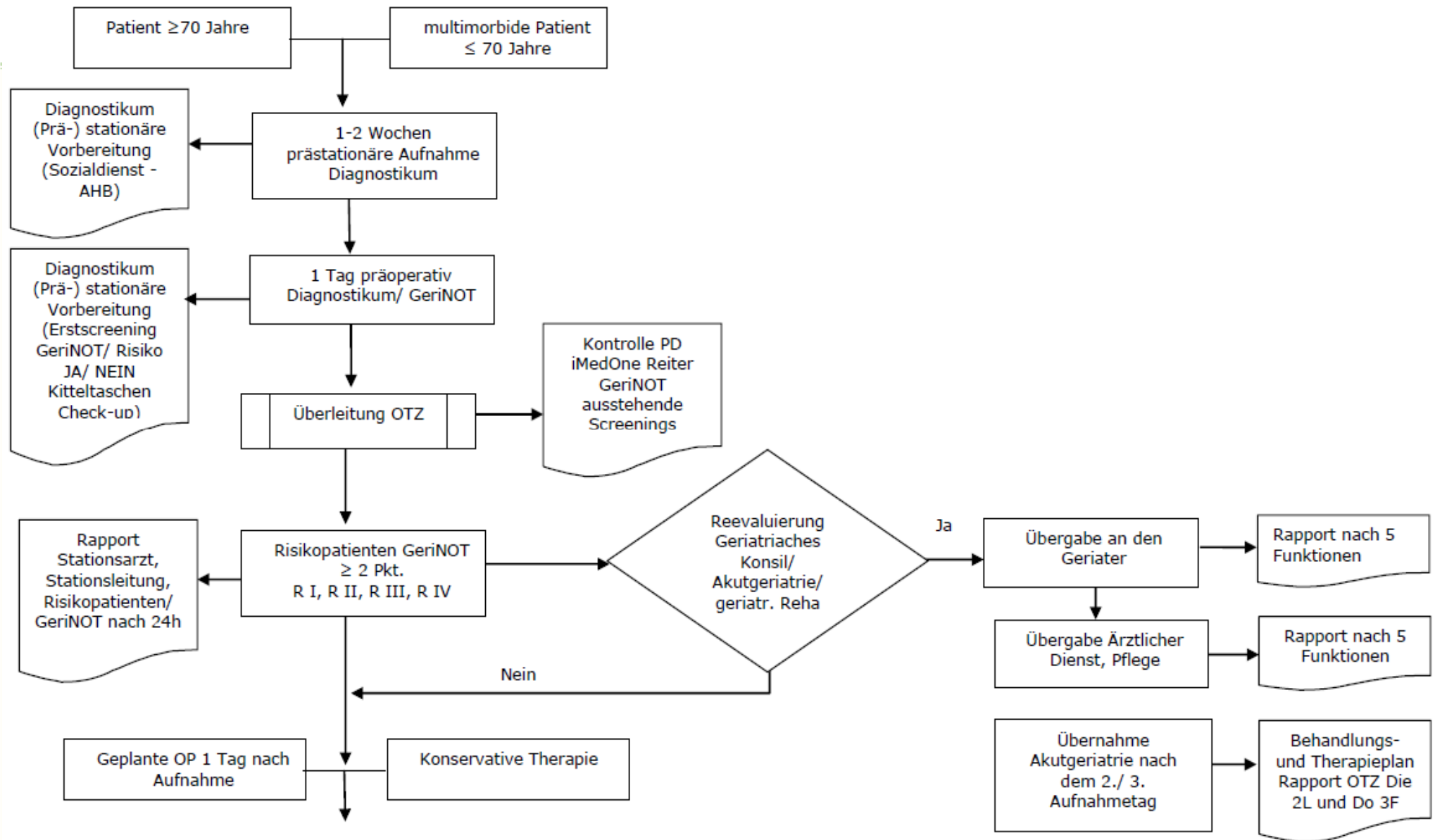
☐ Hörgeräteakustiker ☐ Grüne Damen ☐ Optiker

☐ Seelsorger ☐ Physiotherapie ☐ Nachtcafé

☒ Therapie ☐ Ergotherapie ☒ Logopädie

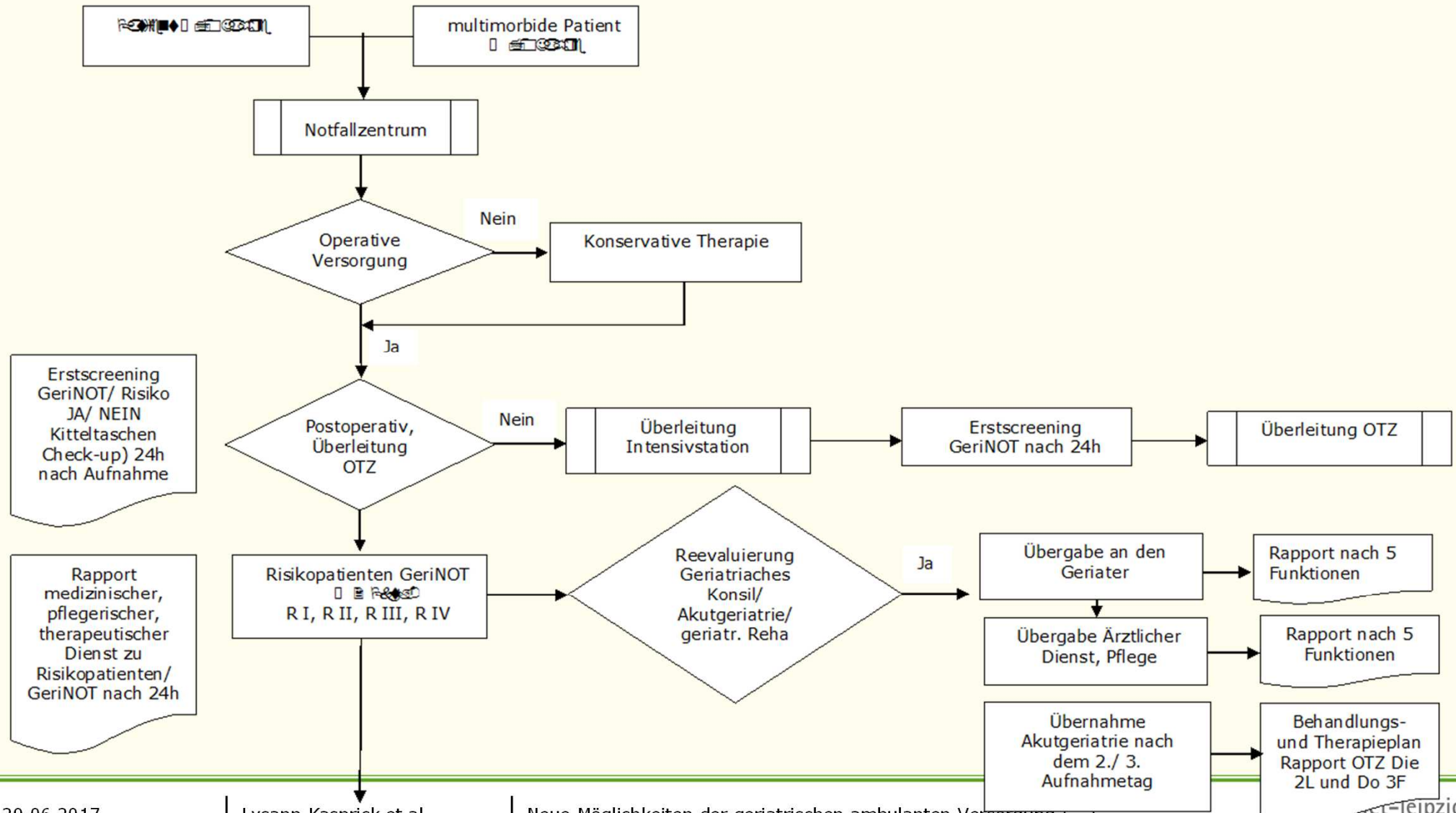
Bemerkungen

Datum 14.07.2016 Handzeichen pklweizen



Notfallpatienten – orthopädisch-traumatologisches Zentrum

Notfallpatienten – orthopädisch-traumatologisches Zentrum, Wirbelsäulenchirurgie



ÜBERGABE NACH 5 FUNKTIONEN

- Stammdaten
- Medizinische Daten
- Pflegerische Daten
- Therapeutische Daten
- Überleitung

Überleitung Akutgeriatrie

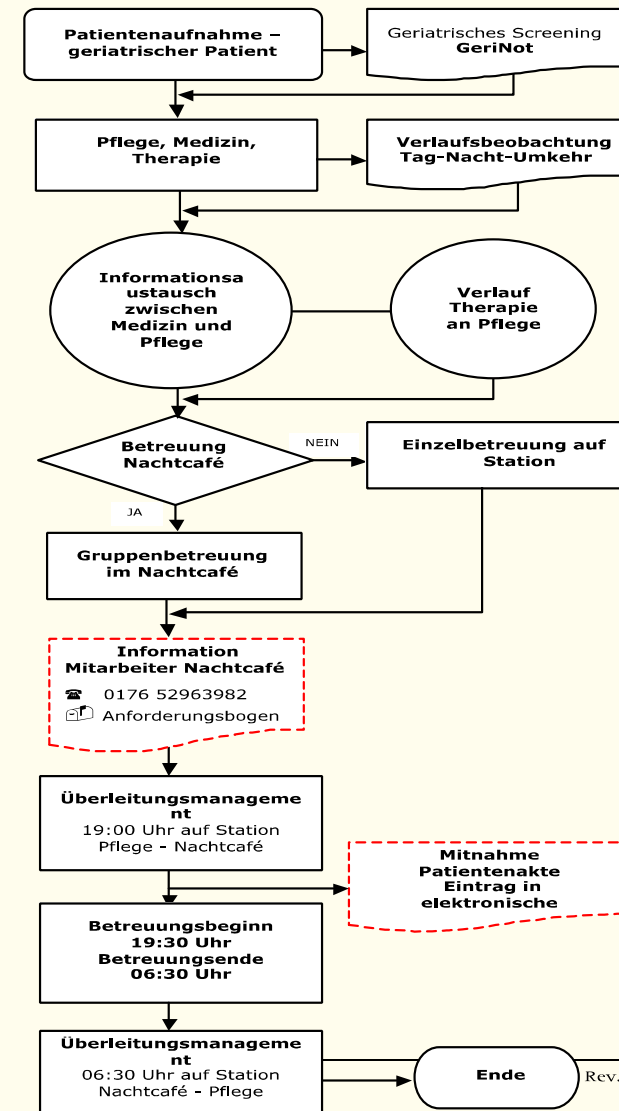


Stammdaten/ personengebundene Daten	Vor- und Zunahme, Geburtsdatum, Aufnahmedatum Häusliche Situation (Pflegestufe, Wohnort, Versorgung)
Medizinische Daten	Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Grad der Einschränkung, Vorsichtsmaßnahmen, geriatrische Symptome Stand der Diagnostik Stand der Therapie (OP, konservativ)
Pflegerische Daten	Barthel vor stationärer Aufnahme und aktueller Barthelindex, Grad der Selbstständigkeit, Selbstpflege und Selbstpflegedefizit
Therapeutische Daten	Grad der Mobilisierung Grad der Belastbarkeit Verwendung von Hilfsmitteln, Unterstützungsgrad
Überleitung	Zeitpunkt der Überleitung Empfehlung und Absprache der Weiterversorgung (geriatrische Rehabilitation, stationäre/ ambulante AHB, indikationsspezifische Rehabilitation..., pflegerische Weiterversorgung)

Klinischer Versorgungspfad für Menschen mit Demenz

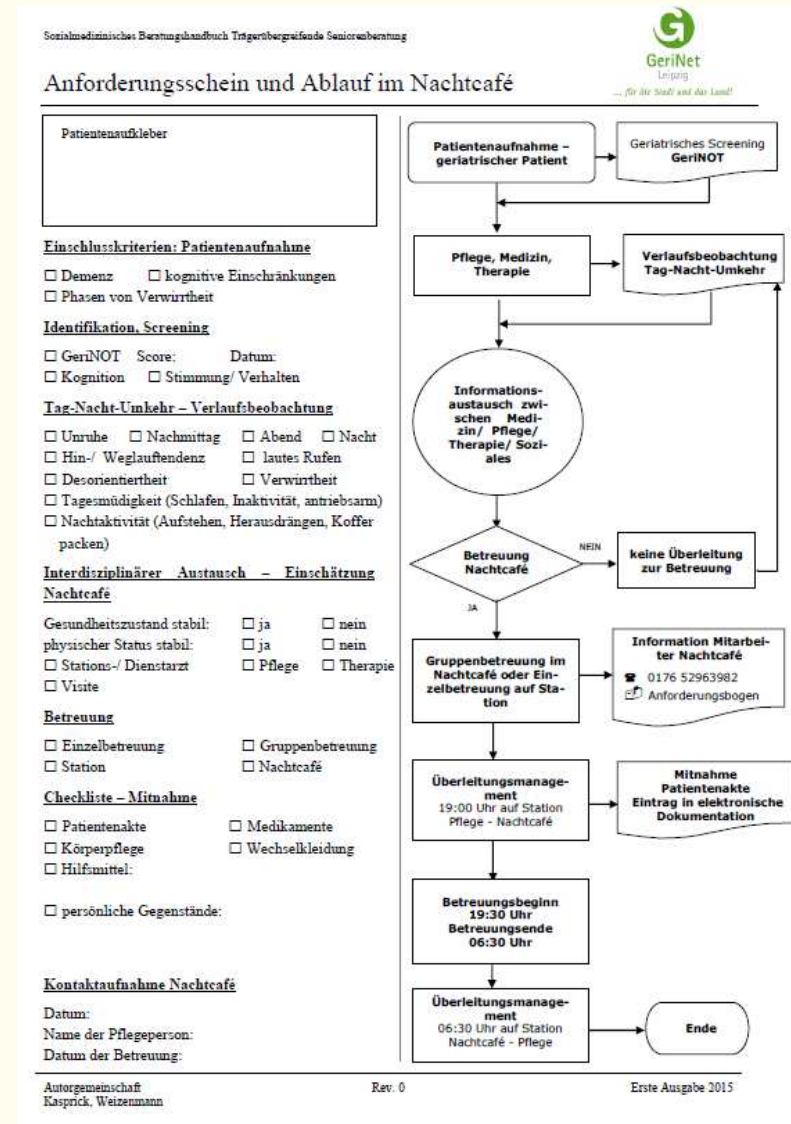
- GeriNOT identifiziert Menschen mit kognitiven Einschränkungen/ Demenz/ Delir/ geriatritypische Verhaltens- und Stimmungsveränderungen
- Sensibilisierung der Ärzte-, Pflege- und Therapieschaft in den Nachmittagstunden
- Anwendung des evidenten Übungs- und Kognitionsprogramms
- Betreuung in den Abend- und Nachtstunden

Person:



Klinisches Nachtcafé Pat. mit Tag-Nacht-Umkehr (...)

- Risikopatient erkannt
- Zusätzliche Betreuung notwendig
- Grüne Damen = Betreuungspfad
- Ausbildung GeriNeTrainer
- Nachtcafé für unruhige und kognitiv eingeschränkte Patienten



Klinischer Therapiepfad Identifikation Geriatrischer Patient

- GeriNOT identifiziert
- Einschränkungen Mobilität – Standardisierung (Sturzassessment – Beratung ohne Testung)
- GeriNurse validiert
- Assessment = standisierter klinischer Therapiepfad
- Festgelegte Tests und Übermittlung an niedergelassenen Bereich

Der Klinische Therapiepfad für immobile und kognitiv eingeschränkte Patienten im Krankenhaus

Sarah Feist^{1,2}
Lysann Kasprick^{1,3}
¹ Westfälische Hochschule Zwickau
² GeriNet Leipzig
³ Martin-Luther-Universität Halle/Saale

unterstützt durch: GeriNet Leipzig HELIOS Kliniken Westfälische Hochschule Zwickau University of Applied Sciences

Hintergrund

Bereits heute sind mehr als 50% der Patienten in der Akutmedizin und in den Notaufnahmen hochbetagt und multimorbide. Mit der Hochaltrigkeit sind individuelle, komplexe und langandauernde Problemlagen, die die Autonomie des Patienten bedrohen, verbunden. Die Wahrscheinlichkeit im Alter zu erkranken, ist im Vergleich zu jungen Menschen sehr hoch. Zusätzlich nehmen durch physiologische Altersvorgänge die Einschränkungen in Mobilität und Kognition, z.B. durch Abnahme der Muskelmasse und der Nervenleitgeschwindigkeit, zu. Diese Faktoren sind unmittelbar mit der autonomen Handlung im Alltag der älteren Menschen verknüpft und wirken auf die Lebensqualität während des Krankenhausaufenthaltes ein. Die Verbesserung der individuellen Lebensqualität sollte Ziel jeder medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen sein. Diese kann bspw. mit einer Erhöhung der Selbsthilfefähigkeit, einer Senkung der Pflegebedürftigkeit oder des Medikamentenverbrauchs einhergehen. Ziel des Projektes ist es, den Einfluss von Mobilität und kognitiven Fähigkeiten auf die Lebensqualität von älteren, multimorbiden Patienten auf der akutergeriatrischen Station im Krankenhaus zu untersuchen.

