



# Care Share 13

Ein Entwurf für ein zeitgemäßes Gesundheits- und Pflegesystem



Sonja Laag

Think Tank



# Care Share 13

„Den Kuchen einmal in einer weniger gewohnten Richtung anschneiden.“

*Hans F. Zacher*





# Ein System ist...

... ein aus mehreren Einzelteilen bestehendes Ganzes, das durch das Zusammenwirken seiner Bestandteile ein Ergebnis produziert.

Abgrenzung: Elemente ohne Ergebnisziel und zweckdienlicher Interaktion sind kein System.

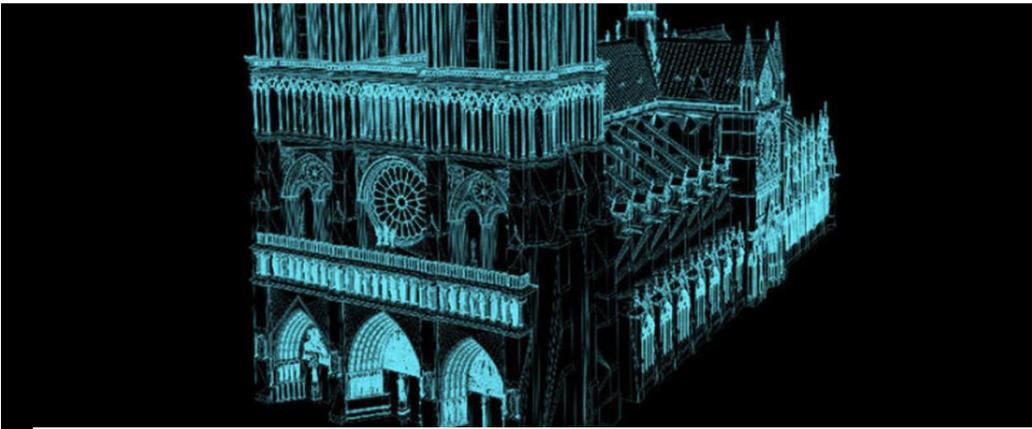


# Care Share 13: „Health in all Policies“-System

**TAGESSPIEGEL** Suche Anmelden ABO

Politik Internationales Berlin Gesellschaft Wirtschaft Kultur Wissen Gesundheit Sport Meinungen  
Liebe & Partnerschaft Genuss Queer Panorama Medien Familie Geschichte Reise

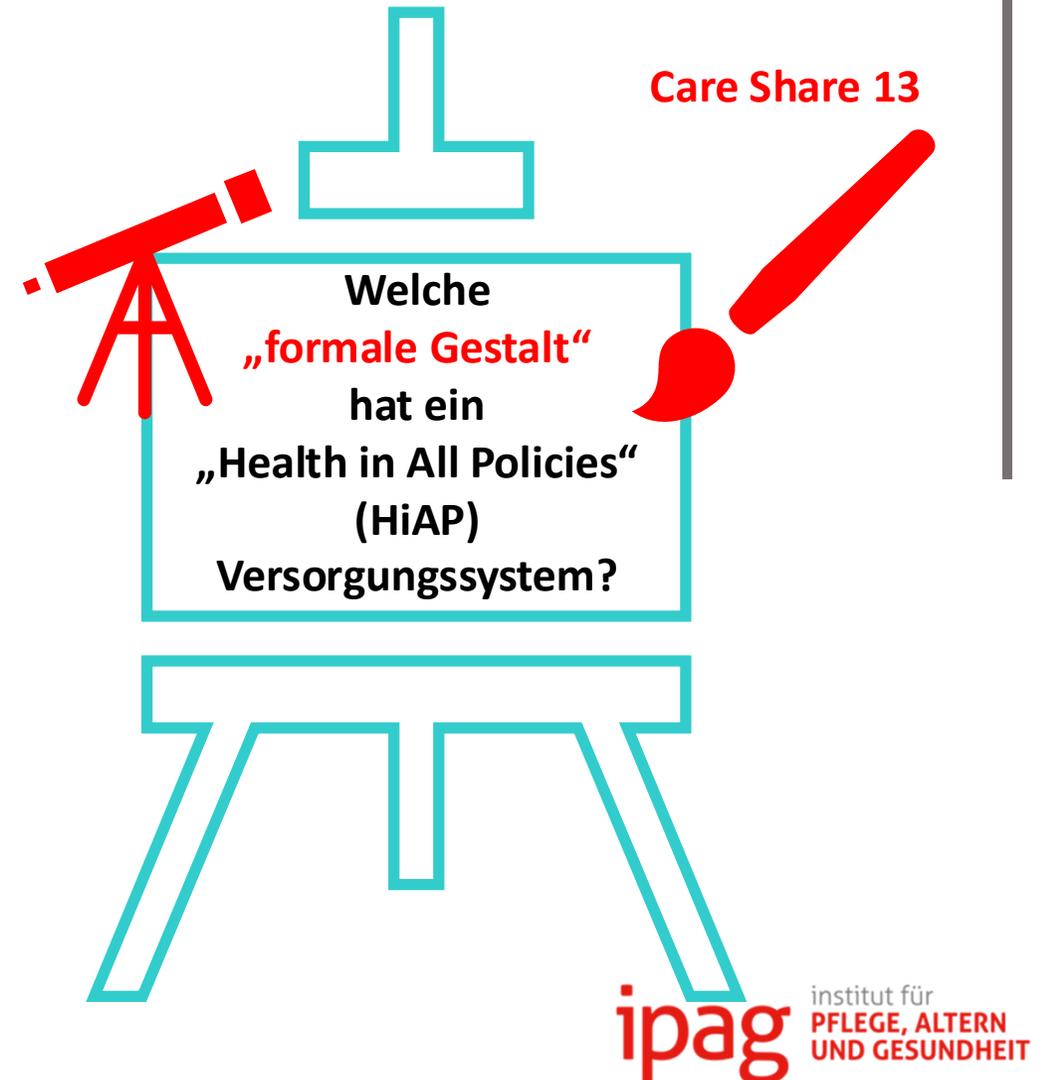
Gesellschaft Panorama Rekonstruktion dank Lasertechnik: Digitaler Scan könnte bei Wiederaufbau von Notre-Dame helfen



**Rekonstruktion dank Lasertechnik** Digitaler Scan könnte bei Wiederaufbau von Notre-Dame helfen

Der US-Historiker Andrew Tallon hat Notre-Dame aufwändig mit Lasertechnik vermessen. Diese Daten könnten jetzt entscheidend sein.

Von Lina Rusch und Christian Schröder  
16.04.2019, 13:26 Uhr





# Public Health in Deutschland 2025

View PDF

Download full issue



The Lancet Public Health

Volume 10, Issue 4, April 2025, Pages e333-e342

Health Policy

## Public health in Germany: structures, dynamics, and ways forward

Prof Hajo Zeeb MD <sup>a b</sup> , Prof Julika Loss PhD <sup>c</sup>, Dagmar Starke PhD <sup>d</sup>,  
Thomas Altgeld Dipl Psych <sup>e</sup>, Prof Susanne Moebus PhD <sup>f</sup>, Karin Geffert MD <sup>g h</sup>,  
Prof Ansgar Gerhardus MD <sup>b i</sup>

Show more

+ Add to Mendeley Share Cite

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00033-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00033-7)

Das IPP

Abteilungen & Arbeitsgruppen

Forschung

Lehre

Transfer



Bremer Gesundheitswissenschaftler veröffentlichen Health Policy-Beitrag im Lancet

In einer am 04.03.25 in der renommierten Fachzeitschrift *Lancet Public Health* erschienenen gesundheitspolitischen Übersichtsarbeit haben Prof. Hajo Zeeb (Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS) und Prof. Ansgar Gerhardus (Institut für Public Health und Pflegeforschung - IPP) mit ihren Koautorinnen den Stand und Perspektiven von Public Health in Deutschland analysiert. Als Kernprobleme werden eine fehlende Steuerung ohne Public Health Strategie, zu wenig Prävention bei zu viel teurer Reparaturmedizin und der Einfluss starker Lobbyinteressen beschrieben. Zu den Lösungen gehören den Autorinnen zufolge neben der Entwicklung einer starken Public Health Identität auch die Schaffung einer nationalen Public Health Strategie und der Mut, mit kommerziellen Interessen, die der Gesundheit der Bevölkerung entgegenstehen, entschieden umzugehen.



© Ansgar Gerhardus

Der Health Policy Beitrag ist entlang der wesentlichen Public Health Maßnahmen (EPHOs) strukturiert.

Der Artikel findet sich per Open Access unter:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468266725000337>

- Hohe Prävalenz vermeidbarer Risikofaktoren bei umfassender Versorgung und hohen Ausgaben
- Fehlende „Öffentliche Gesundheits-Identität“ (keine zentrale Institution, keine Kultur, keine Finanzierung)
- Fokus liegt stattdessen auf Heilbehandlung und starke Lobbyverbände
- Sektorisierung der Versorgung
- **Identität für öffentliche Gesundheit entwickeln durch Bund und Länder (vor dem Hintergrund der Digitalisierung).**

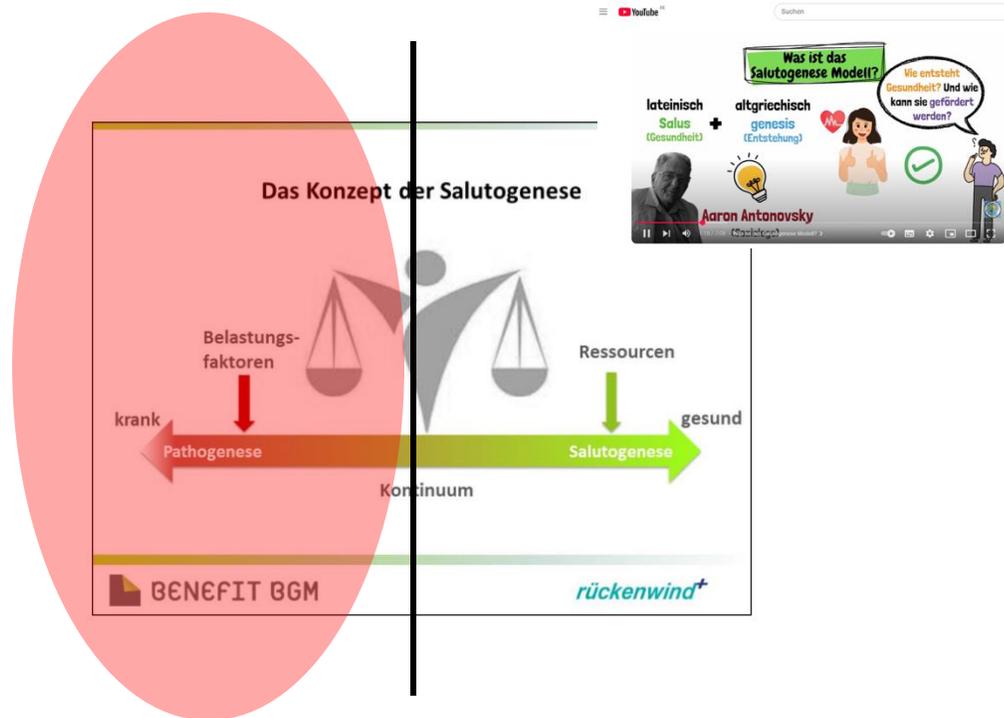


# Kontinuum ermöglichen im HiAP – System

Das deutsche Gesundheits-, Pflege- und Sozialleistungssystem ist „einseitig“ pathogenetisch.

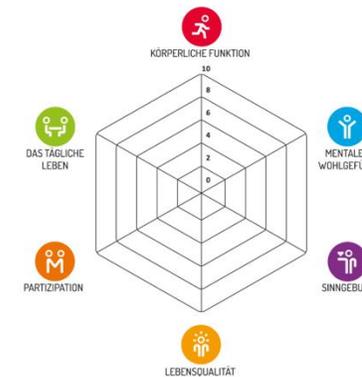
Das Kontinuum muss auch systemstrukturell angelegt sein (nicht nur Individualprävention).

