

Die Idee einer neuen Versorgungsform.

Details zu RubiN



**Das Projekt
RubiN**

2017 haben Vertreter von Kostenträgern, Medizin und Pflege gemeinsam RubiN als neue Versorgungsform inhaltlich konzipiert.

Das Vorhaben wird aus dem Innovationsfonds gefördert.

Konsortialführer ist die BARMER, die Laufzeit beträgt 3 Jahre (01.07.2018-30.06.2021).

Ziel von RubiN ist die Entwicklung einer bundesweiten Versorgungsform, die es alte Menschen ermöglicht, möglichst lange in ihrer Häuslichkeit verbleiben zu können.

Die Umsetzung wird in den nach §87b SGB V zertifizierten Praxisnetzen im Ammerland, in Lauenburg, Lippe, Siegen und Leipzig unter Einbezug der Vorarbeiten aus der EU-Modellregion Leipzig realisiert und evaluiert.




Das Projekt RubiN

Für die Evaluation wird ein Vergleich zu den ebenfalls zertifizierten Praxisnetze in Bünde, Lingen und Köln herangezogen.

Das Konsortium wird ergänzt durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern aus Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Westfalen Lippe und Nordrhein sowie Kostenträgern und geriatrischen Fachgesellschaften und -organisationen.

Eine Besonderheit in RubiN stellt die Einbindung einer rechtlichen Expertise dar. Viele Rechtsfragen interprofessioneller Kooperationen sind unter dem Eindruck neuer Gesetzgebung und Antikorruptionsaspekten ungeklärt und müssen vor Überführung in die Regelversorgung analysiert werden.




**RubiN als neue
Versorgungs-
form**

Qualifizierte Fachkräfte (Care- und Case-Manager) besuchen Patienten ab 70 Jahre im häuslichen Umfeld und erheben Informationen über die gesamte Lebenssituation.

Die Ergebnisse werden in eine ganzheitliche Versorgungsplanung überführt.

Die Case-Manager haben wesentlich mehr Zeit für die Patienten und ihre Bedürfnisse als in der Arztpraxis.

Die Modellregionen kooperieren dabei mit anderen Versorgungsbereichen und leiten in deren Betreuung über. (zum Beispiel Pflegestützpunkte).



**RubiN als neue
Versorgungs-
form**

Die Patienten und ihre (pflegenden) Angehörigen werden informiert, orientiert und entlastet.

Daneben werden Versorgungsangebote vor Ort analysiert und katalogisiert.

Bei Bedarf werden Versorgungslücken durch eigene neue Initiativen geschlossen. (z.B. altersentsprechende Bewegungsangebote)

Die Care- und Case-Manager sind nach den Fachcurricula für geriatrisches Care-und Case-Management (GeriNurse) sowie Telemedizin und Telecoaching (TeleNurse) ausgebildet und werden während des Vorhabens supervidiert.