Methodik

Zeitraum: 15.06. - 04.09.2015 (Ziel: N=100)
Einschlusskriterien:

- Patienten, für die laut GeriNOT geriatrischer Handlungsbedarf besteht (≥2 Punkte)
- Patienten der akutergeriatrischen, frührehabilitativen Station des Park-Klinikums
- Über 70 Jahre alt
- Akut erkrankte multimorbide Patienten mit akut medizinischem Handlungsbedarf (z.B. Pneumonie)
- Bestehendes Rehabilitationspotential
- Einwilligungserklärung

Ausschlusskriterien:

- Terminalerkrankungen
- Bestehende Intensivpflichtigkeit (z.B. Koma)
- Im Vordergrund stehende gerontopsychiatrische Erkrankung

Studienesign:

Aufnahme des Patienten in die Klinik „Akutergeriatrische und Frührehabilitative“

Erfüllen der Einschlusskriterien

Aufnahme in die Studie

Erfassung der Lebensqualität mit dem 12-Item-Handicap

Aufnahme von Kontrollpatienten aus Patientennähe

Erfassung der Assessment bei Aufnahme durch Klinikpersonal: Mini-Mental-Status Test (MMST), Timed Up & Go (TUG), Handkraftmessung nach Tinnin, Handkraftmessung, Fingertest (GFT)

Querschnittsuntersuchung

Erfassung der Assessment bei Entlassung durch Klinikpersonal: TUG, Timin, Handkraftmessung, GFT

Vorläufige Ergebnisse (Zeitraum: 15.06.-11.08.2015, n=66)

Wie ist der Zustand der Patienten bei der Einweisung ins Krankenhaus in Bezug auf Mobilität, Kognition und Lebensqualität?

Deskriptive Analysen:

Alter (MW±SD)	82,21 ± 6 Jahre
Geschlecht	Weiblich: 46, Männlich: 20
Anzahl der Diagnosen (MW±SD)	5,6 ± 4
Lebensqualität körperlich (MW±SD)	27,88 ± 7,8
Lebensqualität psychisch (MW±SD)	47,43 ± 13,4
Mobilität:	
Timin (MW±SD)	10,8 ± 7,31
TUG (MW±SD)	37,1 ± 14,98
Handkraft rechts (MW±SD)	14,39 ± 8,4
Handkraft links (MW±SD)	12,16 ± 7,17
Kognition:	
GFT (MW±SD)	175,67 ± 120,43
MMST (MW±SD)	24,26 ± 4,71

Vor allem im Bereich der Mobilität zeigen die Teilnehmer (TN) erhebliche Defizite: z.B.

- 87,5% der TN: Timin < 20 Punkte → erhöhte Sturzgefahr
- 64,5% der TN: TUG > 30 sec. → ausgeprägte Mobilitätseinschränkung, die in der Regel intensiver Unterstützung bedarf

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Mobilität, Kognition und Lebensqualität? Wie beeinflussen sich diese?

Bivariate Analysen (Rangkorrelation nach Spearman):

	Lebensqualität	
	körperliche Summenskala	psychische Summenskala
Alter	0,003	0,08
Timin	-0,13	0,32
TUG	-0,03	0,89
Handkraft rechts	0,17	0,17
Handkraft links	0,15	0,22
GFT	0,21	0,11
MMST	-0,12	0,35

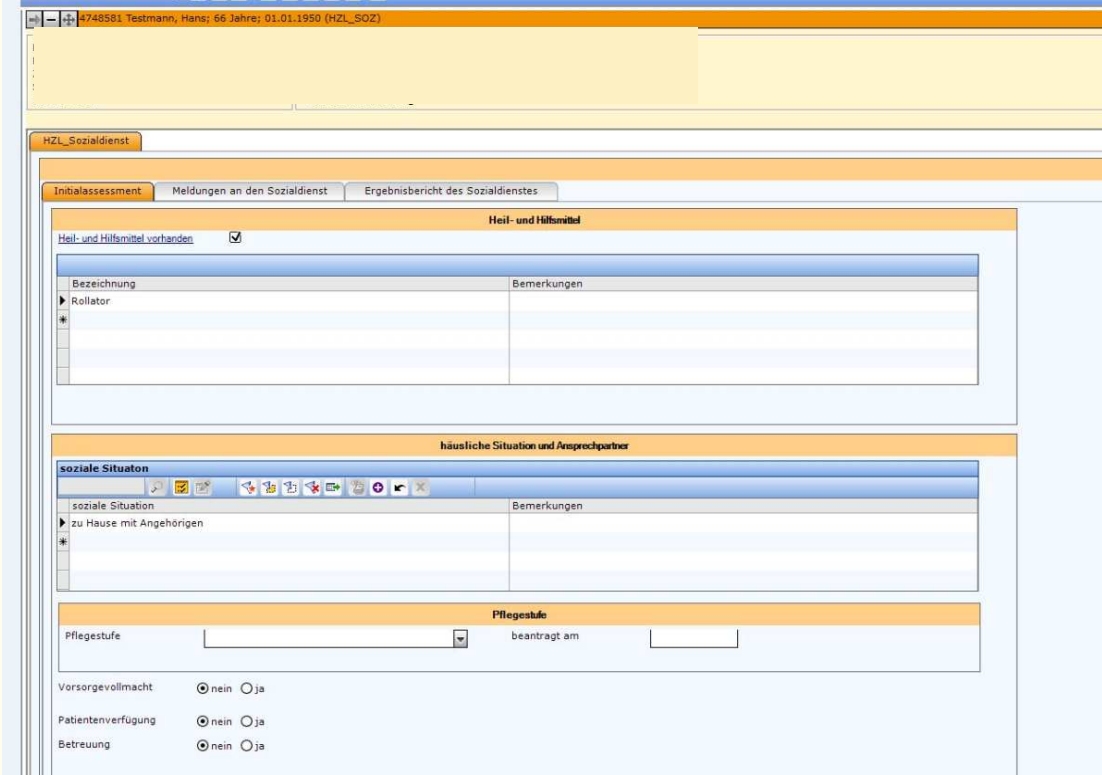
Die vorläufigen Testergebnisse können nur sehr geringe Korrelationen, ohne statistische Signifikanz, aufzeigen. Es kann von ersten Tendenzen ausgegangen werden.

Diskussion und Ausblick

Die vorläufigen Ergebnisse zeigen, dass in der Stichprobe die körperlichen Aspekte der Lebensqualität negativer als die psychischen bewertet werden. Im Bereich der Motorik existieren deutliche Einschränkungen, während die kognitiven Fähigkeiten im MMST im Mittel nur geringe Defizite aufweisen. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Motorik, Kognition und Lebensqualität konnte aufgrund der geringen Stichprobe bisher nicht nachgewiesen werden. Um aussagekräftige Ergebnisse hervorbringen zu können, wird die Studie bis n=100 weitergeführt. Die Ergebnisse liefern eine Grundlage zur Identifikation von geriatrischen Risikopatienten und zur Erstellung eines klinischen Therapiepfades im akutergeriatrischen Setting.

Kontakt: Sarah Feist • Postfachstraße 9 • 04442 Zwickau • E-Mail: sarah.feist@gerinet-leipzig.de

- Ab September als elektronische Anforderung
- Aktueller Sachstand dokumentiert
- Verknüpfung zu GeriNOT
- Fragestellungen:
 - Wo kommt der Patient hin?
 - Welche Versorgung?
 - Wann wird er übernommen oder warum auch nicht? ... mit wem gesprochen ...



The screenshot displays the GeriNet Leipzig software interface for a patient record. The patient is identified as Hans Testmann, 66 years old, born on 01.01.1950, with the ID 4748561. The interface is divided into several sections:

- Initialassessment**: Includes tabs for 'Meldungen an den Sozialdienst' and 'Ergebnisbericht des Sozialdienstes'.
- Heil- und Hilfsmittel**: A section for recording medical aids, with a checkbox 'Heil- und Hilfsmittel vorhanden' checked. It contains a table with columns 'Bezeichnung' and 'Bemerkungen', listing a 'Rollator'.
- häusliche Situation und Ansprechpartner**: A section for social situation, with a sub-section 'soziale Situation' containing a table with columns 'soziale Situation' and 'Bemerkungen', listing 'zu Hause mit Angehörigen'.
- Pflegestufe**: A section for care level, with a dropdown menu for 'Pflegestufe' and a text field for 'beantragt am'.
- Vorsorgevollmacht**: A section for advance directives, with radio buttons for 'nein' (selected) and 'ja'.
- Patientenverfügung**: A section for patient consent, with radio buttons for 'nein' (selected) and 'ja'.
- Betreuung**: A section for guardianship, with radio buttons for 'nein' (selected) and 'ja'.

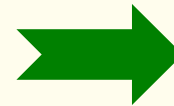
Gesetzliche Vorgabe

„ (...) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen (...)“



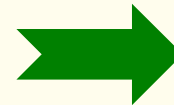
Datenbanken zu regionalen Anbietern/
Kostenträgern/ Ansprechpartnern
vorhanden?

Vorarbeiten/ Empfehlungen



Arztbrief/ Pflege-/
Therapieüberleitung

Risikoerkennung medizinisch,
pflegerisch, therapeutisch,
sozial = IT-Leitung



Nachweisliche Dokumentation
= Beratungsprotokoll
vorliegend
an SGB-Verantwortliche
SGB XI = Pflegeberater
SGB XII = Sozialamt/
Pflegekoordinator
SGB V = Berater pro
Fachgebiet
= Nachfrage pro Kostenträger
zur Fallsteuerung

„...In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit den Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen gem. § 7 a SGB XI zu gewährleisten. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten erfolgen ...“

= Rücksprache regionaler Betreuungsbehörde – Zeit im Verzug – Einwilligung wie gehabt

Datenbanken der Vor-/ Nachsorge der Ministerien und Kostenträger/ Projektierungen nutzbar werden lassen

www.pflegenetz-sachsen.de

Geoportale der Landkreise/ kreisfreie Städte

Initialassessment mit regionaler Datenbank verknüpfen
Risikoerkennung im KIS
vorbereitet = Fachgruppe IT

Standardisierte Beratung/
Mitautoren Pflegeberater – QM-
System pro Klinik einpflegbar =
pro REGION



Befindet sich bereits ein Standard zur Erkennung von Risikopatienten in Ihrer Klinik im Einsatz?

Entlassungsmanagement

Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren

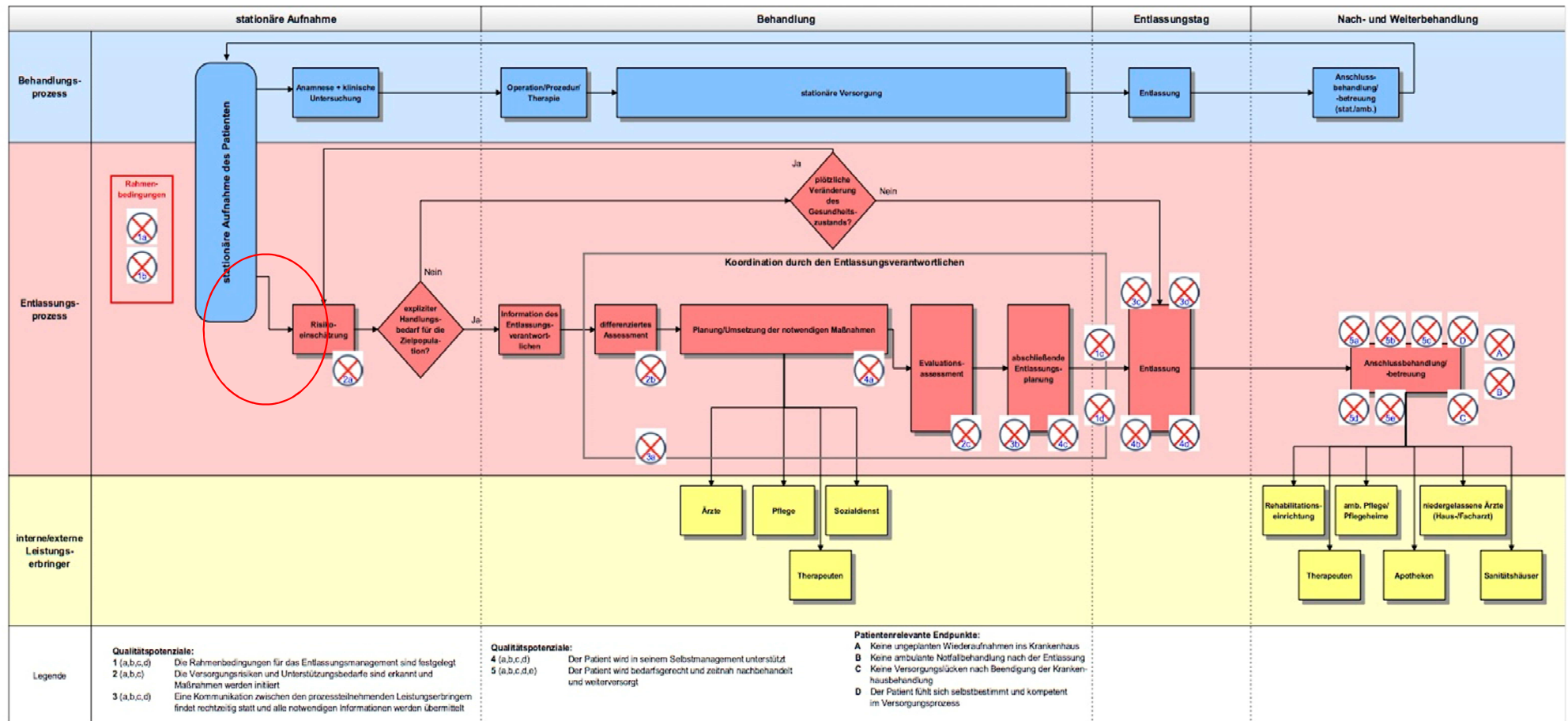


Abbildung 4: Versorgungspfad zum Entlassungsmanagement mit den ermittelten Qualitätspotenzialen

https://sqq.de/sqq/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Entlassungsmanagement/Bericht_Konzeptskizze_Entlassungsmanagement.pdf

Check up pro Klinik

Standard inkl. Work flow pro Risikogruppe/ Fachgebiet

Gesetzlich gefordert ab 1.7.17

Check Aktualisierte G-BA-
Richtlinien

Arzneimittel § 31

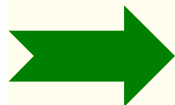
Arbeitsunfähigkeit § 48

Häusliche Krankenpflege § 37

Hilfsmittel § 33

Heilmittel § 32

Soziotherapie § 37a



Muster-Verordnungen/
Formulare vorhanden?
Ausfüllanleitung klar?