*Es bleibt überall bei abstrakten Forderungen ohne Umsetzungsperspektive.*



Positive Gesundheit | Inspiration | Veranstaltungen | **POSITIVE GESUNDHEIT DEUTSCHLAND** | Netzwerk | News | Verein | **Mitmachen**

Positive Gesundheit ist das neue Konzept aus den Niederlanden, das eine neue Sicht auf Gesundheit ermöglicht.



### Positive Gesundheit ist

- Ein ganzheitlicher Blick auf Gesundheit
- Ein Tool, das zum Nachdenken anregt
- Ein Tool, das tiefe Gespräche auf Augenhöhe anregt
- Eine Bewegung für Gesundheit auf allen Ebenen

**Erfahren Sie hier mehr zu Positive Gesundheit**

**POSITIVE GESUNDHEIT DEUTSCHLAND**  
 Positive Gesundheit Deutschland e.V.  
 Gneseustraße 42  
 10961 Berlin  
 Telefon: 030.695 68 72-0  
 Telefax: 030.695 68 72-29  
 info@positive-gesundheit.eu

**bvpg** Bundesvereinigung  
 Prävention und  
 Gesundheitsförderung e.V.

Gemeinsam Gesundheit fördern.

Herausforderungen und Chancen zur Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung in der 21. Legislaturperiode

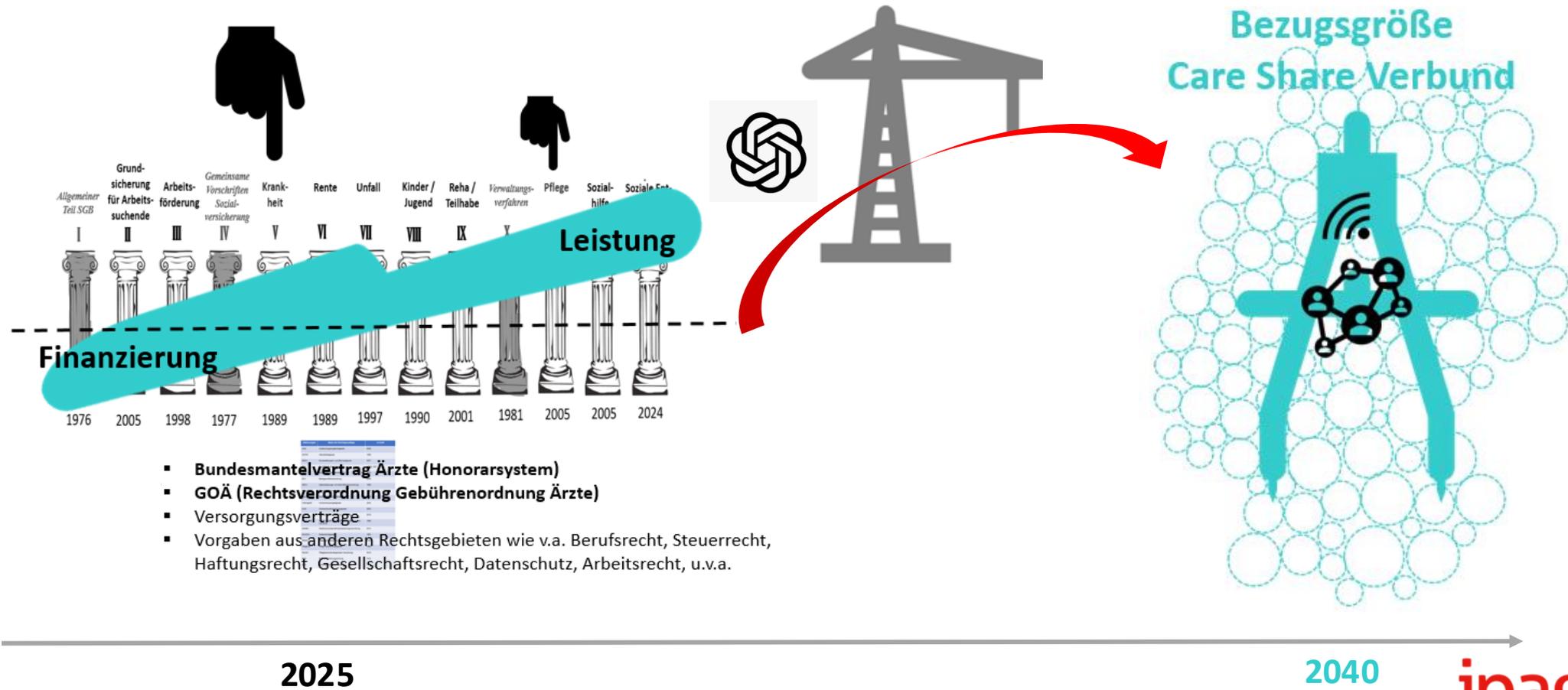
Policy Paper der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) Januar 2025

**ipag** institut für  
**PFLEGE, ALTERN  
 UND GESUNDHEIT**



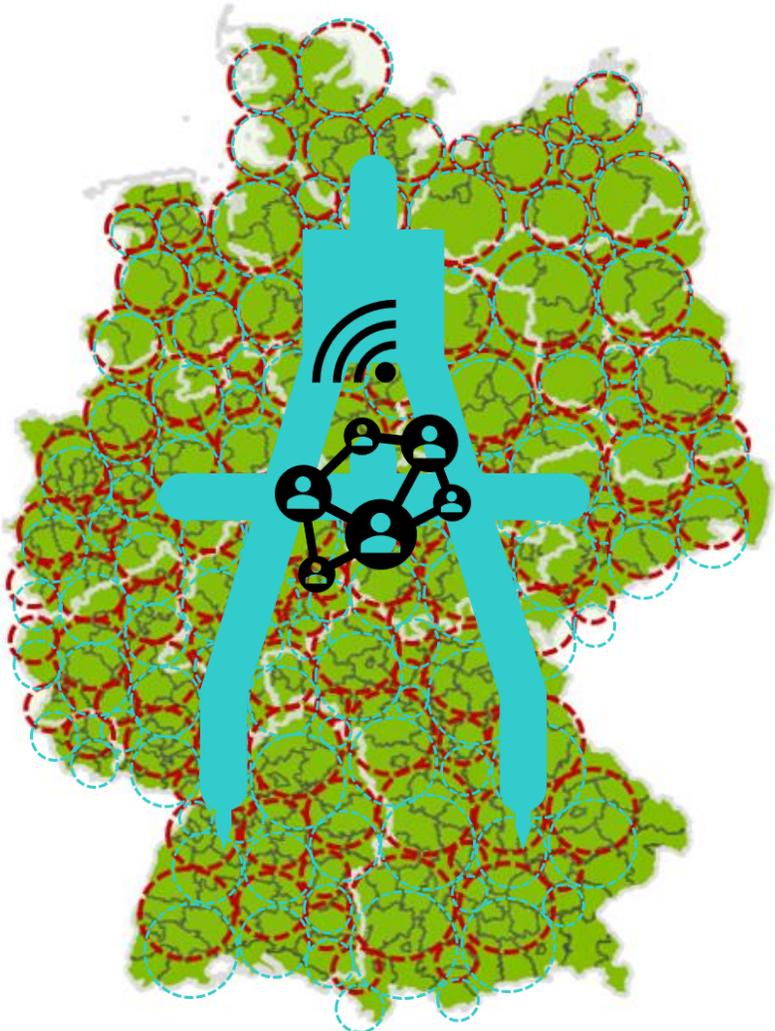
# Care Share 13 ist auch Prozess

Vom „Bismarck“-System zum Care Share-System (Ökozeitalter)





# Care Share 13: Neue Systemrechts-Hardware



Neue „Rechts-Hardware“: Zielstruktur **Regionaler Care Share Verbund** als neue durchgängige **Verantwortungsrechtsstruktur** statt getrennter Sicherstellungsaufträge.



Shared Leadership aus alten und neuen Akteuren; gemeinwohlorientiert & kooperativ



Integrierte & interprofessionelle Strukturen der Planung, Steuerung- und Finanzierung sowie neue Kontrollstrukturen.



Integrierte & interprofessionelle Versorgungsverträge + neue Leistungskataloge



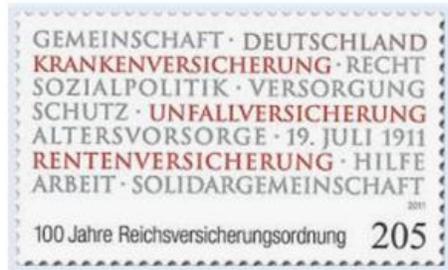
# Care Share 13 ist Neustrukturierung

**1975  
SGB**



**Ziel 1911 und 1975**

**1911  
RVO**



**1883**



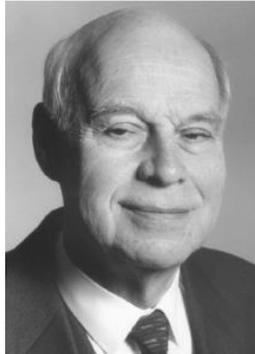
Bismarck  
Kranken-, Unfall-,  
Invalidenversicherung +  
Versorgungs- und Fürsorge

**Übersicht, Transparenz,  
Handhabbarkeit, Zeitgemäßheit:**

Die Welt bewegt sich weiter und der Fortschritt wächst durch immer mehr und neue Einzelregelungen aus der alten „Strukturform“ heraus.



# Grundsätze der SGB-Kodifizierung aktuell



Das Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik  
trauert um sein emeritiertes Wissenschaftliches Mitglied

## Prof. Dr. Dres. h.c. mult. Hans F. Zacher (1928 – 2015).

Hans Zacher ist am Aschermittwoch, dem 18. Februar 2015, nach einem ereignisreichen, erfüllten und höchst erfolgreichen wissenschaftlichen Leben verstorben. Hans Zacher war Gründungsdirektor unseres Instituts, Wissenschaftliches Mitglied der Max-Planck-Gesellschaft und deren Präsident von 1990 bis 1996. Er hat Sozialrecht und Sozialpolitik maßgeblich geprägt, sowohl wissenschaftlich als auch in seiner praktischen Bedeutung. Er hat diesen Fächern neue Horizonte eröffnet, durch theoretische Grundlegung, vergleichende Systematisierung und der Öffnung gegenüber anderen wissenschaftlichen Disziplinen. **Er war geistiger Vater des Sozialgesetzbuchs** und Mitbegründer des Deutschen Sozialrechtsverbandes. Er war ein anregender Lehrer, sowohl in der Vermittlung seines Wissens am Institut als auch in seiner Funktion als Hochschullehrer, zunächst an der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität des Saarlandes (1963-1971), dann an der Juristischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München. Er war ein national wie international herausragender Vermittler der Belange der Wissenschaft, der sich auch in der Wissenschaftspolitik nachhaltige Verdienste erworben hat. Seine Schaffenskraft war bewundernswert. Dabei blieb er bis zuletzt auf der immer wieder neu ansetzenden Suche nach einem Konzept des Sozialstaats, das den gegenwärtigen Herausforderungen gewachsen ist.

Hans Zacher war zugleich ein zutiefst beeindruckender Mensch, ein scharfsinniger Gesprächspartner, ein begnadeter Rhetoriker und auch ein Freund, offen in der Begegnung, bereit zu klaren Worten wie gutem Rat.

Wir sind Hans Zacher zu tiefem Dank verpflichtet. Wir sind dankbar, dass wir einen Teil des Lebenswegs gemeinsam gehen konnten. Er wird uns unvergessen bleiben.

Im Namen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts  
Prof. Dr. Ulrich Becker, LL.M. (EHI)

Prof. Axel Börsch-Supan, PhD.

**ARCHIV** für Wissenschaft  
und Praxis  
der sozialen Arbeit  
Frankfurt/Main  
5. Jahrgang 1974

Inhaltsverzeichnis 1974

## ZUM SOZIALGESETZBUCH STAND UND PROBLEME DER KODIFIKATION DES SOZIALRECHTS <sup>1)</sup>

Professor Dr. Hans F. Zacher, München

Inhalt: I. Äußere Entwicklung — 1. Historische Grundlagen — 2. Das Vorhaben des Sozialgesetzbuches; a) Insbesondere der Entwurf eines Allgemeinen Teils; b) Das weitere Vorgehen — II. Die Provokation der Kodifikation und die ihr entsprechenden Schwierigkeiten — 1. Die Unübersichtlichkeit des Sozialrechts — 2. Die drei zentralen Schwierigkeiten der Kodifikation; a) Die Schwierigkeit der Abgrenzung; b) Die Schwierigkeit der Systembildung; c) Die Schwierigkeit der Bestandsaufnahme in der zeitlichen Dimension — III. Möglichkeiten der Reform durch Kodifikation — 1. Die Negation der „großen Reform“ — 2. Kodifikation bei begrenzter Sachreform; a) Prinzipielles; b) Einige exemplarische Probleme; aa) Die „sozialen Rechte“; bb) Das soziale Entschädigungsrecht — 3. Insbesondere die rechtspolitische Verantwortung der Kodifikation; a) Prinzipielles; b) Einige konkretere Fragen; aa) Die Ordnung der Dienst- und Sachleistungen; bb) Klassisches Verwaltungsverfahren oder Sozialrecht?; cc) Noch einmal: Die „sozialen Rechte“ — IV. Schlußbemerkungen.

### Herausforderungen:

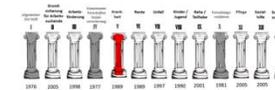
- > Allgemeiner Teil (vor die Klammer ziehen) - Gültigkeit für alle Teile, Gegenprüfen mit den „Besonderen Inhalten“
- > Schiere „Rechtssmasse“ bewältigen

### Drei zentrale Schwierigkeiten bei der Kodifikation:

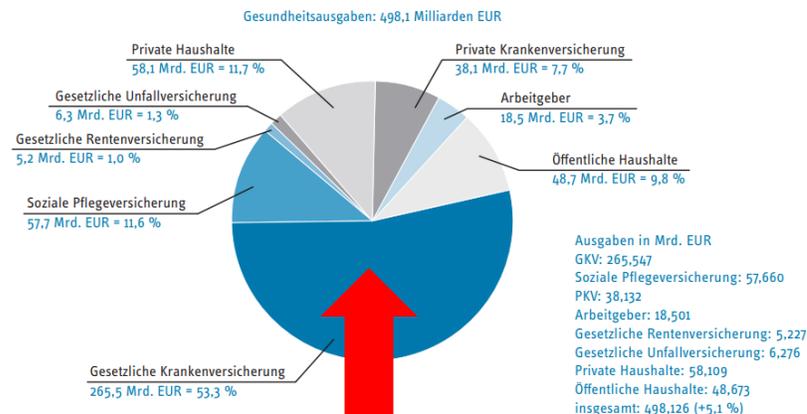
1. Abgrenzung „sozial“ und Sozialleistungssysteme
2. Schwierigkeit der Systembildung (Alter, Krankheit, ???)
3. Bestandsaufnahme unter ständiger Veränderung



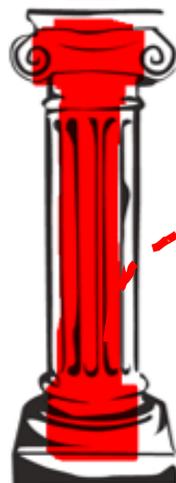
# Gesundheitssystem ist Säule 5



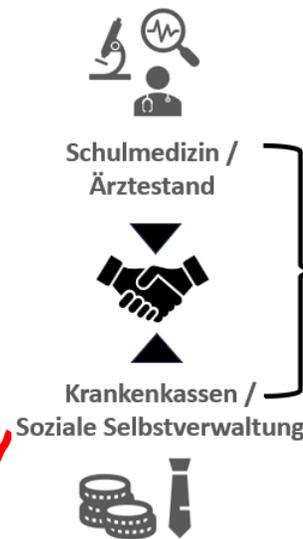
## Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern 2022



VDEK\_Basisdaten2024\_210x280\_RZ.indd



## Arztzentrierte Versorgungsorganisation



### Aufsuchende Versorgung

- Keine Logistik
- Kein Expertenmanagement
- Keine Zeit, kein Geld, kein Personal

Seit 1913 Berliner Abkommen zwischen  
Ärzten und Krankenkassen ist der  
Kassenarzt die „Organisationsfigur“ und  
„Bezugsgröße“ der Versorgung.



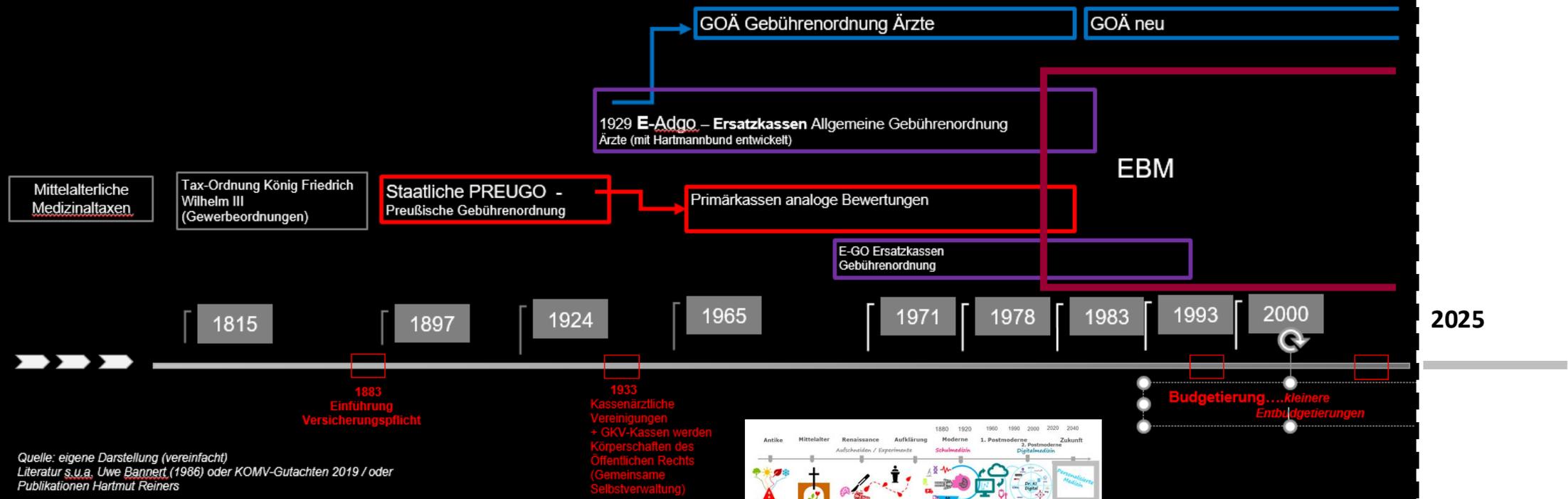
# Ärztliches Honorarsystem ist „das System“

GKV PKV

Unterschiedliche Honorare aufgrund unterschiedlicher Krankenkassengeschichte führten zu unterschiedlichen Leistungsverzeichnissen mit zunehmend identischen Inhalten (alleine schon aus Gründen des medizinischen Fortschritts, Patientenschutzes, gemeinsamer Bewertung).

Bis heute gibt es das Lager der Primär- und Ersatzkassen als GKV sowie die Dualität der GKV zu den privaten Krankenkassen.

2019 GOÄ neues Leistungsverzeichnis aber nicht in Kraft



Quelle: eigene Darstellung (vereinfacht)  
Literatur s.u.a. Uwe Bannert (1986) oder KOMV-Gutachten 2019 / oder  
Publikationen Hartmut Reiners





# Die Zeit vergeht, die HKP bleibt ...

**Verordnung häuslicher Krankenpflege** 12

Verordnungsrelevante Diagnosen (ICD-10-Codes)

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Positivliste)

Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer vom [ ] bis [ ]

**Behandlungspflege**

Medikamentengabe, Polypaste

Hierichten der Medikamentenbox

Medikamentengabe

Injektionen  hierichten  intramuskulär  subkutan

Blutzuckermessung

Erst- oder Neuinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)

bei intensiver Insulintherapie

Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen

rechts  links  beidseitig

Kompressionsstrümpfe ausziehen

Kompressionsverbände anlegen

stützende und stabilisierende Verbände, Art

Wundversorgung

Wundart

Lokalisation

aktuelle Größe (Länge/Breite, cm)

aktueller Grad

Präparate, Verbandmaterialien

Wundversorgung akut

Wundversorgung chronisch

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

Anleitung zur Behandlungspflege für Patientenangehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung) Anzahl

**Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung**

Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V

Krankenhausverminderungspflege nach § 37 (1) SGB V

Grundpflege

hauswirtschaftliche Versorgung

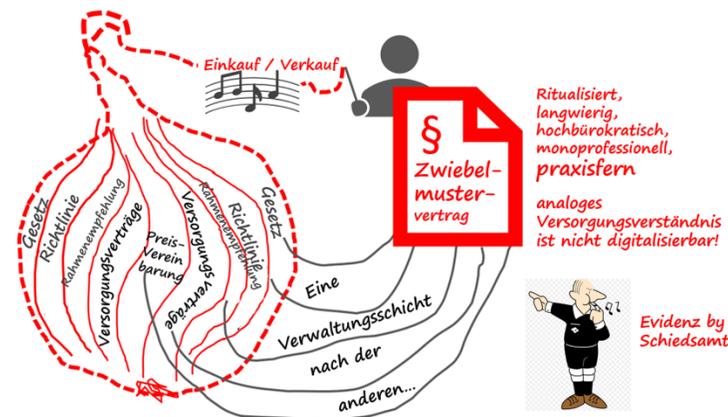
Weitere Hinweise

Ausfertigung für die Krankenkasse

## Digitalisierung:

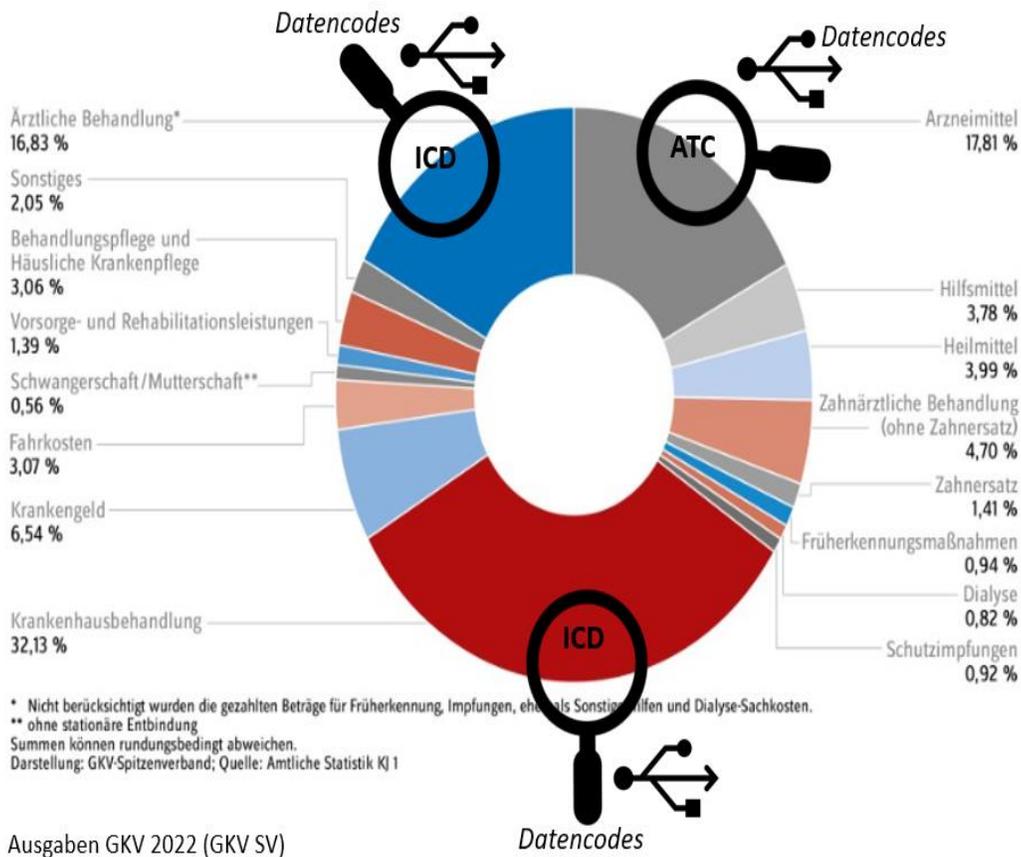
Ab 2026 soll Muster 12 digitalisiert sein (§ 360 SGB V), d.h., derzeit werden die Kästchen und Linien „elektronisch“ übersetzt (abgeschrieben).