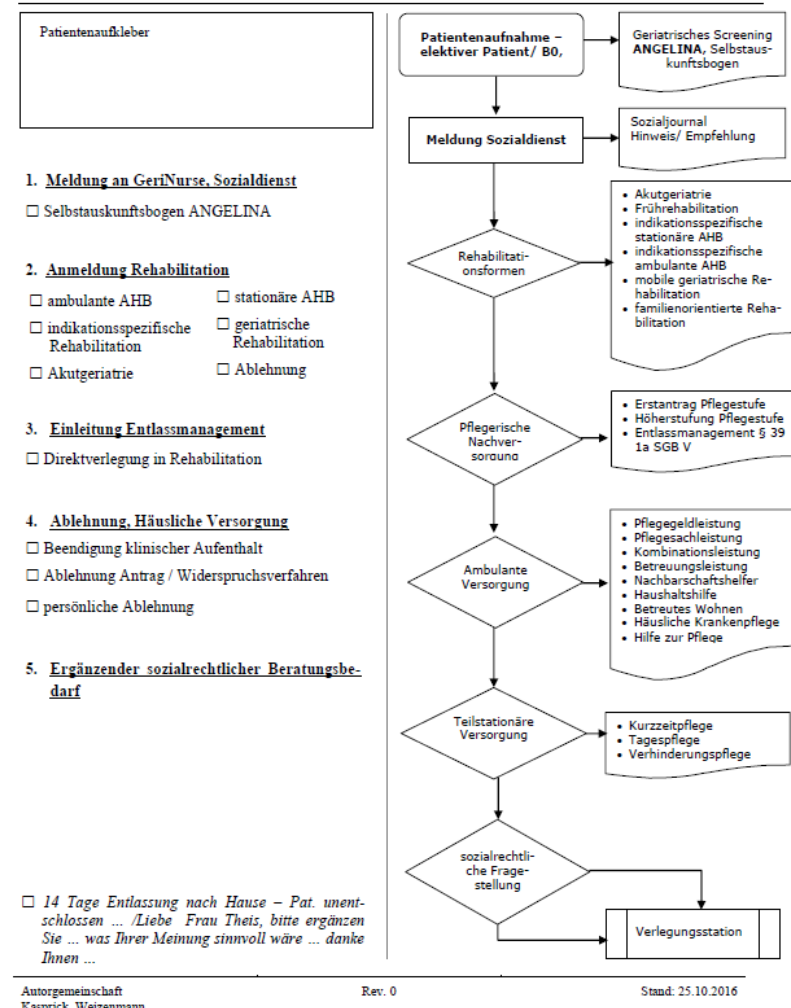
Vorarbeiten/ Anwendung

- Zusammenarbeit mit Kranken-
Pflegekassen/ Beratungshandbuch
pro Region und Pflegeberater
- Initialassessment
- Risikoerkennung pro Schwerpunkt
und Fachgebiet
- Standard/ Work flow
vor-/ während/ nach Klinik
- Text für Homepage
- Musterarztbriefe/ interdisziplinäre
Textbausteine

Beispiel: Weiterentwicklung Versorgungspfade Wohnen/ Hilfe - Sozialrecht

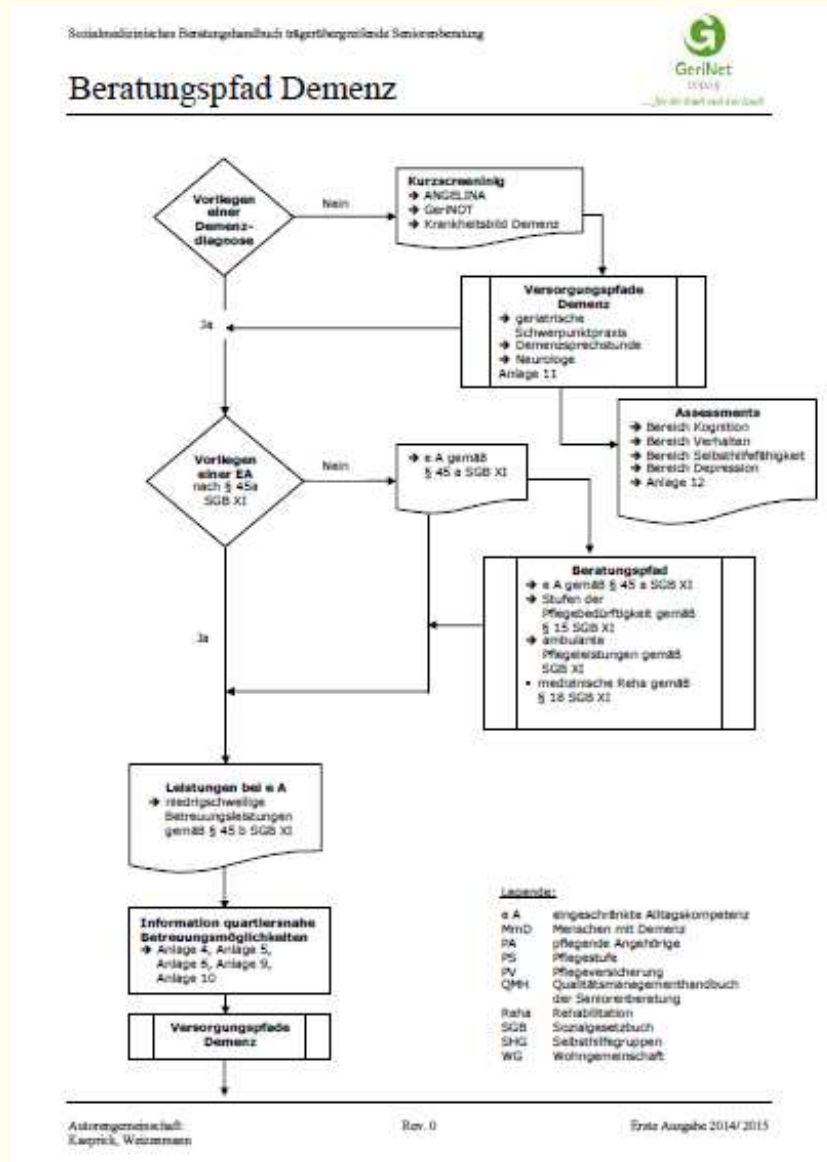
- Risiko = Wohnen/ Hilfe - Einführung Beratungspfad für elektiv präoperative Patienten
- Einleitung einer frühzeitigen Entlassungsplanung/ Initialassessment
- Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen = SGB XI = Anspruch des Patienten auf Entlassmanagement
- Welches Assessment erfasst/ Kriterien identifizieren den erheblichen Bedarf eines Entlassmanagements?

Erstentwurf/ Station B0 – präoperativer Beratungspfad für elektive Patienten



Beispiele:

Beratungspfad mit Beratungsprotokoll Senioren Beratungsprotokoll Soziotherapie/ Anforderung Sozialjournal



Protokoll Soziotherapie

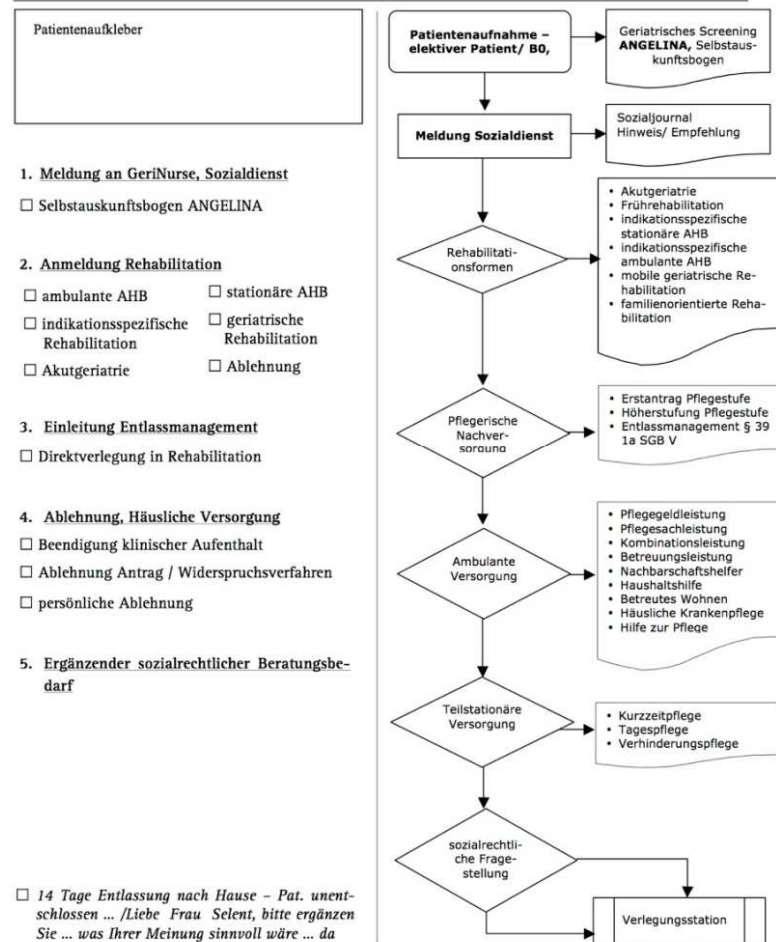
Angaben zum Beratenen / Betroffenen		Nr. _____	
Name			
Adresse/ Tel.			
Alter/Geschlecht	_____ Jahre ☐ m ☐ w		
Beratender	☐ Betroffener selbst ☐ Angehöriger _____ Alter: _____ Kasse: _____		
Weitere Informationen	Hausarzt: _____ Tel. Angehöriger: _____ Krankenkasse: _____		
Angaben zur Beratung			
Datum/Dauer/ Art der Beratung	/ / 2016 // / bis / Uhr ☐ Erstberatung ☐ Einzeltherapie ☐ Folgeberatung ☐ Gruppentherapie		
Form	☐ persönl. ☐ schriftl. ☐ tel.		
Ort	☐ zu Hause ☐ Arztpraxis ☐ Sonstiges _____		
Wichtige Informationen	Letzter KH-Aufenthalt (Grund): _____ Notfallambulanz: _____ Arzttermin: _____		
Beratungsinhalt (zutreffendes ankreuzen)			
Leistungen	☐ Krankenkasse (SGBV, SGBIX) ☐ Sozialhilfe (SGBXII, SGBIX, u.a.) ☐ Pflegekasse (SGB XI)		
Informationen gewünscht über:	☐ Fahrdienst ☐ Selbsthilfegruppen ☐ Ehrenamtsnetzwerk ☐ Ambulante/ stationäre Rehabilitation ☐ Sonstige Anbieter: _____		
Antragsstellung	☐ Motivationstraining (1) ☐ Training zur Willensbildung (2) ☐ Anleitung zur Krankheitswahrnehmung (3) ☐ Hilfe in Krisensituationen (4) ☐ Schwerbehindertenausweis (5)		
		☐ Aushändigung von Antragsunterlagen (1,2,3,4,5,6,7) ☐ Unterstützung bei Antragstellung (1,2,3,4,5,6,7)	

Aus der Praxis für die Praxis

- **AG I Ergebnisse:** GeriNOT, ANGELINA, GeriNurse, ambulant und klinisches Nachtcafé
- **AG II Ergebnisse:** Handlungsleitfaden mit Mindestkriterien Pflege- und Therapieüberleitung, Feedbackbogen, Basiscurriculum für Arztpraxen, ambulante Pflegedienste, Pflegeheime und klinische Sozialdienste, Sozialmedizinisches Beratungshandbuch
- **AG III Ergebnisse:** Erste Kognitions- und Bewegungssprechstunde, Entstehung von Clusterkonzeptionen zur Prävention GeriNeTrainer, Alter Zahnmedizin, Mangelernährung, Ausbildung von ehrenamtlichen Übungsleitern und Ehrenamtlichen im städtischen, ländlichen, klinischen und ambulanten Bereich
- **AG IV Ergebnisse:** Erste Quartiers- und Generationengenossenschaft für den Wurzen Raum, Landkreis Leipzig, Trimm-Dich-Pfad im Stadtpark Wurzen, Sportgruppen in 5 Stadtteilen der Stadt Leipzig, 3 Sportgruppen im Landkreis Leipzig (Zwenkau, Bennewitz, Wurzen), Soziale Runde Tische Zwenkau, Wurzen, Thallwitz. Erste Eventmesse zur Gewinnung von Auszubildenden im ländlichen Raum für mittelständische Unternehmen.
- **AG V Ergebnisse:** 16 Poster, 23 Beiträge auf Fachkongressen, 6 Abschluss- und 3 Begleitarbeiten, Übernahme von 4 Absolventen

Elektive Patienten/ Tagesklinik Präoperativer Beratungspfad

Erstentwurf/ Station B0 – präoperativer Beratungspfad für elektive Patienten



Autorgemeinschaft
Kasprick, Weizenmann

Rev. 0

Stand: 25.10.2016

Sozialmedizinisches Beratungshandbuch

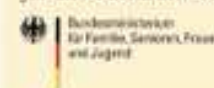
- Aus der Praxis für die Praxis -



Gefördert im Rahmen des
Programmes Anlaufstellen
für ältere Menschen vom

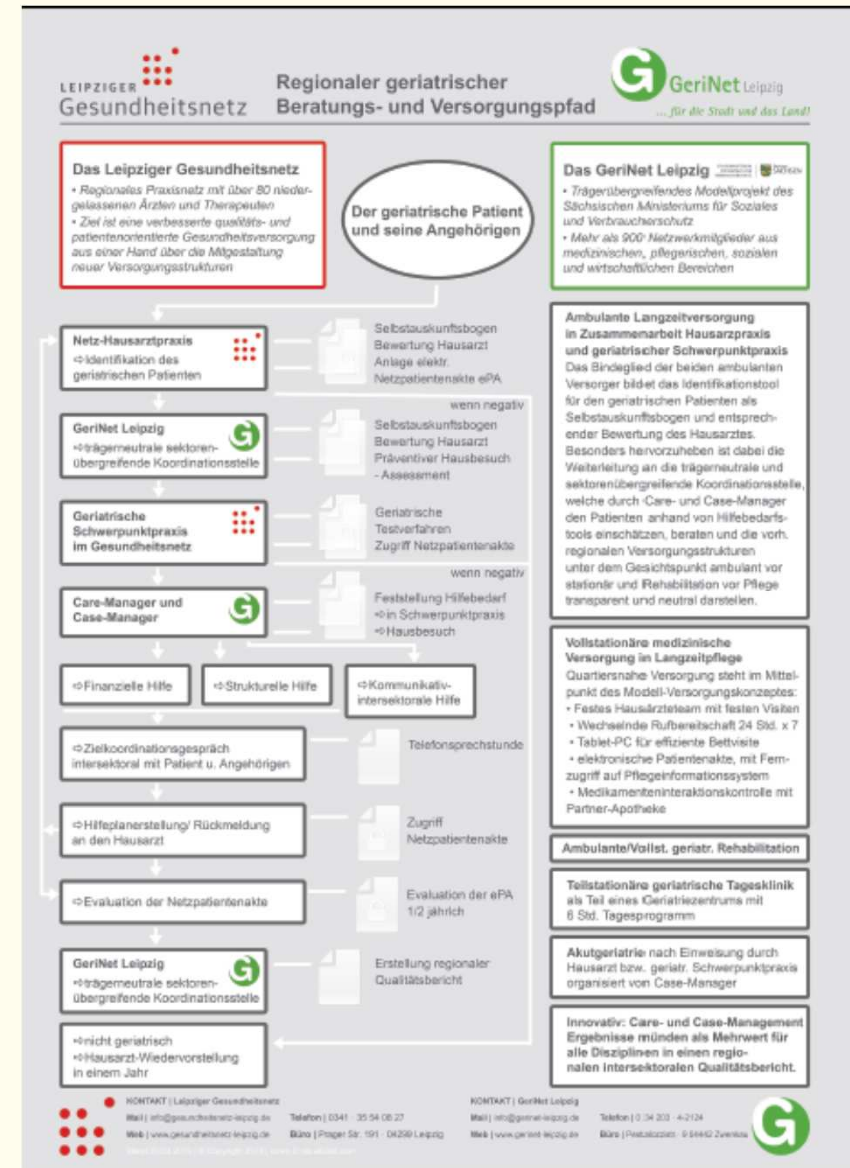
www.gerinet-leipzig.de

Unterstützt durch



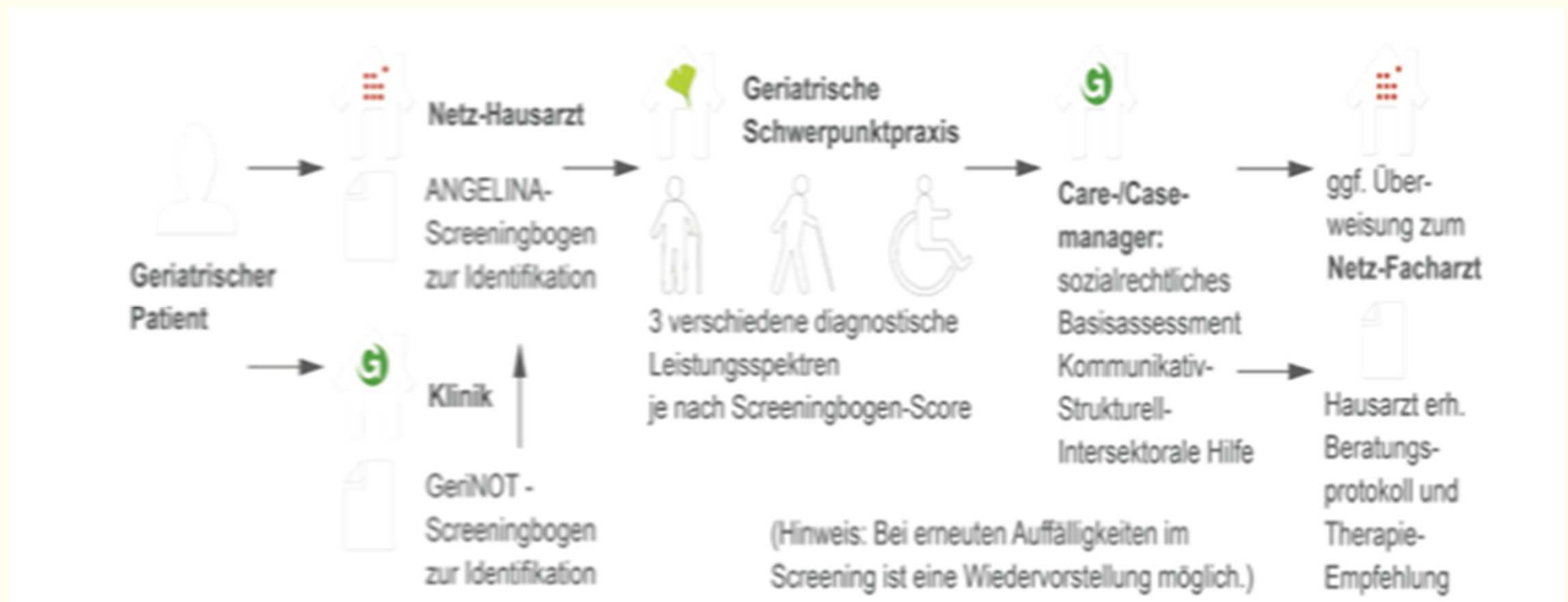
Umgesetzungsphase

- von der Idee in die Praxis
 - Geriatrische Schwerpunktpraxis
Katrin Zimmer
 - Integriertes Care- und Case Management für den geriatrischen Patienten
 - Erstidentifikation durch Haus- und Fachärzte / Klinik
 - Leistungsspektrum nach Hilfeplanung – finanziell, strukturell, kommunikativ-intersektoral
 - Empfehlung und Konsequenz im Identifikationstool enthalten
- = ambulant medizinischer, sozialer Versorgungspfad