Niemand hinterfragt die Sinnhaftigkeit der ärztlichen Verordnung und wie Pflegefachkompetenz durch echte Digitalisierung erlebbar würde.

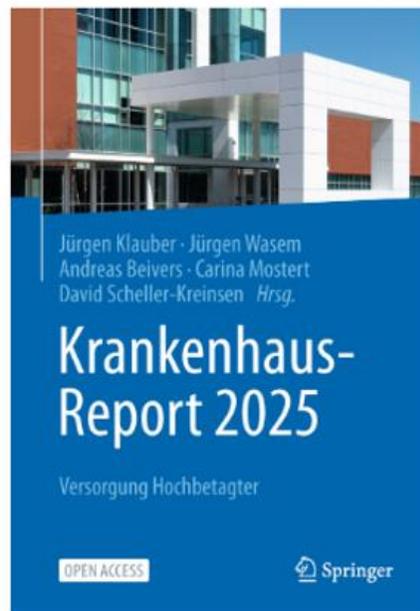




# Krankenhaus kann „so“ nicht vermieden werden



Ausgaben GKV 2022 (GKV SV)



30.04.2025

## Immer mehr Hochbetagte im Krankenhaus: Ohne Strukturreformen drohen Überlastung der Kliniken und massive Ausgabensteigerungen

### Krankenhaus-Report 2025: Demografische Herausforderung macht bessere ambulante Versorgung hochaltriger Menschen notwendig

Die Krankenhäuser in Deutschland müssen in den kommenden Jahren mit weniger Personal eine deutlich steigende Zahl von hochaltrigen Patientinnen und Patienten versorgen. Auf diese doppelte demografische Herausforderung sind die Kliniken bisher nur unzureichend vorbereitet. Das zeigt der aktuelle Krankenhaus-Report 2025 zum Thema „Versorgung Hochbetagter“. Ein Schlüssel zur Lösung des Problems und zur Verbesserung der Benennung hochaltriger liegt aus Sicht der Autoren in einer besseren ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten: Dadurch könnten nach einer Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) rund 1,4 Millionen Krankenhaus-Aufenthalte pro Jahr vermieden werden. Nach dem Vorbild anderer europäischer Länder sollte zudem die vor- und nachklinische Versorgung hochaltriger Menschen verbessert werden.



# Folge des Krankenversicherungsgesundheitssystems

## 1. Keine Verbundenheit zu Region und Kommunen

Bis heute werden nur Arztsitze betrachtet, alle anderen Berufsgruppen sind systemisch „egal“

## 2. Eklatante Vernachlässigung der „nicht-ärztlichen“ Gesundheitsberufe

- keine berufsständischen Selbstverwaltungen
- kein bzw. überholte Berufsrechte
- keine Aus-, Weiter- und Fortbildungsstruktur
- kein eigenes Leistungsrecht
- keine Prävention und Gesundheitsförderung (Salutogenese)
- keine versorgungspolitische Mitsprache (s. v.a. G-BA-Konstruktion)

## 3. Harte anhaltende Sektorentrennung (1955 Kassenarztrechtsgesetz)

Ambulante Versorgung wird mit ärztlicher gleichgesetzt, Reformtätigkeiten verbleiben als Optimierung der einzelnen Sektoren (z.B. AOP).





# Die Berufspflege ...und ihr Weg...



**Braucht politische Unterstützung!**



# Pflegefachliche Leistungen im „System“

**Funktionspflege** § 37a SGB V  
**Krankenhausersatz-/vermeidungspflege** § 37 (1) SGB V  
**Unterstützungspflege** § 37 (1a) SGB V  
**Sicherungspflege** § 37 (2) SGB V  
**Außerklinische Intensivpflege** § 37 c SGB V  
**Psychiatrische häusliche Krankenpflege** § 37 Abs. 2 SGB V pHKP  
**Häusliche Pflege** § 24g SGB V  
**Weiterführung Haushalt bei Schwangerschaft, Geburt** § 24 h SGB V  
**Haushaltshilfe** § 38 (1) SGB V  
**Übergangspflege im Krankenhaus** § 39e SGB V  
**Krankenhauspflege** § 39 SGB V  
**Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit** § 39c SGB V  
**Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit** § 39c SGB V  
**Stationäre und ambulante Hospizleistungen** § 39a SGB V  
**Hausliche Pflege bei Verhinderungspflege** § 39 SGB XI  
**Tages- und Nachpflege** § 41 und § 42 SGB XI  
**Verhinderungspflege** § 39 SGB XI  
**Quartierspflege** § 36 SGB XI  
**Gemeindepflege** § 36 SGB XI

## Arztanfragen von Kasse

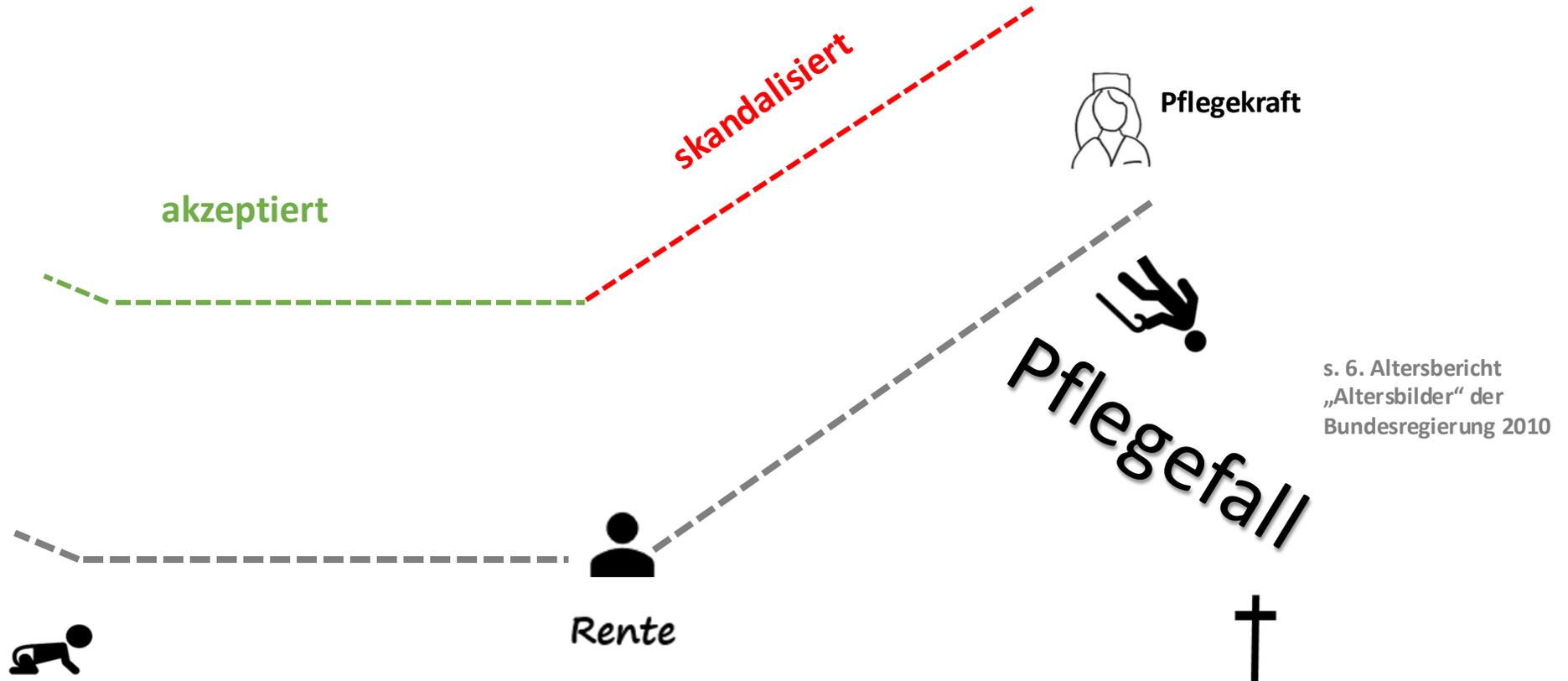
*telexiv rollstuhl*  
*Änderung tel. besprochen 8.1.24 8:00*

**Elektrokrankenfahrzeug**

Welche Einschränkungen in Bezug auf die Mobilität (ICF) bestehen?	
Welche Einschränkungen in Bezug auf die Armkraft (ICF) bestehen?	
Welche Wegstrecken können noch selbstständig - ohne Elektrokrankenfahrzeug, ggf. mit Hilfe anderer Hilfsmittel (z. B. Rollator, Stock, Unterarmgehstützen) - schmerzfrei, auch unter Berücksichtigung von Pausen, zurückgelegt werden?	<b>Wohnung</b> <input type="checkbox"/> Mobilität ohne E-Fahrzeug gegeben <input type="checkbox"/> Mobilität ohne E-Fahrzeug nicht gegeben <b>Wohnumfeld</b> <input type="checkbox"/> Spaziergänge <input type="checkbox"/> Arztbesuche <input type="checkbox"/> Einkäufe <input type="checkbox"/> Besuch beim Nachbarn <b>Zeit</b> Dauer der verbleibenden Mobilität (einfacher Weg): _____ Minuten
Bestehen Einschränkungen	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein
Werden die Verkehrssicherheit gefährdende Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja, folgende: 1. _____ Dosis: _____ 2. _____ Dosis: _____ <input type="checkbox"/> nein



# Unser Alters- und „Pflegebild“



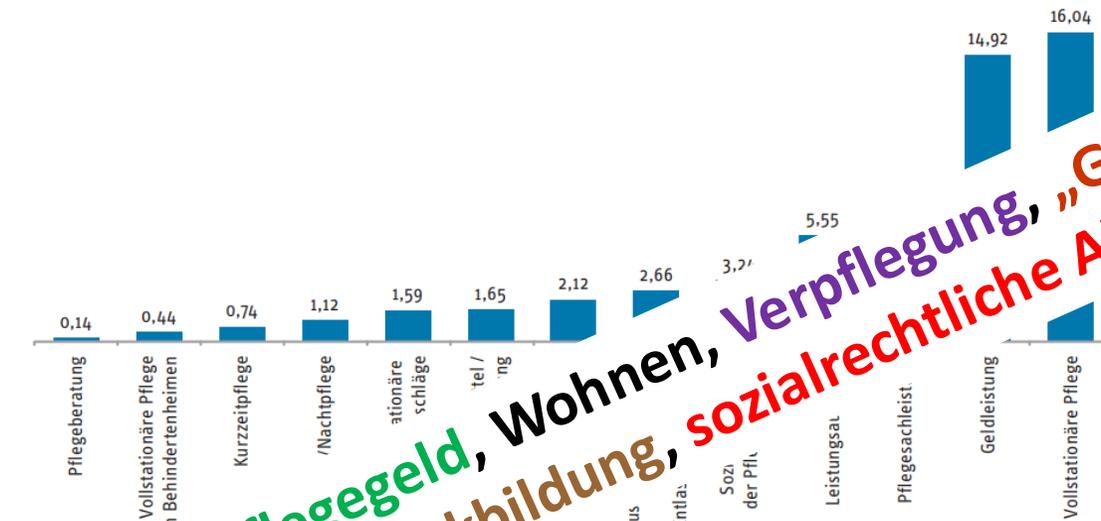


# Pflegeversicherung ist „Gemischtwarenladen“

## SPV – Ausgaben nach Leistungsbereichen

in Milliarden EUR

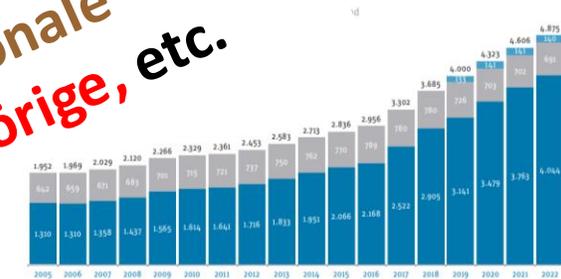
2022



Quelle: Eigene Darstellung.

**Pflegegeld, Wohnen, Verpflegung, „Grundpflege“, Regionale Netzwerkbildung, sozialrechtliche Absicherung Angehörige, etc.**

96 Stellungnahmen zum „Pflegerkompetenzgesetz“ erzählen viel und sollten systematisch ausgewertet werden!

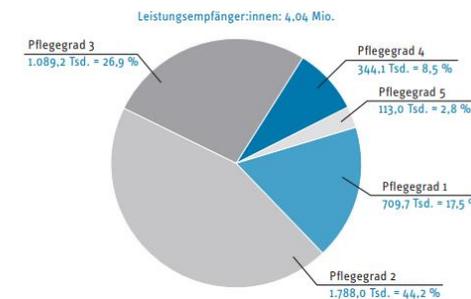


Quelle: Eigene Darstellung nach: BMG. Bis 2016 mit Pflegestufe 0. 2022: ambulante: 4.044.126, stationäre: 690.791

## SPV – Ambulante und teilstationäre Pflege

Leistungsempfänger:innen nach Pflegegraden in Tausend und Prozent

2022/12



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: BMG.

Pflegegrad 1: 709.721  
 Pflegegrad 2: 1.788.008  
 Pflegegrad 3: 1.089.245  
 Pflegegrad 4: 344.131  
 Pflegegrad 5: 113.021  
 insgesamt: 4.044.126

# Viel Aktivität ohne Zielstruktur

Schriften zum Sozialrecht 61

Martin Burgi | Gerhard Igl

Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland

Prof. Dr. Martin Burgi, Prof. a.D. Dr. Gerhard Igl

## Community Health Nursing (CHN)

Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung in Deutschland

Mit dem Projekt „Community Health Nursing“ fördert die Robert Bosch Stiftung gemeinsam mit der Agnes-Karll-Gesellschaft im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) die Etablierung eines anspruchsvollen pflegerischen Berufsbildes in Deutschland. Das im Auftrag der Robert Bosch Stiftung erstellte Gutachten „Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland“ von Prof. Dr. Burgi und Prof. a.D. Dr. Igl stellt dabei einen Meilenstein dar. Zum ersten Mal werden die rechtlichen Voraussetzungen und Möglichkeiten für die Etablierung von CHN erörtert sowie Anforderungen an künftige gesetzliche Regelungen geschildert.

Das Rechtsgutachten steht als Open-Access-Veröffentlichung zum kostenlosen [Download](#) zur Verfügung.

Anzahl der Seiten: 250

Erscheinungsjahr: 2021

ISBN: 978-3-7489-2431-9

[Publikation teilen](#)

Nomos

COMMUNITY HEALTH NURSING

HS Gesundheit BOCHUM

CHK

COMMUNITY HEALTH NURSING IN DEUTSCHLAND

Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum

6. COMMUNITY HEALTH KONFERENZ

23. – 24.11.2023

#chkbochum

Das Projekt wird gefördert durch die Otto und Edith-Mahnke-Stiftung in der

Robert Bosch Stiftung

DBfK Agnes-Karll-Gesellschaft

FAMOUS

Advanced Practice Nurses in der Hausarztpraxis

Aufgabenprofil

Community Health Nursing – Wegweiser für die Etablierung in Deutschland

Universitätsprofessor Dr. iur. Martin Burgi, Ludwig-Maximilians-Universität München

Universitätsprofessor a. D. Dr. iur. Gerhard Igl, Hamburg

Im Auftrag der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart

Johanna Feuchtinger/Sandra Weidlich (Hrsg.)

Advanced Practice Nursing in der klinischen Pflegepraxis

Kohlhammer

z.B.

- Selektivverträge Krankenkassen
- ÖGD
- In vertragsärztlicher Versorgung
- Anpassungen Kommunalrecht

*Problem: alte Regelwerke wie ärztliche HKP-Verordnung und SGB XI-Pflege bleiben parallel bestehen*

## 6.1 Aufgaben einer Community Health Nurse

Die Aufgaben einer Community Health Nurse sind immer auch davon abhängig, in welchem Setting sie tätig ist. Sie hängen davon ab, welche medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen in der Population vorherrschend sind, welche Klientengruppen in die Versorgungseinrichtung kommen, welche Interventionsstrategien vorrangig angewendet werden und welche Gesundheitsprobleme anzutreffen sind. Im Nurse Journal (2017) wurden die populärsten Einsatzfelder von Community Health Nurses in den USA beschrieben. Dazu zählen das öffentliche Gesundheitswesen, das Militär, Schwangeren- und Mütterberatungszentren, Aufgaben in der Infektionsprophylaxe und Umgang mit Infektionskrankheiten, Tuberkulosebekämpfung, Einsätze beim Roten Kreuz und „Ärzte ohne Grenzen“, der Schulgesundheitspflege, der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung von geflüchteten Menschen.

Folgende **Kernaufgaben** werden laut Schaeffer/Hämel und Ewers (2015) für Community Health Nursing geschildert. Sie können durch weitere, spezifische Aufgaben ergänzt werden:

- **Primärversorgung** und Sicherung von Versorgungskontinuität im ambulanten Sektor
- erweiterte **Gesundheitsförderung** sowie Primär- und Sekundärpräventionsprogramme (z. B. Sturz, Unfall, Tabakentwöhnung)
- **Wiederholungs- und Kontrolluntersuchungen** sowie Screenings auf Krebserkrankungen oder andere Vorsorgeuntersuchungen/Check-ups
- **Eigenverantwortliche Behandlung** von z. B. Erkältungskrankheiten
- Monitoring und Management **chronischer Krankheiten** sowie die Beteiligung an strukturierten Behandlungsprogrammen (z. B. Disease Management für Diabetes, Arthritis, Asthma etc.)
- **Selbstmanagement** der Patienten durch Information, Beratung und Anleitung
- **Versorgungskoordination** und Navigation durch das Gesundheitssystem sowie integrierte Versorgung durch Kooperation im ambulanten und stationären Sektor.



# Ernährung in Pflegeeinrichtungen...



„In den Küchen arbeiten (im besten Fall) ausgebildete Köch:innen mit solidem handwerklichen Können. Aber auch dort nimmt der Fachkraftverlust deutlich zu – oft übernehmen ungelernete Mitarbeitende die Verantwortung für die tägliche Verpflegung. Ob diese Mitarbeitenden tatsächlich kochen können, ist dann schlicht Glück oder Pech. **Was in keinem Fall stattfindet: eine strukturierte, therapeutisch fundierte Umsetzung bedarfsgerechter Ernährung.** Ernährung darf nicht als „Hauswirtschaftsaufgabe“ oder „Küchenleistung“ verstanden werden, sondern als interdisziplinärer, strategischer Bestandteil der Versorgung.“

Heilmittelverordnung (Muster 13) in stationärer Langzeitpflege nicht praktikabel:



1. Weil Einzelberatungen von Bewohner:innen ins Leere laufen, wenn die Einrichtung nicht in der Lage ist, die Empfehlungen umzusetzen.

2. Weil ich als Ökotrophologin eine kostenintensive Zertifizierung erwerben müsste, die ich in meiner Arbeit kaum anwenden kann – denn ich berate nicht Einzelpersonen, sondern strukturell. Ich arbeite faktisch wie eine Qualitätsbeauftragte für Ernährung – nur ohne offizielle Position oder Refinanzierung.

## 1. Verpflegung

Im Rahmen der Verpflegung werden folgende Leistungen angeboten:

Anzahl der Mahlzeiten insgesamt:

	ja	nein
Wahlessen (gemeint ist auch der Austausch einzelner Komponenten auf Wunsch des Bewohners)		
Diätkost / Schonkost		
Hochkalorische Kost (soweit nicht verordnungsfähig)		
Alkoholfreies Getränkeangebot:		
Kaffee		
Tee		
Mineralwasser		
Säfte		
Milch/Buttermilch		
Sonstiges: <input type="text"/>		

SGB XI-Verträge???

### (b) Hilfen bei der Ernährung

#### Ziele der Ernährung

Das Speisen- und Getränkeangebot soll altersgerecht, abwechslungsreich und vielseitig sein. Diätmaßnahmen sind bei Bedarf anzubieten. Der Pflegebedürftige ist bei der Essens- und Getränkeauswahl sowie bei Problemen der Nahrungsaufnahme zu beraten. Zur selbständigen Nahrungsaufnahme ist der Einsatz von speziellen Hilfsmitteln zu fördern und zu ihrem Gebrauch anzuleiten. Bei Nahrungsverweigerung ist ein differenzierter Umgang mit den zu Grunde liegenden Problemen erforderlich.

#### Die Hilfen zur Ernährung umfassen

- das mundgerechte Zubereiten der Nahrung sowie die Unterstützung bei der Aufnahme von Nahrung und Getränken; hierzu gehören alle Tätigkeiten, die der unmittelbaren Vorbereitung dienen und die die Aufnahme von fester, breiiger und flüssiger Nahrung ermöglichen, z.B. portionsgerechte Vorgabe, Umgang mit Besteck;
- Hygienemaßnahmen wie z. B. Mundpflege, Händewaschen, Säubern/Wechseln der Kleidung.



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

Über den G-BA

Themen > Richtlinien

> Richtlinien > Methodenbewertung (und zugehörige Qualitätssicherung) > Heilmittel-Richtlinien

### Heilmittel-Richtlinie

Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung – Heilmittel-Richtlinie

Die Richtlinie regelt die Verordnung von Heilmitteln durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie durch Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements, insbesondere die Voraussetzungen, Grundsätze und Inhalte der Verordnungsmöglichkeiten sowie die Zusammenarbeit der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit den Heilmittelbringenden und Heilmittelbringern. Bestandteil der Richtlinie ist ein Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen (Heilmittelkatalog) und eine Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf. Zudem sind in der Richtlinie vom G-BA geprüfte, nicht verordnungsfähige Heilmittel aufgeführt.