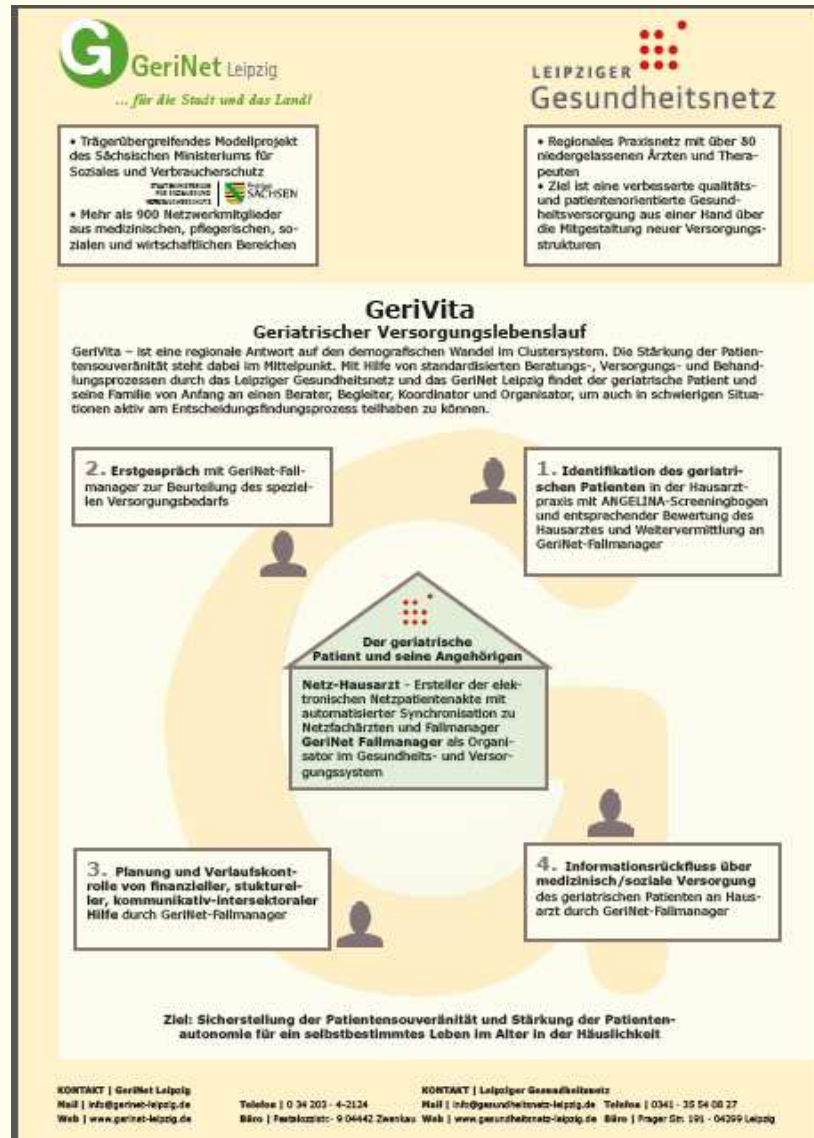


Ambulanter quartiersnaher Versorgungspfad – LIQUID³

- Unter den 6 besten Praxisprojekte 2015 Gesundheitsnetzwerker



GeriVita (MSD Patientenpreis 2013)



Patientenebene

- Standardisierte Beratung und Fallbegleitung für Patienten und seine Angehörigen
- Planung und Verlaufskontrolle von finanzieller, struktureller und kommunikativ-intersektoraler Hilfe durch GeriNet Fallmanager
- Informationsrückfluss an Haus-/ Facharzt durch GeriNet Fallmanager

ATMoSPHÄRE

Risikoerkennung digitalisiert

- Autonomie trotz Multimorbidität in Sachsen durch Patientenempowerment, Holistische Versorgung für Ältere mit Vernetzung aller Regionalen Einrichtungen und Dienstleister
- Ziel des Gesamtvorhabens ist die Erforschung, Entwicklung und Erprobung einer anerkannten Plattform im Sinne des Medizinproduktegesetzes
- Vernetzung durch Digitalisierung



- Aufbau von einem Telemonitoring für Risikopatienten ab 70 Jahren
- Erstellung eines Ausbildungscurriculum von digitalen interdisziplinären Berufsbildern
- Bewegungs- und Kognitionsprogramme für die Stadt und das Land integrieren
- Patientensouveränität stärken und Selbstverantwortung einfordern

Einschalten des Bildschirms:



Tippen Sie zweimal schnell hintereinander auf den Bildschirm. Sollte das Tablet ganz ausgeschaltet sein, drücken Sie die „Ein/Aus“-Taste für 3 Sekunden. Das Kennwort für Ihr Tablet lautet: **000**. Es dauert circa 15 Minuten, bis das Gerät funktionsfähig ist, solange erscheint die Fehler-meldung: „Ihr Gerät befindet sich im Flugmodus etc.“ Um diese unnötige Wartezeit zu vermeiden, lassen Sie das Gerät bitte immer eingeschaltet. Dazu ist es wichtig, das Gerät mindestens 10 Stunden täglich am Stromnetz aufzuladen.

Startseite:

Anzeigen Ihrer Messwerte, Verlauf Ihrer Gesundheitsdaten, Hinzufügen des SPO₂-Wertes.

Anzeigen von Mitteilungen von Ihrem Betreuungsteam.

Anzeigen von Videos mit Gesundheitsinformationen.

Fragebögen zu Ihrer individuellen Gesundheit.



Hinweis: Ein orangefarbenes Dreieck zeigt an, dass neue Messwerte/ Mitteilungen/Videos/ Fragebögen angekommen sind, die Sie sich anschauen können.

Eingabe der Werte:

Blutdruck, Puls und Gewicht werden automatisch zum Tablet gesendet, vorausgesetzt die Geräte befinden sich direkt neben dem Tablet. Die Sauerstoffsättigung (SPO₂) wird wie folgt manuell eingegeben:



1. Tippen Sie die untere Zeile SPO₂ an.
2. Es öffnet sich ein neues Fenster mit dem Verlauf Ihrer bisherigen Werte.
3. Tippen Sie das + unten rechts an.
4. Es öffnet sich dieses Fenster. Geben Sie die obere Zahl ein, die Ihnen das kleine blaue Sauerstoffmessgerät anzeigt.
5. Bestätigen Sie die Eingabe mit „Senden“ und „Ja“.

Bei Fragen und Problemen wenden Sie sich bitte an Ihr Betreuungsteam:

GeriNet Leipzig: Sarah Feist, Senta Liebmann, Lysann Kasprick

Telefon: 0341 3492394 oder Mobil: 01575 5544440

Patientengruppen

Telemonitoring

Screening und Betreuungssetting

Information Kommunikation

Gruppe I



Patient mit Schwindel

Gruppe II



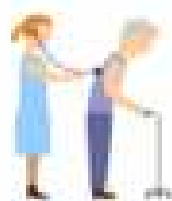
Patient mit Schwindel und
Mobilitätseinschränkungen

Gruppe III



Patient mit Schwindel
und weit. Erkrankung

Gruppe IV



Patient hatte Sturz
ohne Folgen



Care-/Casemanager /
Trainer



Geriatrische
Schwerpunktpraxis

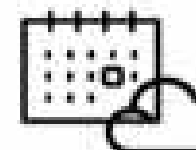
3 versch. diagn.
Leistungsspektren je nach
Screening-Score



ANGELINA-
Screeningbogen
zur Pat.-Identifikation /
Verlaufsbeurteilung



Geriatrieboard
Monitoring



Online-
Terminmanage



Videokonferenz
zwischen Patient
Ärzten, Therapeut
Care-/Caseman



Elektronische Fa



Vielen DANK ...

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Lysann Kasprick
Netz-/Projektmanagement
Projektleitung: ATMoSPHÄRE
Projektleitung: Nachtcafé
Projektleitung: CareCasemanagement
Aufsichtsrat: Quartiers- und
Generationengenossenschaft Wurzeln eG
Projektleitung: GeriNurse/ GeriNeTrainer

Tel.: (0 34 203) 4-2124
Fax: (0 34 203) 4-2158
Mobil: (0152) 54 777 606
E-Mail: info@gerinet-leipzig.de
www.gerinet-leipzig.de



1. Gesundheits-/ Projektmanagement 5 h
 2. Risikoerkennung – Erstellung clinical pathways 10h
 3. Casemanagement 15 h
 4. Risikomanagement/ Abrechnungsverfahren/ Controlling 5 h
 5. Caremanagement - Regionales Quartiersmanagement/ Public Health/ Gremienarbeit 5 h
-
- ➡ Hospitation 5 h/ Hausaufgaben 40 h – Onlinekurs
- ➡ Prüfung 2 h GeriNurse 1,5 Stunden schriftlich 30 min Prüfungsgespräch

1. Einordnung der Gesundheitsregion
2. Best practice – Lernen aus den Regionen
3. Projekt- und Verhandlungsmanagement/
Instrumente/ Kommunikationstechniken
4. Erstellung Ist-Analyse der eigenen
Versorgungsregion (PLZ-gebiete)
5. Gesundheitsmanagement
6. Evidenzbasierte Medizin/ Pflege/ Therapie/ Soziales
– Umgang und Einbezug von Studienlagen

1. Risikoerkennung (nach Hauptkategorien)
2. Anwendung Assessments/ Instrumente
3. Erstellung von Prozessen für Region/ Praxis
4. Implementierung Ärztenetz/ Praxen/ Kliniken/
Pflegedienste

= Hausaufgabe 5 h (Prozesserstellung)

= Erprobung/ Bestellsystem/ Anpassung

Testungszeitslots/-tag = Geriatrietag in HA-Praxen etc.

1. Abrechnungsverfahren und Controlling

Pro Praxis – Vororttermin – Implementierung
Prozess

2. Caremanagement - Regionales Quartiersmanagement/ Public Health/ Gremienarbeit

Versorgungslücken schließen

3. Regionale Antworten finden – Projekt- und Prozessmanagement starten

Test/ Prüfung/ Hospitationen

Test = 1,5 h schriftlich (MC und offene Fragen)

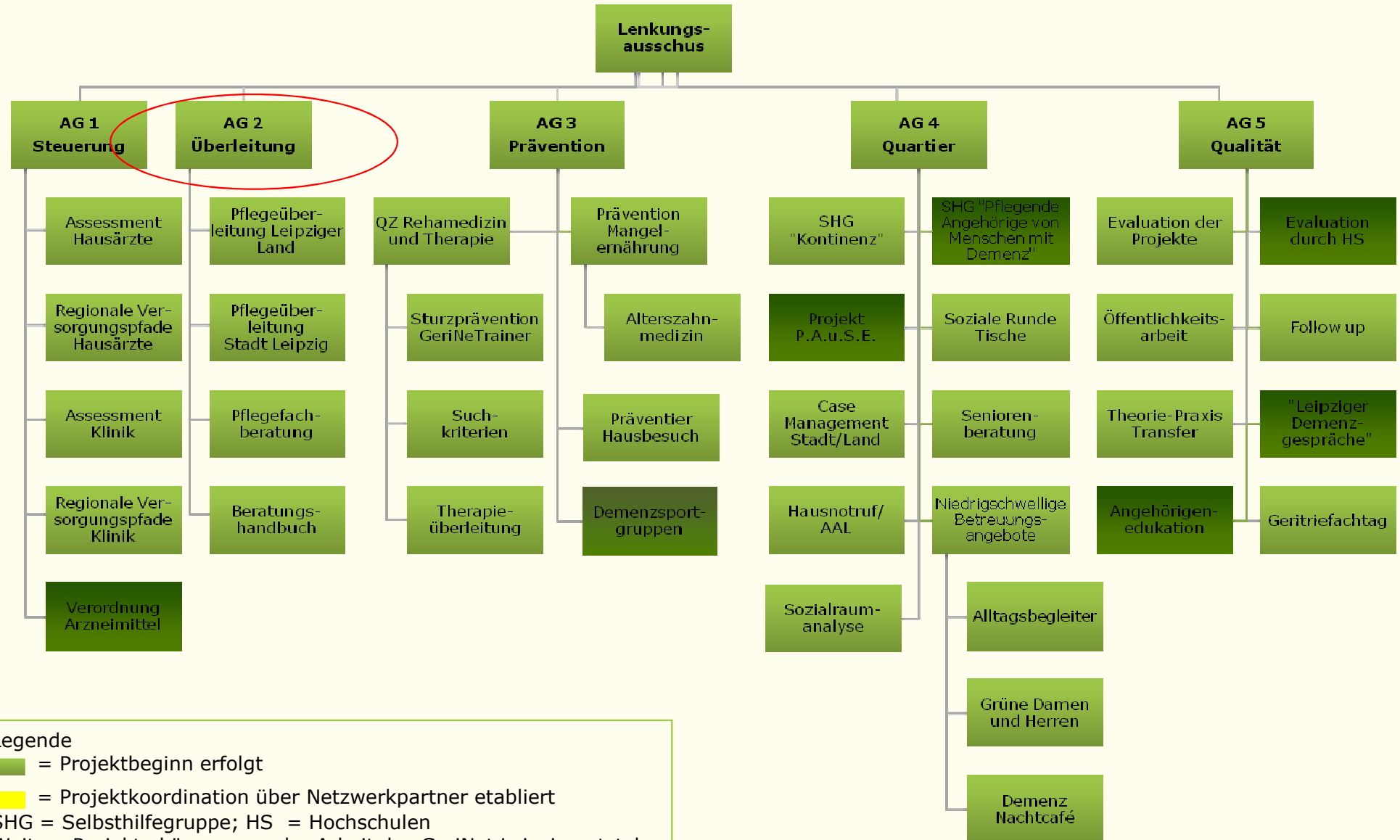
30 min = Fallkonferenz

5 h = Hospitation

Erledigung der Hausaufgaben im Punktesystem

= Möglichkeit inkl. GeriNeTrainer als ehrenamtlicher
Übungsleiter

Netzwerkarbeit/ Projekt-Organigramm



Legende

 = Projektbeginn erfolgt

 = Projektkoordination über Netzwerkpartner etabliert

SHG = Selbsthilfegruppe; HS = Hochschulen

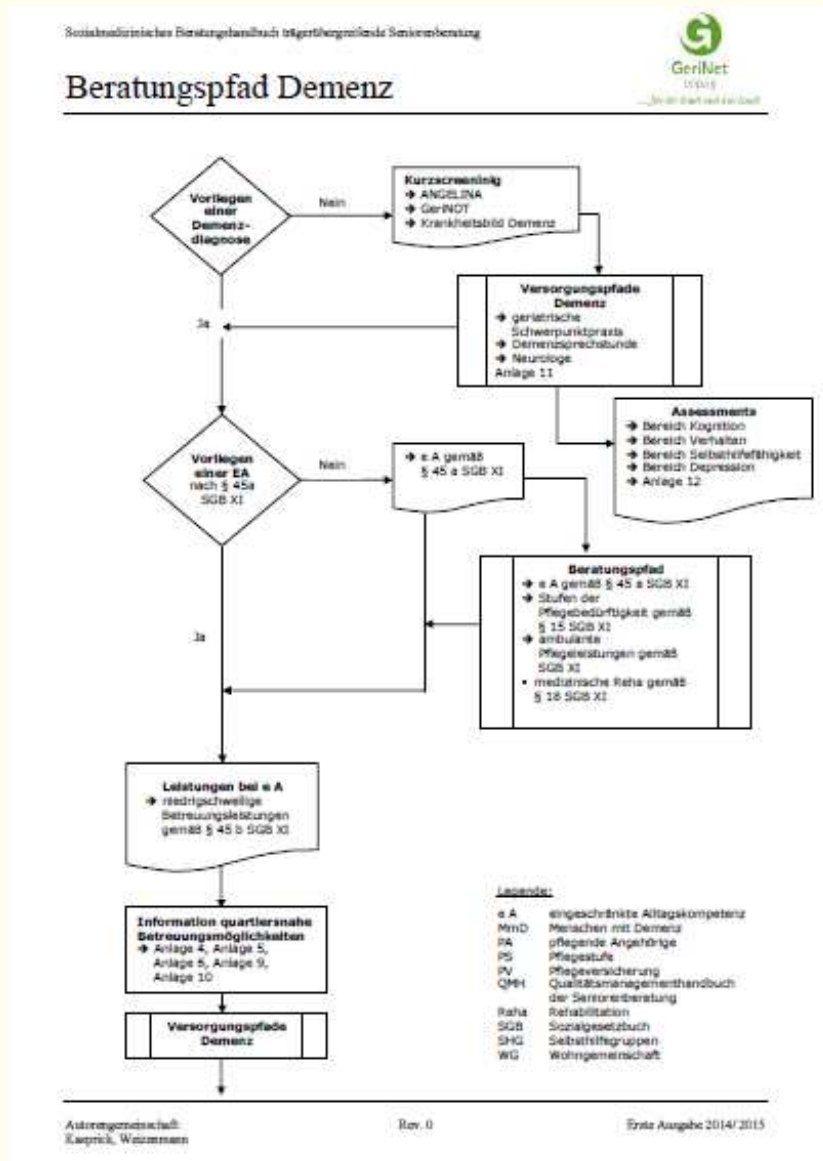
Weitere Projekte können aus der Arbeit des GeriNet Leipzig entstehen

GeriNet Leipzig

... für die Stadt und das Land!