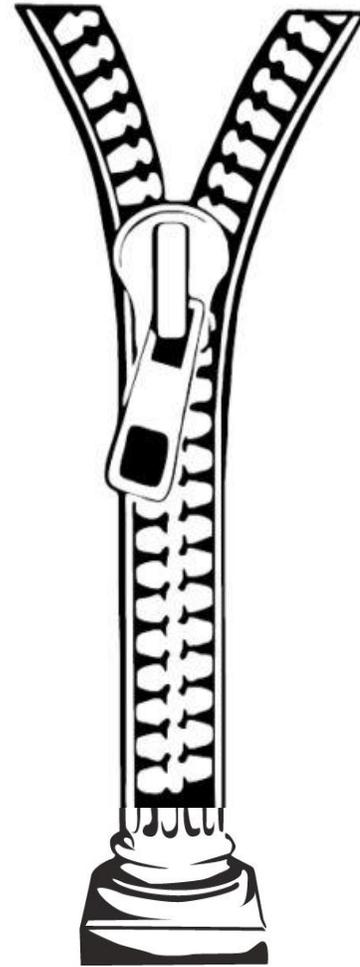
Dokument zum Download  
(PDF 870,65 kB)



# Pflegeversicherung „auftrennen“!

## Berufspflege

- Selbstverwaltung
- Aus-, Weiter- & Fortbildung
- Politische Mitbestimmung
- Berufsrecht
- Leistungsrecht



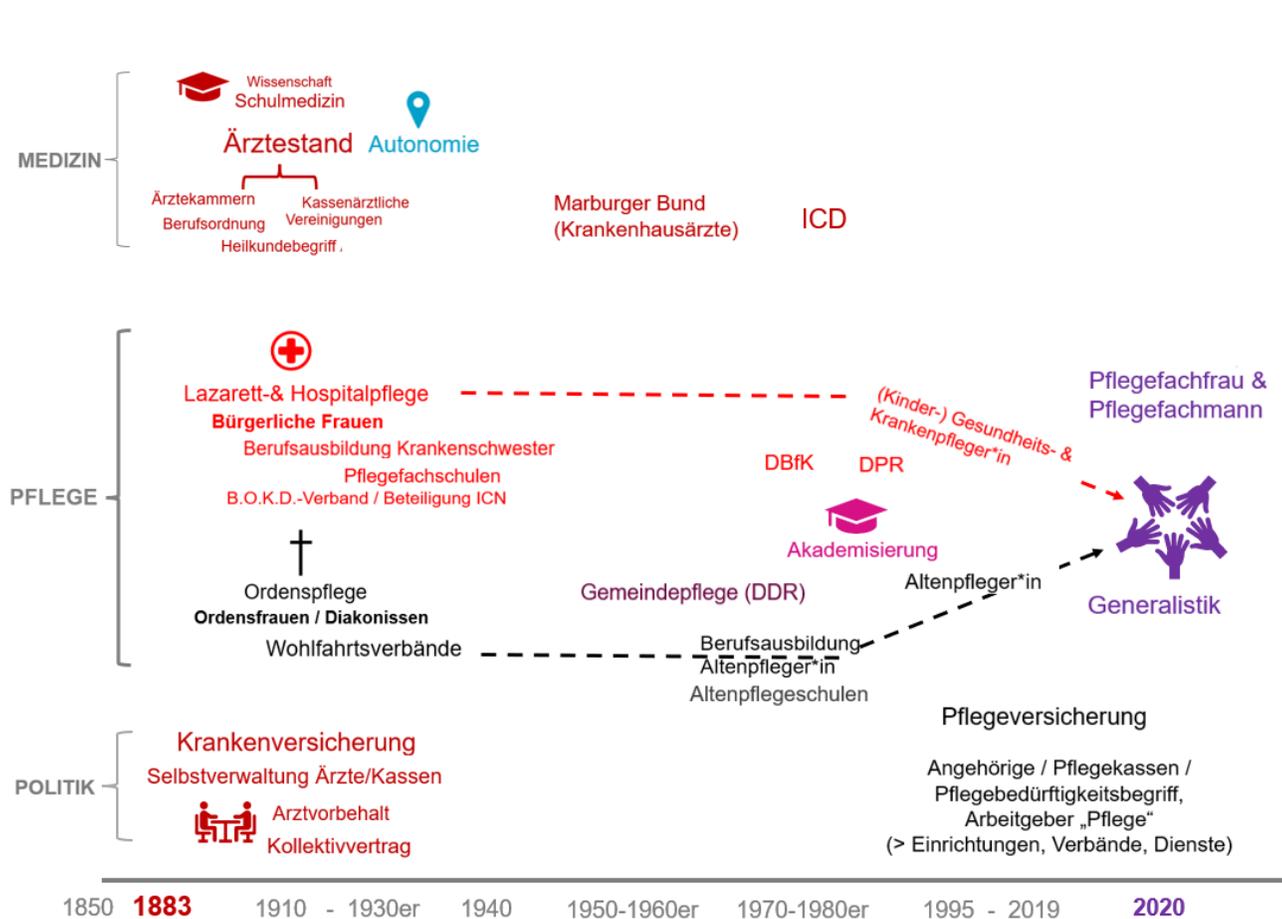
## Alltagsunterstützung

- Wohnen
- Betreuung
- Ernährung
- Hauswirtschaft
- Pflegende Angehörige

SGB XI



# Berufspflege braucht Systemverankerung



**Berufsständische Selbstverwaltung**

Leistungskatalog kodiert NANDA/NIC/NOC

Leistungsrecht / Moderne Verträge

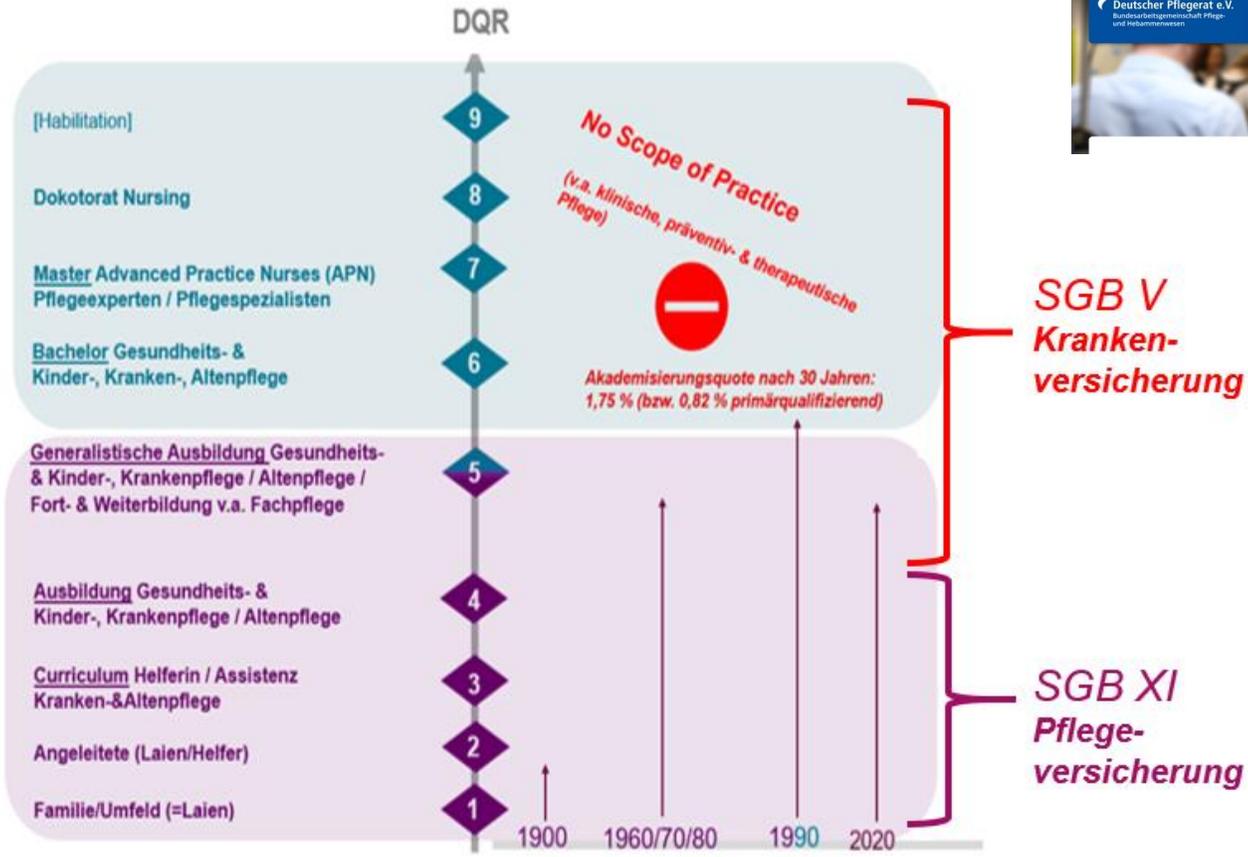
Kostenstrukturanalysen (alle Settings)

2025

2030



# BAPID: Berufspflege erhält langsam Kontur



## Download Publikation BAPID II - Rollenprofile und Berufsbilder

Im Projekt BAPID II (Bildungsarchitektur der Pflege in Deutschland), durchgeführt von der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU) im Auftrag des Deutschen Pflegerats (DPR), wurden moderne, differenzierte Rollenprofile und Berufsbilder für die Pflege entwickelt. Diese machen pflegerische Aufgabenbereiche transparent, ordnen Qualifikationen zu und unterstützen den langfristigen Berufsverbleib.

[Download Publikation BAPID II](#)

20.05.2025



2024





# Datenklassifikationssysteme notwendig

## ICD für Krankheiten

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- [A00-A09](#) Infektiöse Darmkrankheiten
- [A15-A19](#) Tuberkulose
- [A20-A28](#) Bestimmte bakterielle Zoonosen
- [A30-A49](#) Sonstige bakterielle Krankheiten
- [A50-A64](#) Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden
- [A65-A69](#) Sonstige Spirochätenkrankheiten
- [A70-A74](#) Sonstige Krankheiten durch Chlamydien
- [A75-A79](#) Rickettsiosen
- [A80-A89](#) Virusinfektionen des Zentralnervensystems
- [A92-A99](#) Durch Arthropoden übertragene Viruskrankheiten und virale hämorrhagische Fieber
- [B00-B09](#) Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind
- [B15-B19](#) Virushepatitis
- [B20-B24](#) HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
- [B25-B34](#) Sonstige Viruskrankheiten
- [B35-B49](#) Mykosen
- [B50-B64](#) Protozoenkrankheiten
- [B65-B83](#) Helminthosen
- [B85-B89](#) Pedikulose [Läusebefall], Akarose [Milbenbefall] und sonstiger Parasitenbefall der Haut
- [B90-B94](#) Folgezustände von infektiösen und parasitären Krankheiten
- [B95-B98](#) Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
- [B99-B99](#) Sonstige Infektionskrankheiten

## ICF für Funktionen

### ICF Core-Set für Berufliche Rehabilitation

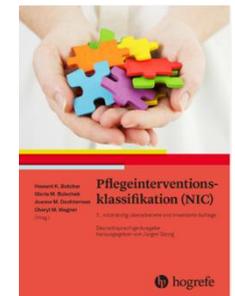
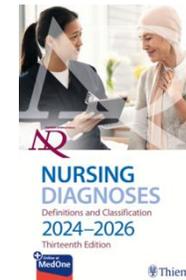
In Zusammenarbeit von ICF Research Branch, World Health Organisation (WHO), International Labour Organization (ILO), World Confederation for Physical Therapy (WCPT), World Federation of Occupational Therapists (WFOT) und der International Society of Physical Medicine and Rehabilitation (ISPRM) wurde ein Auszug aus der ICF, ein so genanntes Core-Set, für das Thema *berufliche Rehabilitation* zusammengestellt.