- [illegible]

Beratungspfad Demenz – präventiver Ansatz Zusammenführung im Sozialmedizinischen Beratungshandbuch



- Erfassung und Ableitung der bedarfsgerechten Unterstützungsleistung über Beratungs- und Versorgungspfade
- Beratungspfad Demenz: Ableitung aller notwendigen Informationen für den Betroffenen und seinen Angehörigen anhand festgelegtem Ablauf
- Schaffung von Transparenz der Angebote

- **nächtliches Betreuungsangebot** für Menschen mit Demenz
- **Entlastung** Ihrer pflegenden Angehörige



Das GeriNet Nachtcafé
für den Landkreis Leipzig



Wenn die Nacht
zum Tag wird ...
... und Menschen mit Demenz
in der Nacht wach und aktiv sind

- **Wer?** Betreuungspersonen
Krankenschwester, Altenpfleger,
Ehrenamtliche = GeriNeTrainer
- **Wie?** Betreuung: Bewegungs- und
Aktivierungsprogramm, Gedächtnis-
übung zum Erhalt der Fähigkeiten

Ambulanter Versorgungspfad für Menschen mit Demenz - Nachtcafé

- Versorgungslücke war nächtliche Betreuung insbesondere bei Tag-Nacht-Umkehr/ Entlastung für pflegende Angehörige
- Deutschlandweit erstes Nachtcafé – ambulante nächtliche Versorgung
- Einbezug von Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienst
- Achtung: Sächsisches Rettungsdienstverordnung – erst KH-aufenthalt um Anfahrt bezahlt zu bekommen

Gerinet Nachtcafé

Konzeption und Umsetzung der nächtlichen Betreuung für Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen

N. Weizenmann^{1,2}; L. Kasprick¹; H. Baldauf²; M.-L. Hohloch^{3,4}; M. Radic⁴

¹Gerinet Leipzig; ²Evangelische Hochschule Dresden; ³Universität Leipzig; ⁴Fraunhofer MOEZ Leipzig

Hintergrund

Etwa 1,4 Millionen Menschen mit Demenz leben gegenwärtig in Deutschland (Bertelsmann Stiftung, 2014). Zwei Drittel der Demenzerkrankten werden in der Familie betreut und versorgt (Sozialverband, VdK, 2013). Neben den entstehenden Belastungen der Angehörigen in Folge von Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen stellt eine Tag-Nacht-Umkehr des Betroffenen eine weitere Hürde in der Betreuung und somit Sicherung der häuslichen Versorgung dar (Gräßel 2000). Die Demenzerkrankten leiden an Schlaflosigkeit, gekennzeichnet mit Perioden der Unruhe bis hin zur Aktivität in der Nacht sowie mit einer zunehmenden Müdigkeit am Tag (Garms-Homolová et al. 2013). Insbesondere der Entzug des Nachschlafes stellt für pflegende Angehörige ein entscheidendes Kriterium für die häusliche Versorgung dar (Rensch, 2012).

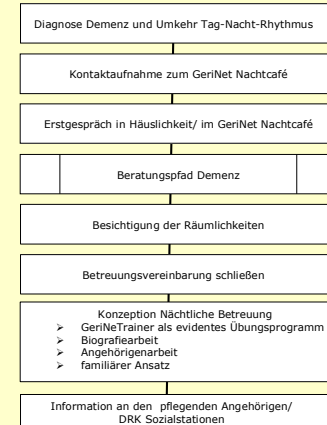
Zielsetzung

In Kooperation mit dem Deutschen Roten Kreuz Kreisverband Leipzig-Land e.V. (DRK) und dem Gerinet Leipzig wird eine nächtliche Versorgungsstruktur - dem Gerinet Nachtcafé - für Menschen mit Demenz umgesetzt. Die an Demenz erkrankten Menschen mit einem gestörten Tag-Nacht-Rhythmus erhalten eine nächtliche Betreuung auf der Grundlage eines evidenzbasierten Aktivierungs- und Bewegungsprogrammes. Ziel soll neben dem Erhalt häuslicher Strukturen, Menschen mit Demenz in einen geregelten Tag-Nacht-Rhythmus zurückzuführen sowie dem DRK und weiteren Versorgungsarrangement in der Betreuung und Pflege ein innovatives Leistungs- und Geschäftsmodell anzubieten. Finanzielle Unterstützung erhält das Projekt aus dem Bundesförderprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“.

Konzeption

Strukturqualität	
Räumlichkeiten	• DRK Zwenkau, Altenpflegeheim • behindertengerechter Zugang • separate Räumlichkeiten
Personalqualifikation	• Pflegefachperson und Betreuungsperson mit der Qualifizierung zum GeriNetTrainer
Stellenschlüssel	2:5
Zeit	20.00 Uhr – 08.00 Uhr
Nächtliche Betreuung	• Bewegungs- und Aktivierungsübungen auf der Grundlage eines evidenzbasierten Übungsprogrammes
Prozessqualität	
Betreuungsprozess	• Grundlage bildet das evidente Bewegungs- und Kognitionsprogramm für Menschen mit Demenz (Roßbach, 2013) zur positiven Beeinflussung der Mobilität sowie der Förderung vorhandener Fähigkeiten • standardisierte Angehörigengespräche zur Erfassung von Bedarfen und Ressourcen des Betroffenen mit entsprechender Interventionsableitung • Erarbeitung von personenbezogenen Tagesstrukturen zur Wiederherstellung eines Tag-Nacht-Rhythmus der Betroffenen
Ergebnisqualität	
Auswertung der Dokumentation	• Verlaufsbeschreibung • Entlastung Angehöriger
Personenbezogene Tagesbögen	• Wiederherstellung eines Tag-Nacht-Rhythmus

Ablaufstruktur Gerinet Nachtcafé



Diskussion und Ausblick

Das frühzeitige Erkennen der Belastungssituation für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz steht im Mittelpunkt. Die geplante Entlastung und der Aufenthalt in Notfallsituationen soll jeden Tag sichergestellt werden.

Erwartbare Ergebnisse sind: eine Wiederherstellung des Tag-Nacht-Rhythmus, damit eine längere Versorgungssituation zu Hause, weniger Pflegeheimzüge und weniger Krankenhausaufenthalte.

Kontakt: Gerinet Leipzig • Pestalozzistr. 9 • 04442 Zwenkau • Nadine.Weizenmann@gerinet-leipzig.de

Ambulanter Versorgungspfad

Standardisierte Überleitung = Therapie

- Heute schon geübt – GeriNeTrainer
- Das evidente Übungsprogramm für Jedermann
- Ambulanter Versorgungspfad Mobilität und Kognition
- Übergang zum klinischen Versorgungspfad
- Mindestkriterien und -standards für Therapeuten

„Heute schon geübt – GeriNeTrainer – das evidente Übungsprogramm für Jedermann“

UNIVERSITÄT BAYREUTH GeriNet Leipzig

Katrin Zimmer

Senta Liebmann^{1,2,3}, Dr. Isabell Ramthol², Katrin Zimmer³, Denise Cordsen³, Lysann Kasprick^{1,3}

¹ GeriNet Leipzig; ² Universität Bayreuth; ³ Praxis Zimmer

Hintergrund

Nicht wenige ältere Menschen haben Schwierigkeiten in der Orientierung, in der Kommunikation und in der Mobilität. Diese Schwierigkeiten können zu einer Isolation und zu einer Verringerung der Lebensqualität führen. Ein Training der kognitiven Fähigkeiten und der Mobilität kann dazu beitragen, diese Schwierigkeiten zu überwinden und die Lebensqualität zu verbessern.

Methodik

Studiendesign: Querschnittsstudie mit Interventionsgruppe und Kontrollgruppe

Rekrutierungsweg: GeriNet Leipzig, Praxis Zimmer

Einschlusskriterien: > 65 Jahre, keine kognitiven oder motorischen Einschränkungen, keine schweren Vorerkrankungen

Messinstrumente: Mini-Mental State Examination (MMSE), GeriNet Leipzig

Intervention: 10 Wochen, 2x pro Woche, 30 Minuten

Soziodemografische Darstellung der Stichprobe

Merkmal	Interventionsgruppe (n=11)	Kontrollgruppe (n=13)
Alter (M, Min/Max)	84 (74; 96)	78 (71; 92)
Geschlecht (%)		
männlich	1 (9,1)	5 (38,5)
weiblich	10 (90,9)	8 (61,5)
MMSE (M, SD)	27 ± 1,8	28 ± 1,4
Diagnosen (M, Min/Max)	17 (6, 26)	14 (3, 26)

Ergebnisse

Test	IG/KG	n	M	SD	Tendenz
T0/G1	IG	11	33,4	5,8	↗
T0/G2	IG	11	33,4	4,9	
T0/G1	KG	13	32,1	3,9	↘
T0/G2	KG	13	32,1	4,5	
T1/G1	IG	11	34,5	3,6	↗
T1/G2	IG	11	34,5	3,1	
T1/G1	KG	13	32,8	3,5	↘
T1/G2	KG	13	32,8	3,0	

Legende: IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe, n = Anzahl, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Tendenz = Richtung der Veränderung

Diskussion

Patienten-Ebene: Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten, Verbesserung der Mobilität, Verbesserung der Lebensqualität

Leistungserbringer-Ebene: Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten, Verbesserung der Mobilität, Verbesserung der Lebensqualität

Gesellschaftliche Ebene: Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten, Verbesserung der Mobilität, Verbesserung der Lebensqualität

Ausblick

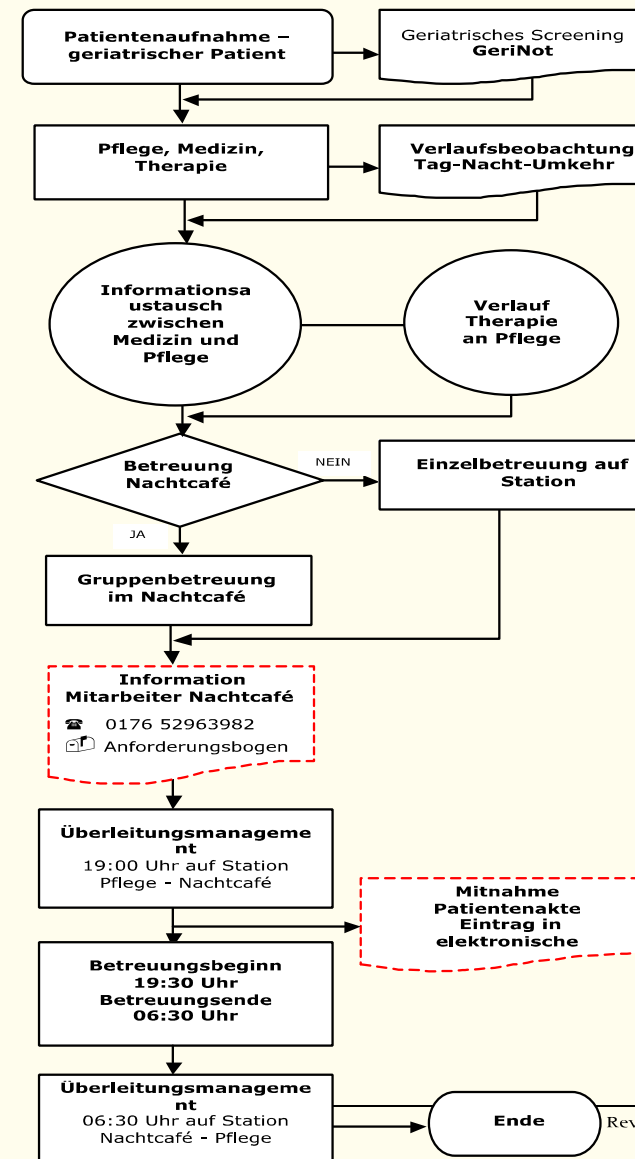
- Evaluation des GeriNet Leipzig als Baustein der bundesweiten geriatrischen Versorgung
- Evaluation des GeriNet Leipzig als Baustein der bundesweiten geriatrischen Versorgung
- Evaluation des GeriNet Leipzig als Baustein der bundesweiten geriatrischen Versorgung

Kontakt: Senta Liebmann • Telefon: +49 918 422 22 22 • E-Mail: s.liebmann@gerinet-leipzig.de

Klinischer Versorgungspfad für Menschen mit Demenz

Person:

- GeriNOT identifiziert Menschen mit kognitiven Einschränkungen/ Demenz/ Delir/ geriatritypische Verhaltens- und Stimmungsveränderungen
- Sensibilisierung der Ärzte-, Pflege- und Therapieschaft in den Nachmittagstunden
- Anwendung des evidenten Übungs- und Kognitionsprogramms
- Betreuung in den Abend- und Nachtstunden



Menschen mit Demenz im Krankenhaus Nachtcafé

- Intersektorale Vernetzung = vor Aufnahme ANGELINA-Bogen übermitteln und Sozialdienst/ Patientenmanagement informieren
- Versorgung von Menschen mit Demenz im KH
 - zur Beratung, Betreuung und Nachversorgung standardisieren
 - Versorgungsverlaufsforschung zeigt erste Ergebnisse

Gerinet Nachtcafé

eine Lösung für Patienten mit Tag-Nacht-Umkehr und/ oder

kognitiven Einschränkungen im Krankenhaus

N. Weizenmann, L. Kasprick^{1,2}, Gerinet Leipzig, Martin-Luther-Universität Halle/ Saale

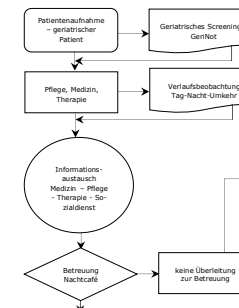
Hintergrund

Etwa 1,4 Millionen Menschen mit Demenz leben gegenwärtig in Deutschland. Neben der Abnahme kognitiver Fähigkeit sowie Verhaltensveränderungen stellt eine Tag-Nacht-Umkehr des Betroffenen eine weitere Hürde in der Betreuung für pflegende Angehörige und Klinikpersonal dar. Die Demenzerkrankten leiden unter Schlaflosigkeit in der Nacht gekennzeichnet mit Perioden der Unruhe bis hin zur nächtlichen Aktivität und der daraus resultierenden Müdigkeit am Tag.

Zielsetzung

In Kooperation mit dem HELIOS Park-Klinikum Leipzig und dem Gerinet Leipzig wird eine nächtliche Versorgungsstruktur - dem Gerinet Nachtcafé - für Menschen mit Demenz umgesetzt. Ziel ist es den Betroffenen Sicherheit und Ruhe während des Klinikaufenthaltes zu vermitteln und Arbeitsentlastung des Pflegepersonals während der Abend- und Nachtstunden nachhaltig zu gestalten.

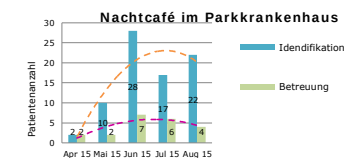
Klinischer Betreuungspfad Demenz



Der geriatrische Risikopatient wird in der Notfallaufnahme oder als elektiver Patient sektorenübergreifend erkannt und direkt an den klinischen Betreuungsdienst weitergeleitet.

Versorgungsverlaufsforschung

Das erste halbe Jahr zeigt, dass zahlreiche Betreuungen stundenweise erfolgten. Es war in nur zwei Fällen eine durchgehende Nachtbetreuung notwendig. Erste Tendenzen zeigen, dass die Unruhezustände abnahmen und in der Beobachtung der Betroffenen weniger Weg-/ Hinlauffrequenzen aufkamen.



Zwischenergebnis

Die Pflege- und Ärzteschaft erfuhren erste Entlastungen in der Betreuung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen.

Ausblick

Vor diesem Hintergrund skizziert das Vorhaben eine Möglichkeit, die aufgezeigte Forschungslücke zu schließen. Die patientenorientierte Forschungsarbeit dient nicht nur der Identifizierung, sondern thematisiert und sensibilisiert für die Entwicklung eines adäquaten Versorgungsstandards für diese Patientengruppe. Es schließt sich eine Hauptstudie zur Versorgungsverlaufsforschung an.

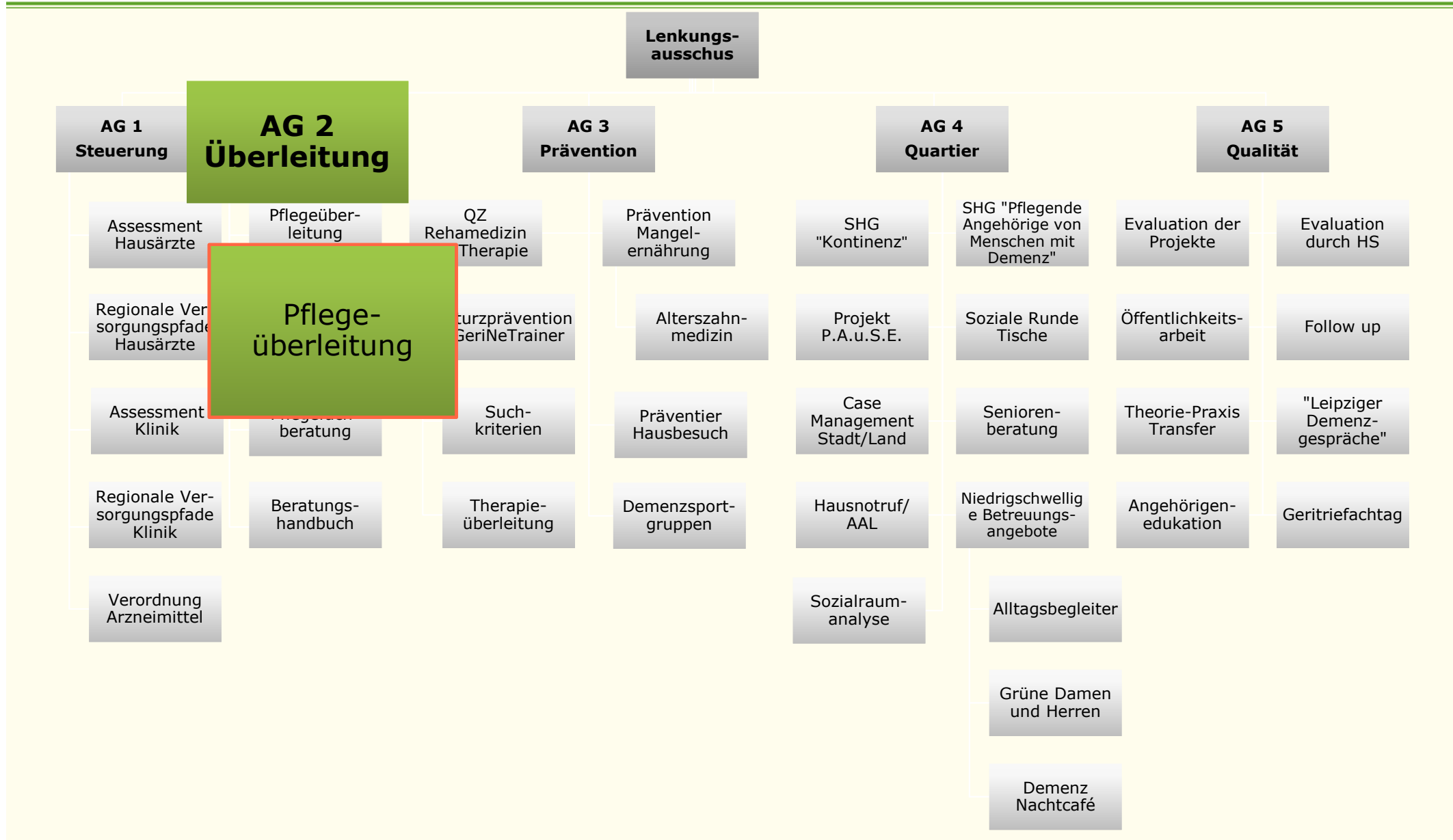
Kontakt: Gerinet Leipzig • Pestalozzistr. 9 • 04442 Zwenkau • Nadine.Weizenmann@gerinet-leipzig.de • Lysann.Kasprick@gerinet-leipzig.de

Gerinet Nachtcafé
unterstützt durch:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

 **Lokale Allianz für
Menschen mit Demenz**

AG 2 Überleitung



Handungsleitfaden

- Einigung auf Kerninhalte bei der Überleitung
- Jede Einrichtung gleicht eigenen Überleitbogen mit Kerninhalten
- Teilnehmer verpflichtet zur Entlassung nach Überleitung zu informieren

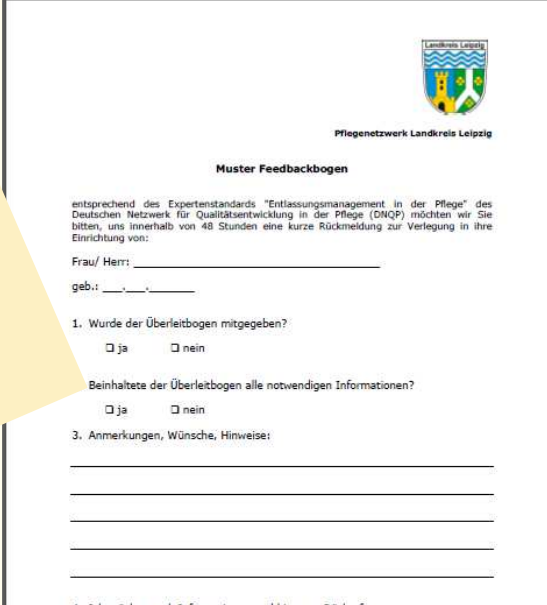
Feedback

- Qualität
- Mitarbeiter

Standardisierte Schulungsprogramm

- flächendeckendes Ausrollen und Kontrolle der Umsetzung

- Nachhaltigkeit –
- Erfüllung der Strukturqualität
- über Teilnahme –



Muster Feedbackbogen

entsprechend des Expertenstandards "Entlassungsmanagement in der Pflege" des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) möchten wir Sie bitten, uns innerhalb von 48 Stunden eine kurze Rückmeldung zur Verlegung in Ihre Einrichtung von:

Frau/ Herr: _____
geb.: ____/____/____

1. Wurde der Überleitbogen mitgegeben?
☐ ja ☐ nein

Beinhaltet der Überleitbogen alle notwendigen Informationen?
☐ ja ☐ nein

3. Anmerkungen, Wünsche, Hinweise:

4. Ich möchte noch Informationen und bitte um Rückruf:



Handlungsleitfaden zum Überleitbogen im Landkreis Leipzig

Ziel Ziel ist es das Überleitungs- und Entlassungsmanagement zu optimieren sowie die Pflege und Betreuung der Patienten im Landkreis Leipzig zu verbessern.

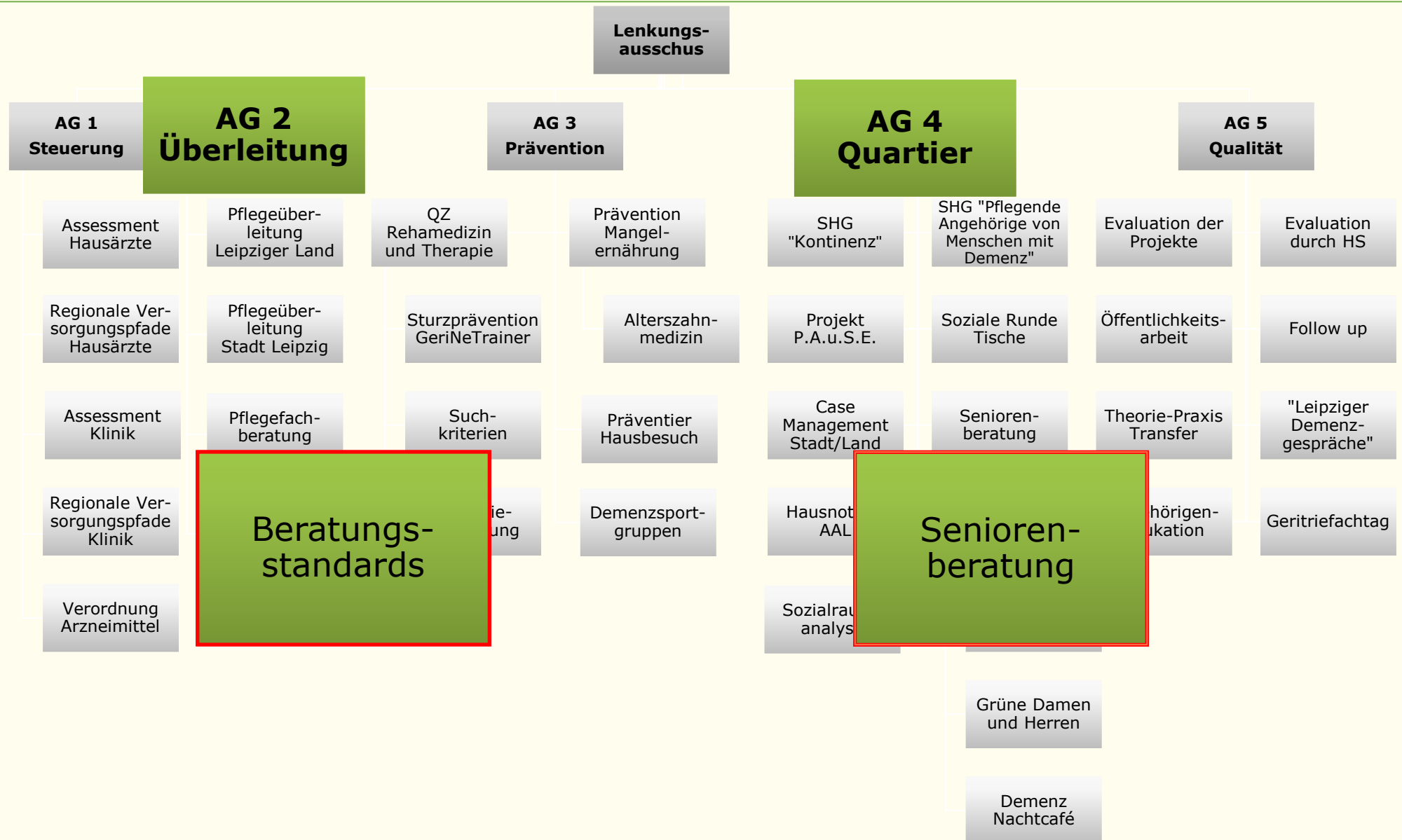
Grundsätze 1. Grundlage des Handlungsleitfadens bildet der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege.
Die Mitglieder der AG 2 des Pflegenetzwerkes Leipziger Land haben sich auf folgende Kerninhalte verständigt. Jede Einrichtung nutzt weiterhin den eigenen Überleitbogen und gleicht diesen mit dem vorliegenden Leitfaden ab.

Inhalte	Mitgabe
1. Patientendaten	→ Personalausweise, Chipkarte, Sonstiges → Kopie des Betreuerausweises
- Personalien, Kontaktdaten - Angehörige/ gerichtlich bestellter Betreuer mit Kontaktdaten - Hausarzt mit Kontaktdaten - Lebenssituation: häuslich, ambulante/ stationäre Pflege - Kommunikationsmöglichkeiten, Notwendigkeit v. Hilfsmitteln - Pflegestufe - Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht - Patienteneigentum	→ Brille, Hörgerät, Zahnprothese → Kopien von Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht → Bargeld, Schmuck, Schlüssel – unter wessen Aufsicht

- Erarbeitung mit gesetzlichen privaten und gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen
- Verknüpfung mit regionalen Versorgungspfaden
- Zielgruppe: Experten
- Möglichkeit: Ausdruck/ Kopie von einzelnen Leistungen für eine standardisierte Beratung mit individualisierter Hilfe- und Versorgungsplanung
- Förderung BMFSJ



AG 2 Überleitung & AG 4 Quartier



Trägerübergreifende Seniorenberatung im Landkreis Leipzig (Postersession)

- Sachsen: keine Pflegestützpunkte
- Trägerübergreifende Seniorenberatung: Sicherstellung von Sprechzeiten aufgrund Kooperationstätigkeit der sozialen Akteure in Zwenkau und Kranken- und Pflegekassen
- Grundlage: **Beratungshandbuch**
- Erstellung Beratungspfad und -standards
- weitere 3 Standorte aufgebaut
= DHW-Förderung



**Zwenkauer
Seniorenberatung**
trägerübergreifend durch

**Beratungen im
Januar / Februar 2015**

13.01. Pflegestärkungsgesetz I
Welche Leistungen sind für
Pflegebedürftige und Angehörige
neu

27.01. Pflegestufe –
Leistungen, Voraussetzung, Antrag

**10.02. Unterstützung für pflegende
 Angehörige**
Welche Leistungen –
kosten übernimmt die
Versicherung, welche Kosten
übernehmen die Angehörigen

17.02.02 Uhr
Zwenkau
Heister-Ahnert-Platz 1)
Zi.110, Erdgeschoss


möglich bei
03-42125)

- Sachverhalt, Leistungen, Anspruchsvoraussetzung, Antragsverfahren, Ansprechpartner in der Region
- Themen: Pflege, Entlastung pflegender Angehöriger, Behinderung, Vorsorgevollmacht, Betreuung...
- Anpassung, Aktualisierung, Erweiterung

Sozialmedizinisches Beratungshandbuch (trägerübergreifende Seniorenberatung)

Ambulante Pflegeleistungen gemäß SGB XI



Sachverhalt	Infolge körperlicher, geistiger oder seelischer Erkrankung oder aufgrund einer Behinderung benötigen Personen Hilfe für gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens. Dabei können diese in Form von Geld- und/ oder Sachleistungen auf Dauer, jedoch für mind. 6 Monate in Anspruch genommen werden.			
Leistungen	Leistungen bei häuslicher Pflege: • Pflegesachleistung § 36 SGB XI: Pflegebedürftige haben Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch Pflegepersonal eines Pflegedienstes oder einer Sozialstation • Pflegegeld § 37 SGB XI: Anstelle einer formellen Versorgung können Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung durch Familienangehörige, Nachbarn oder Freunde sichergestellt werden • Kombinationsleistung § 38 SGB XI: Nimmt der Pflegebedürftige die zustehende Pflegesachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er ein anteiliges Pflegegeld			
	Pflegestufe	Pflegesachleistung	Pflegegeld	
		ohne e A'	mit e A'	ohne e A'
	0	–	231 €	–
	I	468 €	689 €	244 €
	II	1.144 €	1.298 €	458 €
	III	1.612 €	1.612 €	728 €
	Hürtefall	1.995 €	1.995 €	–

e A' → eingeschränkte Alltagskompetenz gemäß § 45 a SGB XI

Leistungen zur Entlastung der Pflegeperson und Sicherstellung der Pflege:

- Verhinderungspflege § 39 SGB XI: Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr bis zu 1.612 €. Zusätzlich kann bis zu 50 % des Leistungsbetrags für Kurzzeitpflege (806 €) für Verhinderungspflege ausgegeben werden. Ein Anspruch besteht max. in Höhe von 2.418 € (150 %)
- Kurzzeitpflege § 42 SGB XI: Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht eine teilstationäre Pflege nicht aus, besteht ein Anspruch auf Ersatzpflege in einer vollstationären Einrichtung bis zu vier Wochen je Kalenderjahr in Höhe von 1.612 €. Ein noch nicht verbuchener Leistungsbetrag für Verhinderungspflege kann für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt und bis auf 8 Wochen ausgeweitet werden
- Tages- und Nachtpflege § 41 SGB XI: → Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 SGB XI
- Pflegehilfsmittel § 40 SGB XI: Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen sollen. Die Aufwendungen dürfen den monatlichen Betrag von 40 € nicht übersteigen