ICF Kode	ICF Kategorie
<b>Körperfunktionen (17)</b>	
b117	Funktionen der Intelligenz
b126	Funktionen von Temperament und Persönlichkeit
b130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs
b134	Funktionen des Schlafes
b140	Funktionen der Aufmerksamkeit
b144	Funktionen des Gedächtnisses
b152	Emotionale Funktionen
b160	Funktionen des Denkens
b164	Höhere kognitive Funktionen
b210	Funktionen des Sehens (Sehsinn)
b230	Funktionen des Hörens (Hörsinn)
b235	Vestibuläre Funktionen
b280	Schmerz
b455	Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit
b730	Funktionen der Muskelkraft
b740	Ausdauer einzelner Muskeln
b810	Schutzfunktionen der Haut

Tabelle: ICF Core-Set für Berufliche Rehabilitation

## Pflege gäbe es auch

...wenn man wollte...





# Pflegedatenklassifikation

Am Anfang steht die Pflegediagnose – z.B. NANDA - I

## Definition:

„Eine Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung der Reaktion eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde/ Gemeinschaft auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse. Pflegediagnosen bilden die Grundlage, um Pflegeinterventionen auszuwählen und Pflegeergebnisse zu erreichen, für welche die Pflegenden verantwortlich sind. (NANDA International, 2005)

## Aufbau:

- 13 Domänen
- 48 Klassen
- 277 Pflegediagnosen

Domänen NANDA - I
1. Gesundheitsförderung
2. Ernährung
3. Ausscheidung
4. Aktivität/Ruhe
5. Wahrnehmung/ Kognition
6. Selbstwahrnehmung
7. Rollen und Beziehungen
8. Sexualität
9. Coping/ Stresstoleranz
10. Lebensprinzipien
11. Sicherheit/ Schutz
12. Wohlbefinden
13. Wachstum/ Entwicklung

*Pflegediagnose "Ineffektives Schmerz-Selbstmanagement" - Zugelassen 2023; Evidenzlevel 2.1; MeSH: Pain (M0015742); Self-Management (M0019611) (Herdman, 2024, S. 271–273)*

## 9.2.16 Ineffektives Schmerz-Selbstmanagement

Domäne 1 • Klasse 2 • Diagnosencode 00418

Zugelassen 2023 • Evidenzlevel 2.1  
MeSH: Pain (M0015742), Self-Management (M0019611)

Konzeptfokus: Verhalten  
Kontext-/Symptomfokus: Schmerzmanagement  
Subjekt der Pflege: Individuum  
Beurteilung: Ineffektiv  
Anatomische Bezeichnung: –  
Untere Altersgrenze: 10 Jahre  
Obere Altersgrenze: –  
Klinischer Verlauf: –  
Status der Diagnose: Problemfokussiert  
Situationsbedingte Einschränkung: –

## Definition

Unbefriedigender Umgang mit dem Therapieregime, den Folgen und Lebensstiländerungen im Zusammenhang mit einer unangenehmen sensorischen und emotionalen Erfahrung, die derjenigen ähnelt, die mit einer tatsächlichen oder potenziellen Gewebeschädigung verbunden ist.



Abschlussbericht

Abbildbarkeit der  
Vorbereitungsaufgaben

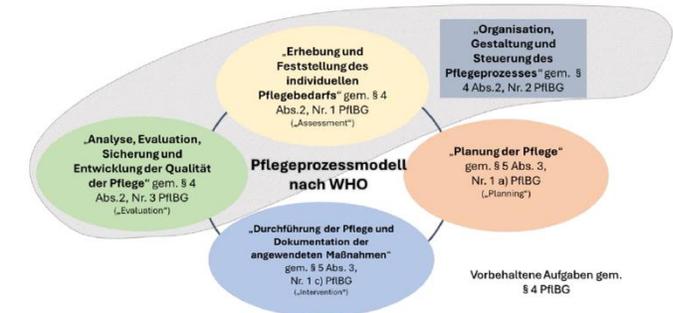


Abbildung 1: Das Pflegeprozessmodell im Kontext vorbereitender Aufgaben gem. den Formulierungen im § 4 PRiBG (TT VA und DGP 2024)

Herdman. (2024). NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2024-2026 (13. Aufl.). Thieme



# NIC Nursing Intervention Classification

## Aufbau:

### ➤ 7 Domänen:

Physiologie: grundlegend  
Physiologie: komplex  
Verhalten  
Sicherheit  
Familie  
Gesundheitssystem  
Gemeinde

### ➤ 30 Klassen, z.B. Aktivität/Übung, Unterstützung der Selbstpflege, Patientenedukation, ...

### ➤ 554 Pflegeinterventionen bestehen aus

- Titel, Definition
- Liste mit konkreten pflegerischen Aktivitäten (10-30)
- Pflegeperson wählt die für die individuelle Situation des zu Pflegenden passenden Aktivitäten
- Pflegeinterventionen können in mehreren Klassen/ Domänen aufgeführt sein, z.B. Intervention „Entscheidungsfindungsunterstützung“

## 2. Domäne/Bereich: Physiologie, komplex

Definition: Pflege, die die homöostatische Regulation unterstützt

L → Klasse: Umgang mit der Haut/Wunden

Definition: Interventionen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gewebeintegrität

2. L 3520 → Intervention: Dekubituspflege

Aktivitäten (Beispiele):

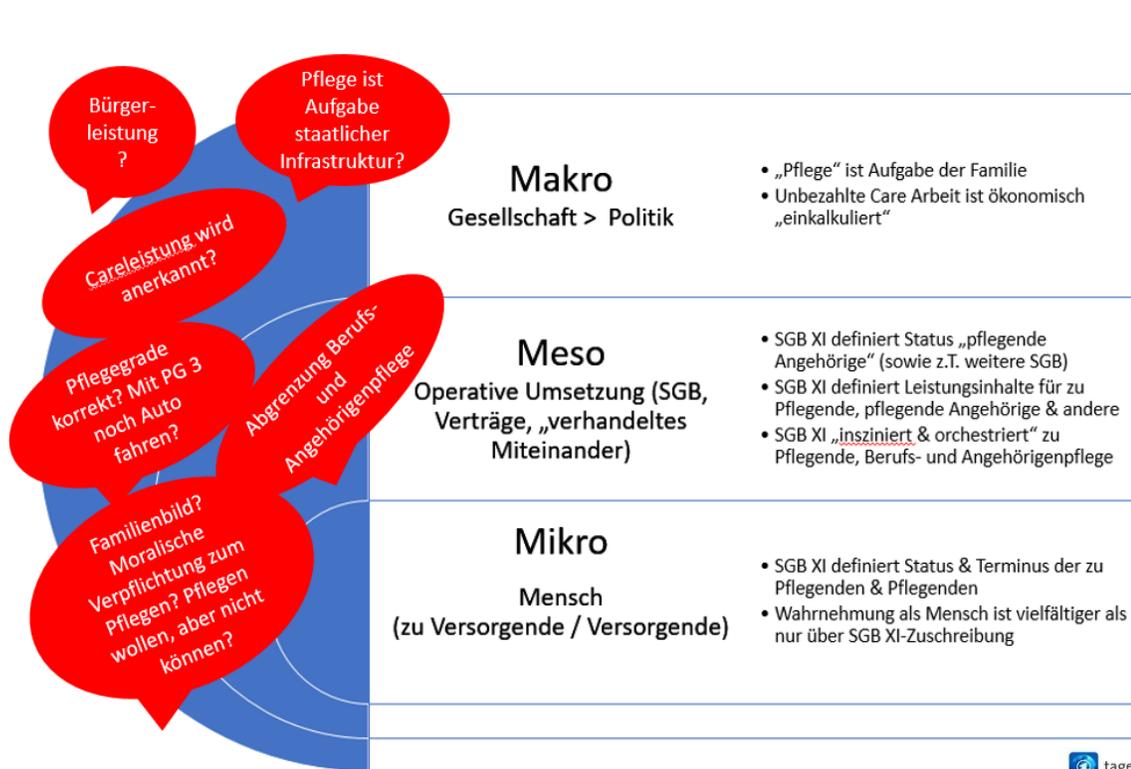
- Messen und Beschreiben der Merkmale eines Ulkus' (Größe, Grad der Schädigung, Ort, Beschaffenheit, Gewebezustand: Verschorfung, Nekrosen und Entwicklung des Druckgewebes) – in regelmäßigen Abständen
- Überwachen des Ulkus' hinsichtlich der Farbe, Temperatur, Ödeme, Feuchtigkeit und des Erscheinungsbildes der umgebenden Hautpartien
- Reinigen der Ulzera mit geeigneten ungiftigen Lösungen, in kreisenden Bewegungen von der Mitte ausgehend nach außen





# „WAS“ ist ein „pflegender Angehöriger“?

Systemstrukturelle Aufarbeitung statt emotionaler Narrative!



**Begriffsklärung**  
PFLEGE?  
SORGENDE?

**Begriffsklärung**  
Wann wird ein Mensch vom Bürger zum „pflegenden Angehörigen“ und was bedeutet das?

„Wir brauchen eine grundlegende Klärung des Subsidiaritätsprinzips.“



„Sollte nicht die Versorgungsstruktur die Familie „tragen“ statt umgekehrt?“



„Pflegegeld“ kann man nicht ohne strukturelle Klärung einfach als Lohnersatz einführen.



# Wir brauchen Care Share Strukturen

Beispiel „Transport“: Vernetzte Mobilität statt „Verordnung Krankbeförderung“

SWB Bus und Bahn FLUX Deine Mitfahr-App

Home App Vorteile

## SWB Mitfahren

Die goFLUX Mitfahr-App ergänzt das ÖPNV-Netz der Stadtwerke Bonn

Jetzt kostenlos testen



### EHRENAMTLICHER FAHRDIENST

Der ehrenamtliche Fahrdienst der Stadt Rahden ist seit Oktober 2023 aktiv. Dieser Service ist darauf ausgerichtet, der Generation 65+ mehr Unabhängigkeit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Das Angebot richtet sich an Bürgerinnen und Bürger aus allen Ortschaften der Stadt Rahden, die keine eigene Fahrmöglichkeit haben. Auch mobilitätseingeschränkte Personen sind herzlich willkommen. Rollatoren können mitgenommen werden, die Beförderung von Fahrgästen im

s. Homepage Stadt Rahden

Freigabe 17.02.2020

Krankenkasse bzw. Kostenträger:

Name, Vorname des Versicherten:  geb. am:

Kostenübernahme:  Versicherten Nr.:  Stelle:

Beförderungs-Nr.:  Art/Nr.:  Datum:

**Verordnung einer Krankbeförderung 4**

Unfall, Unfallfolge  
 Arbeitsunfall, Berufskrankheit  
 Versorgungsleiden (z.B. BVG)  
 Hinfahrt  Rückfahrt

**1. Grund der Beförderung**

**Genehmigungsfreie Fahrten**

a)  voll-/teilstationäre Krankenhausbeförderung  vor-/nachstationäre Behandlung  
b)  ambulante Behandlung bei Merkmalen „d“, „e“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrer mit KTW ist unter 6 zu vorzuziehen)  
c)  anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizien

**Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen zur Fahrerrolle der Krankenkasse vorzuziehen**

d)  hochfrequente Behandlung  vergleichbarer Ausnahmefall  
e)  dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (begünstigung unter 4, erforderlich)  
f)  anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (begünstigung unter 3, und ggf. 4, erforderlich)

**2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte**

von/am  /  x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte Name, Ort:

**3. Art und Ausstattung der Beförderung**

Taxi/Mietwagen  Rollstuhl  
 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen   
 RTW  NAW/NEF  andere   Liegend

**4. Begründung/Sonstiges** (z.B. Datum Aufnahme Krankenkasse, Gewicht bei Schweregradfragen, Wohnort, Gesundheitszustand, Ortangabe, wenn Beförderung nicht von Wohnung stattfindet)

**Verbindliches Muster**

Vertragskassennummer / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7/2020)