Autorenkennzeichnung:
Scholz, Baldan, Kasprick, Weitzmann

Rev. 0

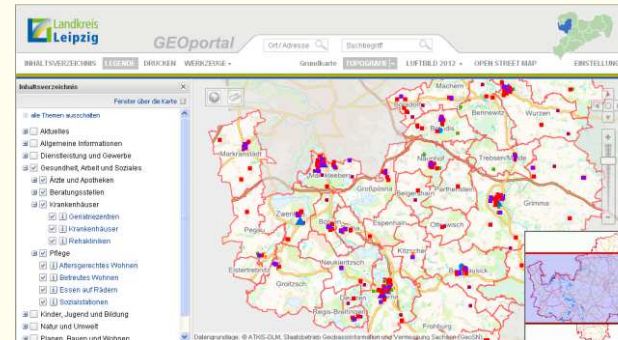
Erste Auflage 2014/ 2015

Transparenz – Strukturen in der Region

Verknüpfung mit vorhandenen Datenbanken

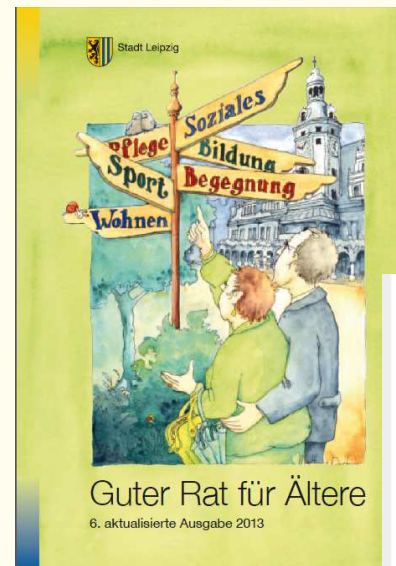
1) Landkreis Leipzig:

- Versorgungs- und Beratungsübersicht
- www.geoportal-lk-l.de



2) Stadt Leipzig:

- Guter Rat für Ältere
- www.kompass-leipzig.de

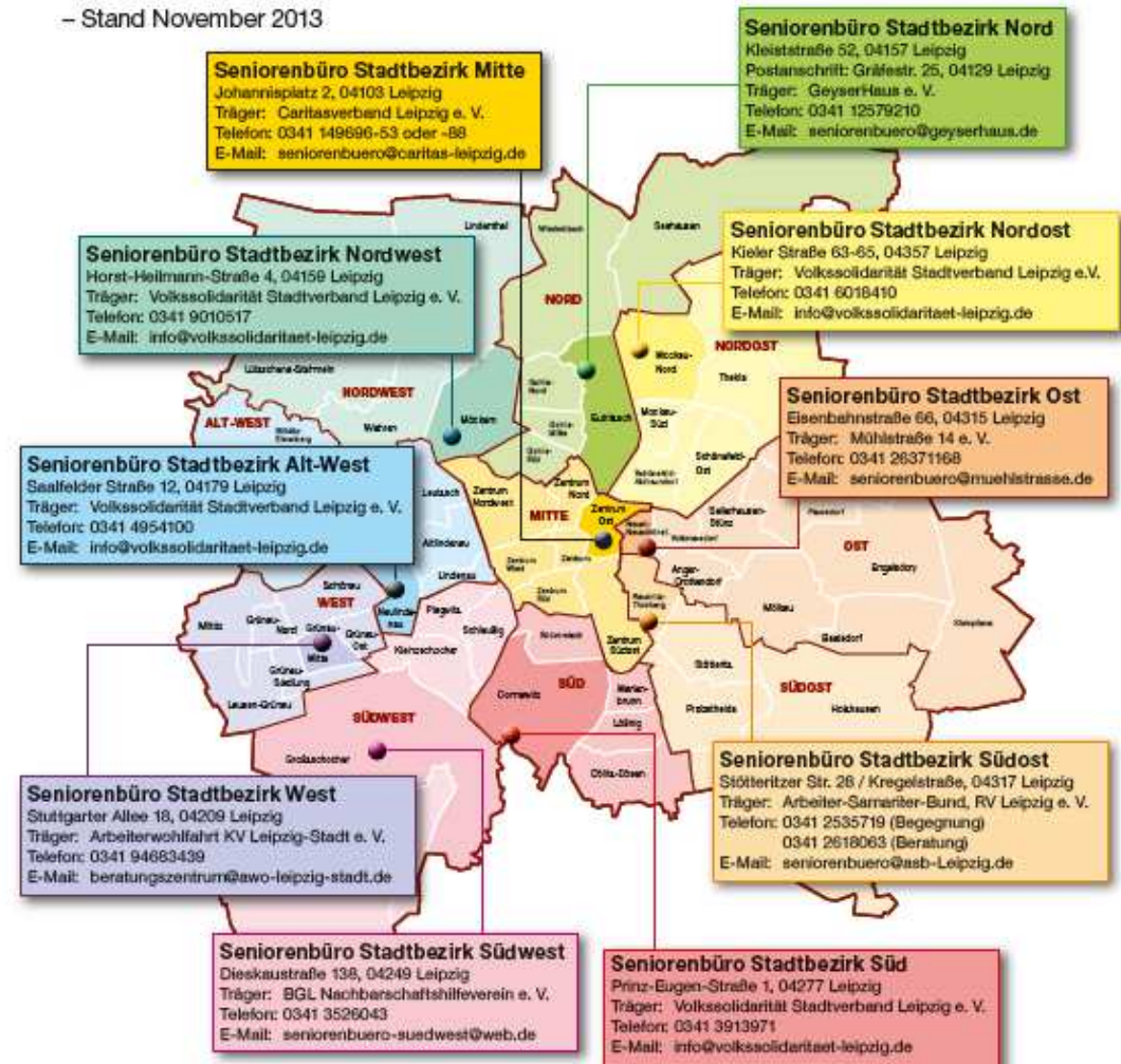


Seniorenbüros Stadt Leipzig

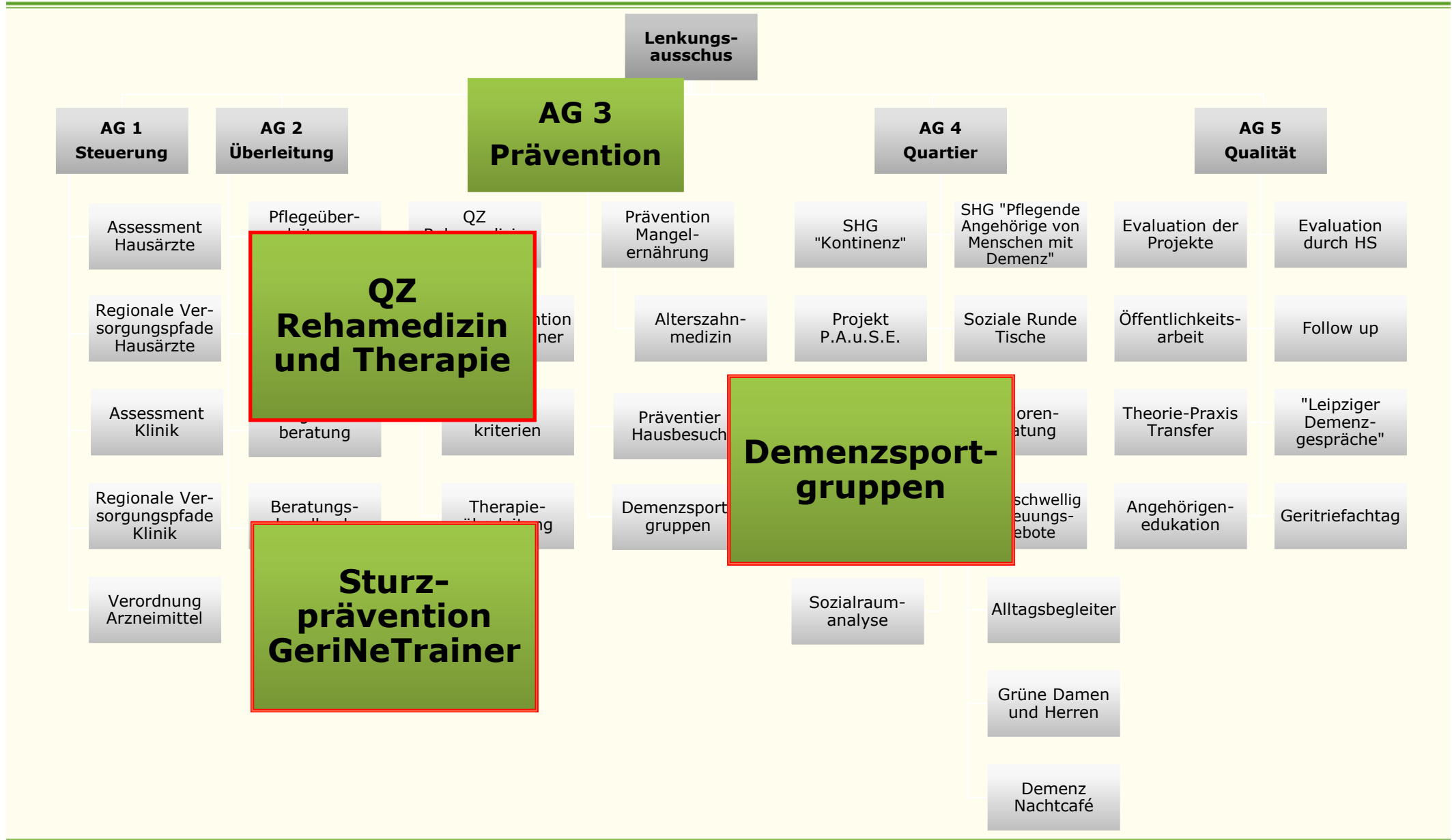
... für die Stadt und das Land!

- Anlauf- und Beratungsstellen in den Stadtteilen
- Information, Beratung und Unterstützung durch qualifizierte Fachkräfte
- Keine Standardisierung
- Keine Evaluation
- Schwierigkeiten mit Trägerorientierung

– Stand November 2013



AG 3 Prävention



- **Optimierung der Versorgung** an Demenz erkrankter Menschen für ein Wohnen in der eigenen Häuslichkeit/Quartier
- Fokus auf dem **Erhalt der Mobilität** und **Aktivierung** im Sinne einer Prävention z.B. Stürze, Verlust der Selbstständigkeit
- Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden, Sporttherapeuten, Gesundheits-, Pflege-, Betreuungspersonen, sportinteressierte Personen
- standardisiertes modulares Curriculum
- Motto „**Präventionsprogramm für Jedermann**“



GeriNet Leipzig
... für die Stadt und das Land!

Werde GeriNeTrainer!



Einladung
Qualifizierung GeriNeTrainer

Medica Klinik,
Käthe-Kollwitz-Str. 8, Leipzig
3. Etage, Konferenzraum

gefördert durch:

STAATSMINISTERIUM
FÜR SOZIALES UND
VERBRAUCHERSCHUTZ



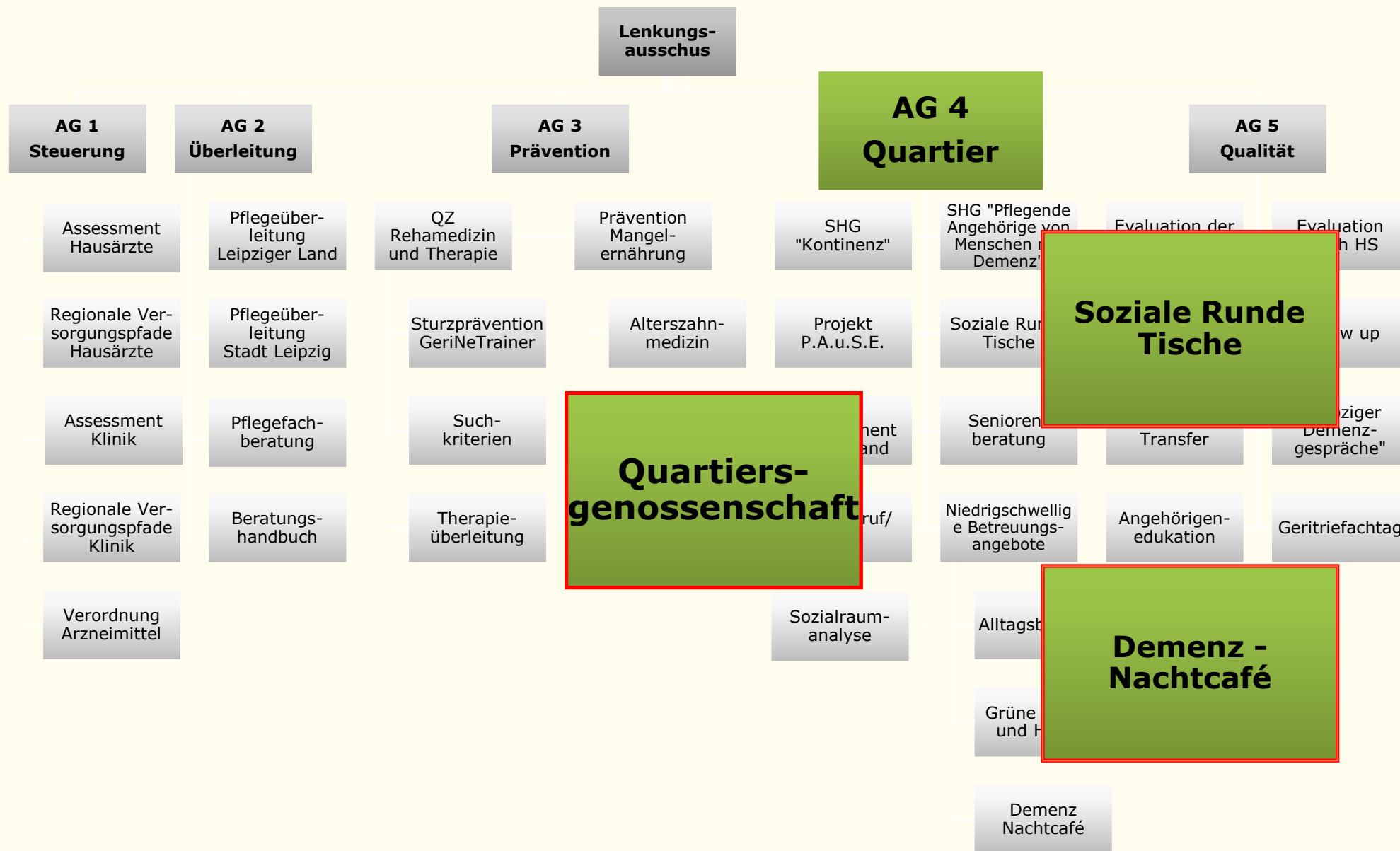
Freistaat
SACHSEN

AG 3 Prävention - Demenzsportgruppen

- Aufbau quartiersnaher Sportgruppen
- sportinteressierte Senioren, Menschen mit Demenz, Bewegung trotz geriatrischer Multimorbidität
- Ziel: Erhalt von Fähigkeiten, Selbstständigkeit, Sturzprävention, Aufbau von Muskulatur, Balance
- Verlaufs- und Versorgungsforschung
- Erfassung des Gesundheits- und Versorgungszustands, Lebensqualität,
- flächendeckende Übertragung in die Praxis



AG 4 Quartier



Sozialer Runder Tisch – Zwenkau, Wurzen

Plattform für Akteure verschiedener Professionen und interessierte Bürger zum Dialoggesundheitlicher und sozialer Themen

Ziele:

- Bürgerpartizipation, Bedarfserkennung und –lösung, Region miteinander - füreinander

Themen:

- Aktuelles, Entwicklungen
- Versorgungs- und Beratungsstrukturen
- Ehrenamtsstrukturen, Mitarbeitergewinnung
- Prävention (Bewegungsgruppen, zahnärztliche Versorgung)

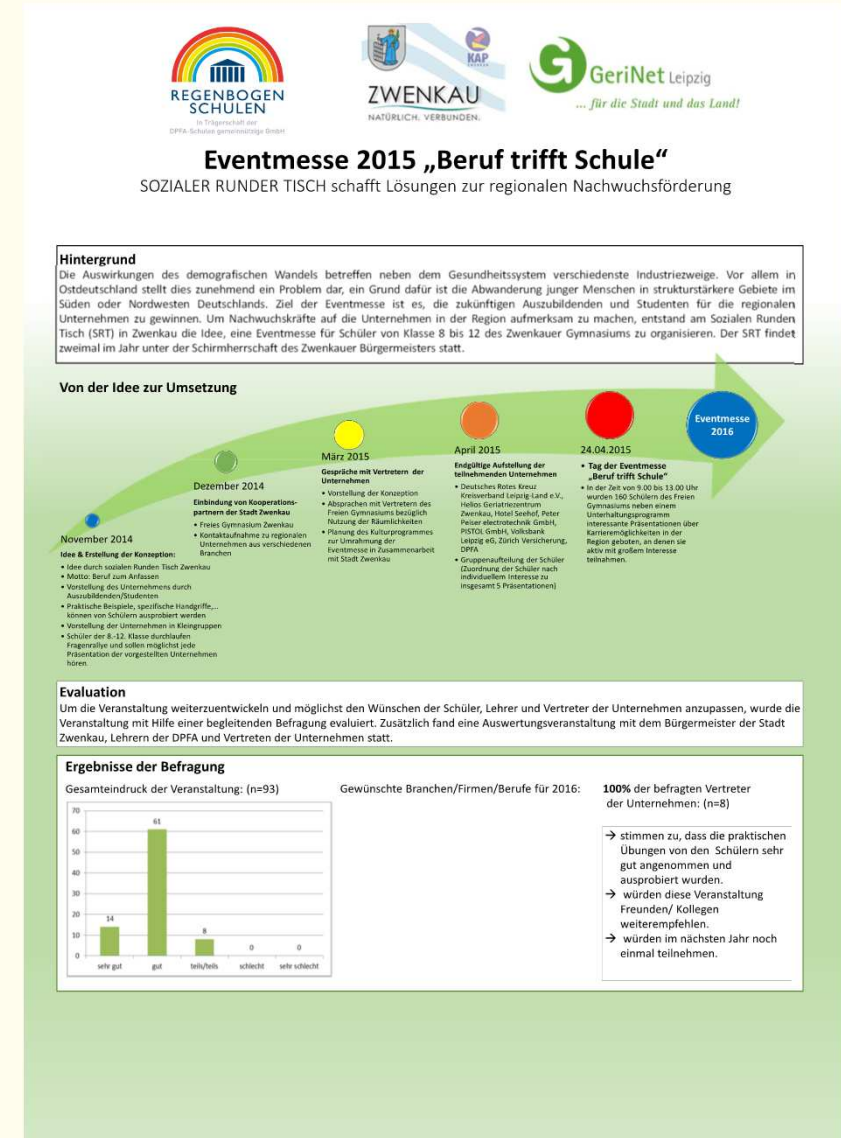


Sich Kennen und Schätzen, Probleme Lösen

Beruf trifft Schule – Eventmesse Nachwuchsförderungspfad

Ziel: Nachwuchs im ländlichen Raum halten und Unternehmen der Region kennenlernen

- Ergebnis des Sozialen Runden Tisches Zwenkau
- April 2015/ September 2016/ August 2017 – regionale Eventmesse
- Ferienjobs/ Schülerpraktika
- 15 Unternehmen bereits Auszubildende/ Praktikanten erhalten



- Unterstützer:
Bundesverband AWO
- Förderer: DHW
- Verknüpfung mit
Zeitsparkonten
 - Hilfeleistung in
Punktwerte erbringen,
um diese später bei
Hilfebedarf einzulösen
- „Meine Zeit für Dich und
später dann für mich“

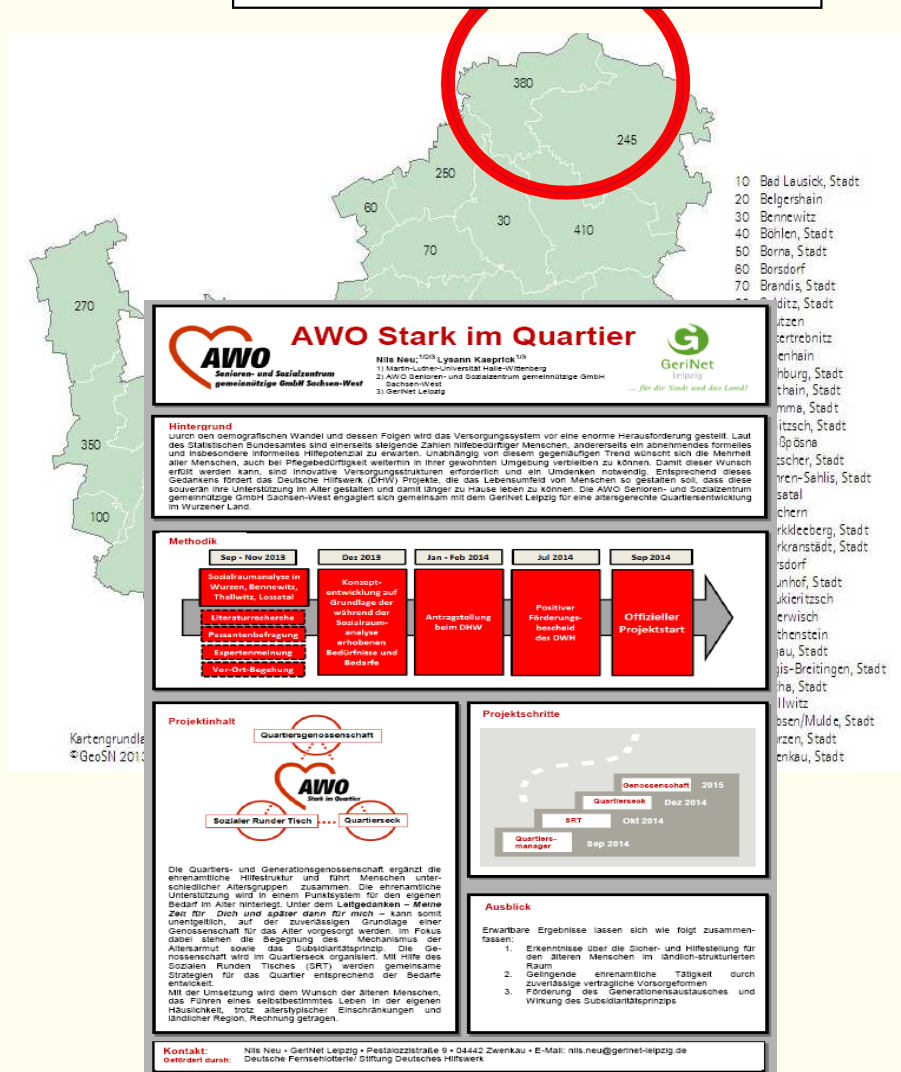


Abbild.: <http://www.24gb.de/Gallery/freitag/005-lustige-gb.jpg>, 26.11.13

AG 4 Stark im Quartier/ Quartiersentwicklung

- **Erste Sächsische Quartiers- und Generationengenossenschaften**
- **Ziel:** Vernetzung der Leistungen und Akteure im Quartier, Unterstützung und Betreuung zum Verbleib in der Häuslichkeit, Nachbarschaftshilfe, Schaffung generationsübergreifender Begegnungsmöglichkeiten, zentrale Anlaufstellen
- 01.09.2014 Projektstart = Förderung DHW
- 1. Sozialer Runder Tisch (Januar 2015)
- Gründung Quartierseck (Mai 2015)
- Quartiersgenossenschaft 16.3.2016

Sozialraum Wurzener Land

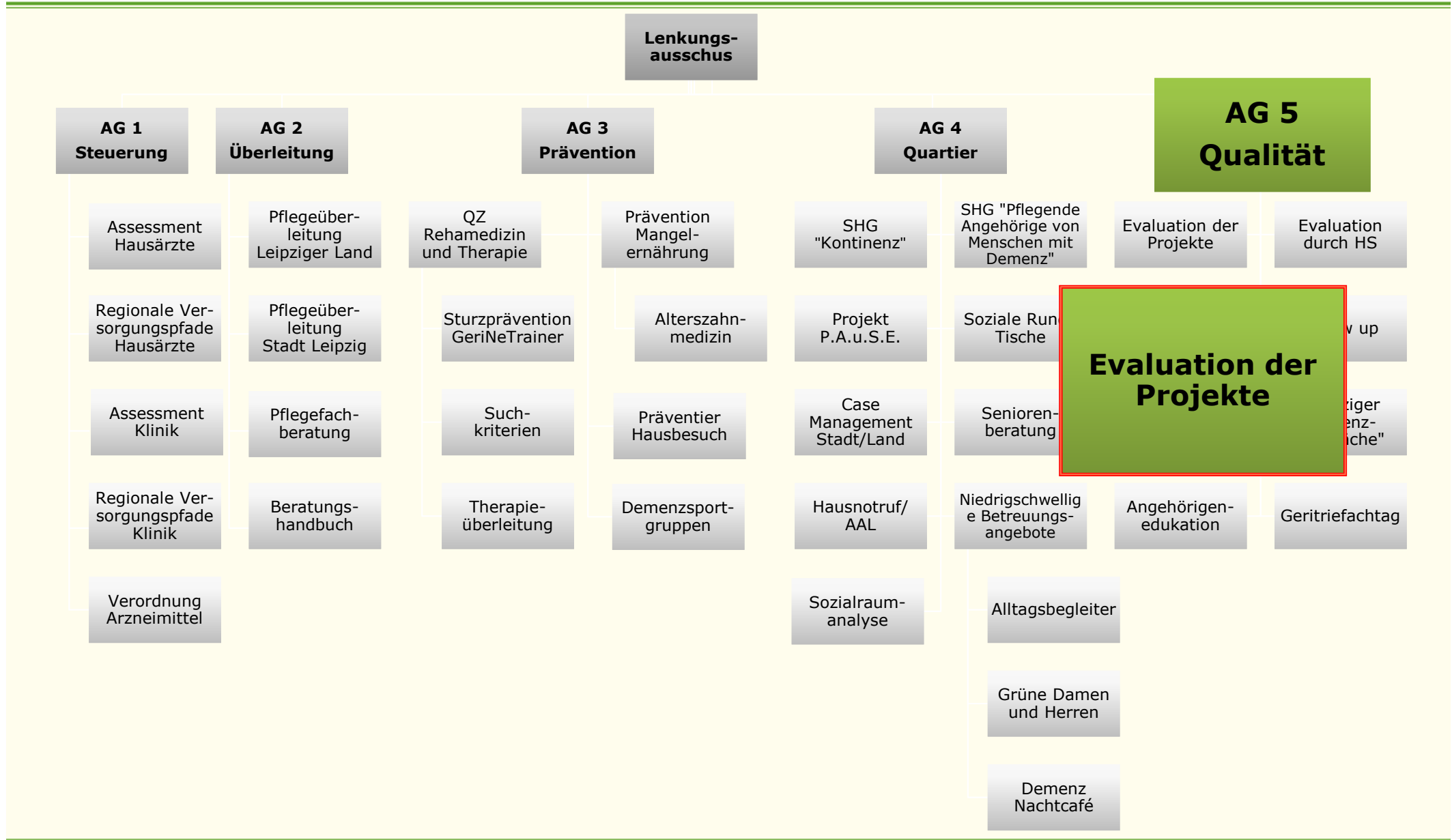


Ehrenamtliche Unterstützung

Ehrenamtliche Hilfe für Senioren

Aufenthalt	Zu Hause / Teilstat.				Stationär		Hospiz/ Palliativ
Hilfebedarf	ohne Pflegestufe	mit Pflegestufe	Demenz		Krankenhaus/ Reha	Pflegeheim	Sterbebegleitung
Projektname	Alltagbegleiter	Besuchs- und Begleitdienst	Nachbarschaftshelfer	Nachtcafé	Grüne Damen und Herren	DRK	Hospiz- und Palliativberatung
Unterstützung	- Gespräche führen - Spazieren gehen - zum Arzt begleiten - beim Einkauf helfen - usw.		- spezifische Tagesbetreuung - Biografiearbeit - Gespräche führen - Spazieren gehen - zum Arzt begleiten - beim Einkauf helfen	- spezifische Nachtbetreuung - Biografiearbeit - Gespräche führen - Spazieren gehen	- Gespräche führen - Spazieren gehen - kleine Erledigungen - zur Therapie begleiten - usw.		- Sterbebegleitung und Besuchsdienst - Vermittlung von Palliativberatung - Trauereinzelnbegleitung - Vermittlung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht
Wertschätzung	- Aufwandsentschädigung - Schulung - Erfahrungsaustausch	- Aufwandsentschädigung - Schulung - Erfahrungsaustausch	- Aufwandsentschädigung - Schulung - Erfahrungsaustausch	- Aufwandsentschädigung - Schulung - Erfahrungsaustausch	- Fahrtkostenerstattung - Schulung - Erfahrungsaustausch	- Aufwandsentschädigung - Schulung - Erfahrungsaustausch	- Aufwandsentschädigung - Schulung - Erfahrungsaustausch
Kontakt-daten	DRK Leipzig Land Frau Haunschild-Liebig 034203/49157 www.alltagsbegleitung-sachsen.de	Diakonie Leipziger Land Frau Franke 03437/701622 corinna.franke@diakonie-leipzig-land.de www.diakonie.de	Koordinierungsstelle für Nachbarschaftshilfe 0371/4710031 koordinierungsstelle@nachbarschaftshilfe-sachsen.de www.nachbarschaftshilfe-sachsen.de	Gerinet Leipzig Frau Weizenmann 034203/42157 nadine.weizenmann@gerinet-leipzig.de www.gerinet-leipzig.de	Geriatrizentrum Frau Rauschenbach 034203/42156 katharina.rauschenbach@helios-kliniken.de www.helios-kliniken.de	DRK Leipzig Land Herr Kühling 034203/49110 o.kuehling@drk-leipzig-land.de www.drk-leipzig-land.de	Caritasverband Leipzig e.V. Frau Konnegen Frau Pfeil 03433/2486926 hospiz.leipziger-land@caritas-leipzig.de www.caritas-leipzig.de

AG 5 Evaluation



AG 5 Evaluation – Beispiel Verlaufsbeurteilung/ Überleitung

- März 2012 entlassene Reha Pat. (n=86) (Einwilligung n=78)
- Interview 3 Monate nach Entlassung
- Fragestellung: Versorgung, Unterstützung, Wünsche
- Probleme: Ablehnung der PS, Ablehnung der Therapie, fehlende Hausbesuche
- Wünsche: Spaziergänge, soziale Kontakte, kulturelle Angebote

Tabelle: Soziodemografische Beschreibung der Stichprobe, Versorgungssituation beim Follow-up

Variable	Merkmal	Gesamt
Alter	Alter in Jahren	81,7 J. $\pm$ 5,4
Geschlecht	Frauen	21
Barthel-Index	Veränderung zur Entlassung	-1,9 Punkte
Wohnsituation (bei Aufnahme/bei Follow-up)	Allein	15/14
	Mit Angehörigen	11/11
	Betreutes Wohnen	4/4
	Altenpflegeheim	3/4
Medizinische Versorgung	Erneute Krankenhausbehandlung	11
	Konsolidierung Hausarzt	30
	Konsolidierung Facharzt	18
Hilfebedarf	Pflegestufe vorliegend	16
	Ausschließlich informelle Hilfe	14
	Ausschließlich formelle Hilfe	1
	Formelle und informelle Hilfe	14
Therapie (Empfehlung laut Arztbrief/nach Reha tatsächlich Erhalten)		
	Physiotherapie	27/23
	Ergotherapie	8/1
	Logopädie	2/0

AG 5 Qualität - Seniorenberatung

... für die Stadt und das Land!

- Wissenschaftliche Begleitforschung
- März 2013 - Sept. 2014 (N=122)
- Schwerpunktthemen:
- Vorsorge, Pflege, Prävention
- Qualitätsmanagementhandbuch
- Erarbeitung eines standardisierten Beratungshandbuch



Die nächsten Schritte

- Mobile und ambulante Rehabilitation
- Digitalisierung – Anwendung des Geriatrieboards
- Verhandlung Telemonitoring/ Videosprechstunde des telemedizinischen CareCoordinationCenter
- Papierfreie Überleitung 4 KH/ 120 HA-FA-Praxen
- Herausgabe Kitteltaschen Check up – Rezeptierung
- Sozialmedizinisches Beratungshandbuch



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Lysann Kasprick
Netz-/Projektmanagement
Projektleitung: ATMoSPHÄRE
Projektleitung: Nachtcafé
Projektleitung: CareCasemanagement
Aufsichtsrat: Quartiers- und
Generationengenossenschaft Wurzeln eG
Projektleitung: GeriNurse/ GeriNeTrainer

Tel.: (0 34 203) 4-2124
Fax: (0 34 203) 4-2158
Mobil: (0152) 54 777 606
E-Mail: info@gerinet-leipzig.de
www.gerinet-leipzig.de





Vielen DANK ...