Foto: Sonja Laag



# Gesamtgesellschaftliche Aufgabe braucht Struktur

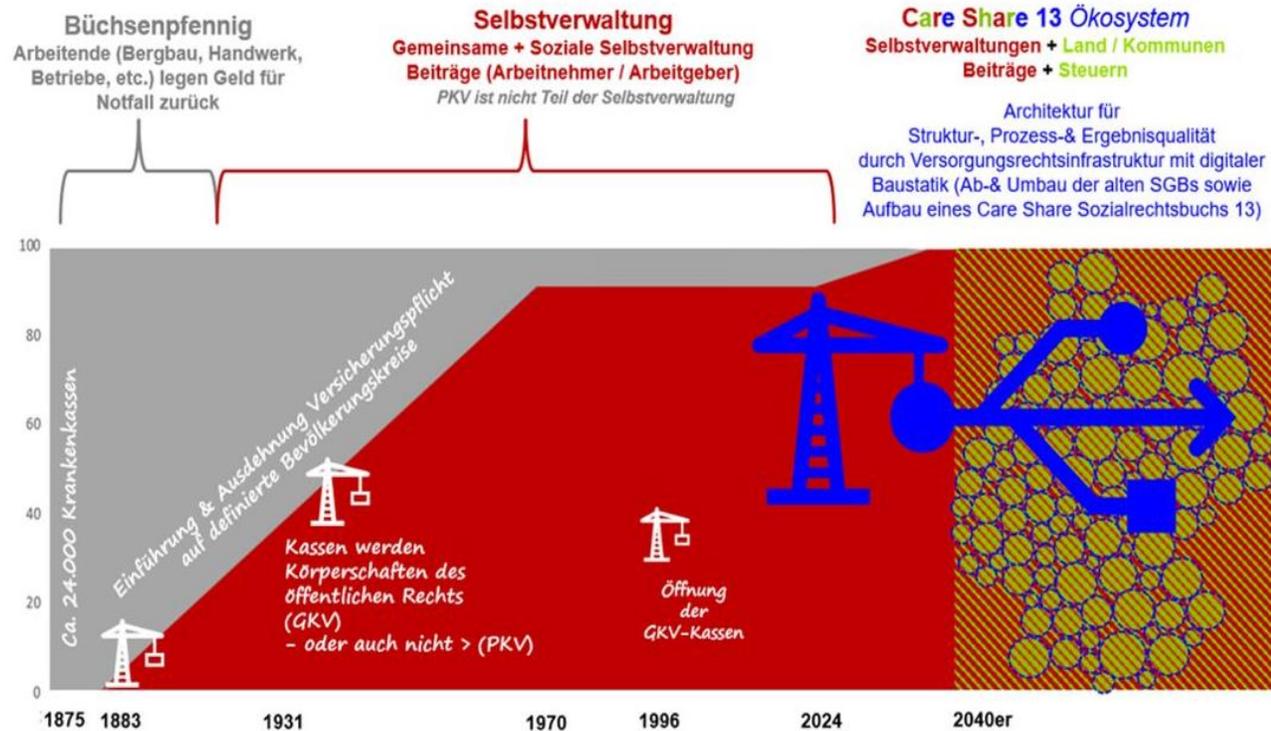
Sollten ein System sein!

Gesundheitssystem  
Beitragssätze

Region / Kommune  
Sozialausgaben



# Krankenkassen sind janusköpfig

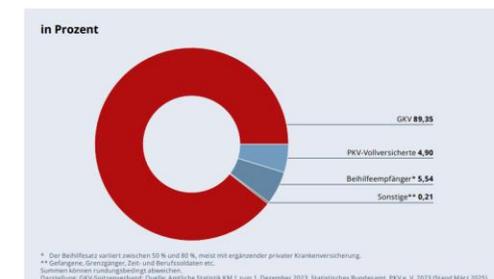


*"Januskopf,":  
zwei Gesichter, die in entgegengesetzte Richtungen schauen, symbolisiert Zwiespältigkeit, Doppeldeutigkeit, gleichzeitig vorhandene Gegensätze.*

Krankenkassen waren und sind immer stärker janusköpfig: Sie sollen für „ihre“ Versicherten wirtschaften, dabei „Solidargemeinschaft“ sein und ethisch für alle die gleichen Leistungen anbieten und sich im Leistungsangebot doch unterscheiden.

Es braucht eine Identität der Daseinsvorsorge.

GKV 90%

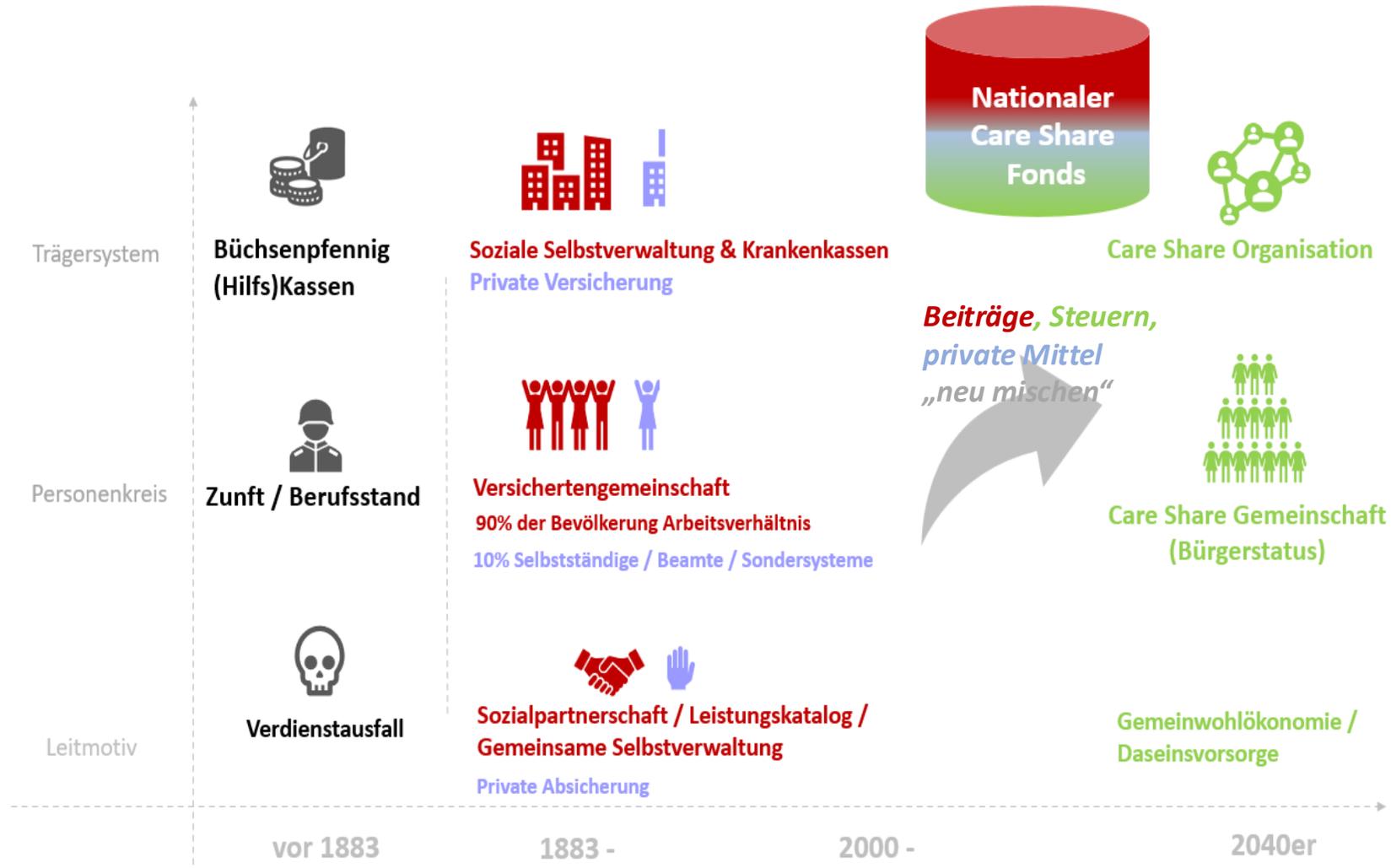


PKV 10%



# Vom Büchsenpfennig zum Care Sharer

Kranken- und Pflegekassen (als auch kommunale Kostenträger) müssen sich zueinander entwickeln





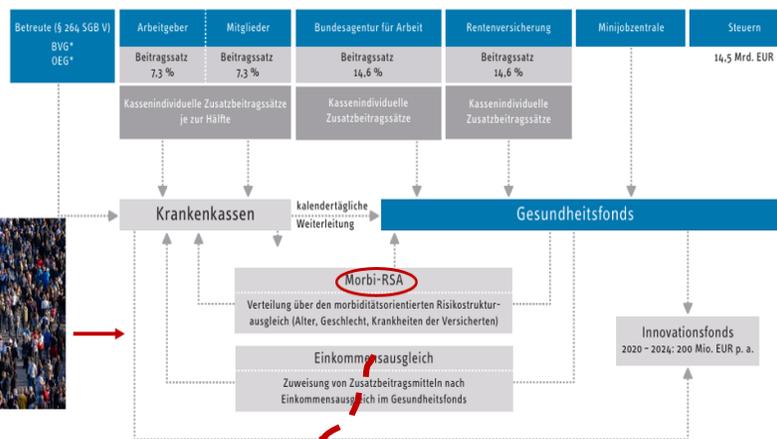
# Kassenwettbewerb im Solidarsystem?



Quelle: IPAG e.V.

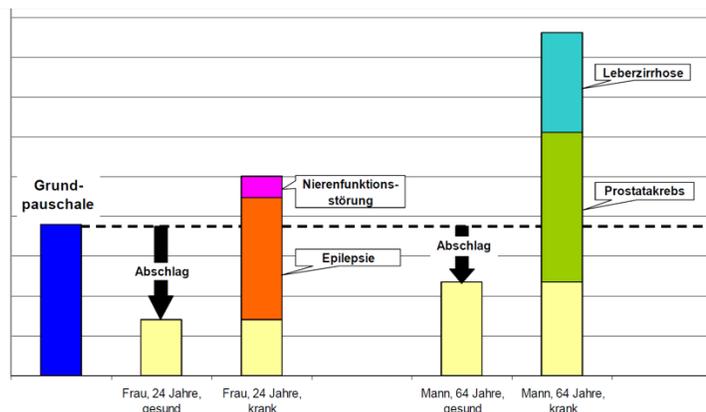
## GKV - Gesundheitsfonds

2024/01



VDEK Basisdaten2024\_210/280\_RZ.indd

Quelle: vdek. \*Erstattung nach § 9 BVG, sonstige Erstattungen durch Dritte BVG: Bundesversorgungsgesetz, OEG: Opferentschädigungsgesetz





# Altes System ist „Einheitskasse“



Kleiderschrank aus Nussholz mit 2 Türen und 2 Schubläden, Italien, Ende 19. Jh.

680,00 €\* · Auf Lager · Marke: Pamono.de

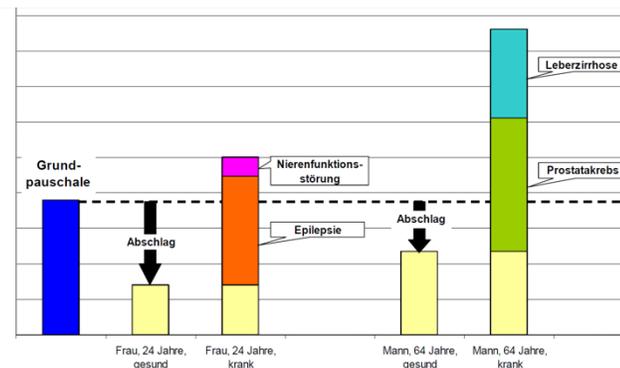
Vintage Design Automatisch generierte Übersetzung Original anzeigen... Mehr ▾

\* Aktuelle Preise und Informationen zur Verfügbarkeit findest du auf der Website. Bilder sind in der Regel urheberrechtlich geschützt. Weitere Infos

Besuchen >

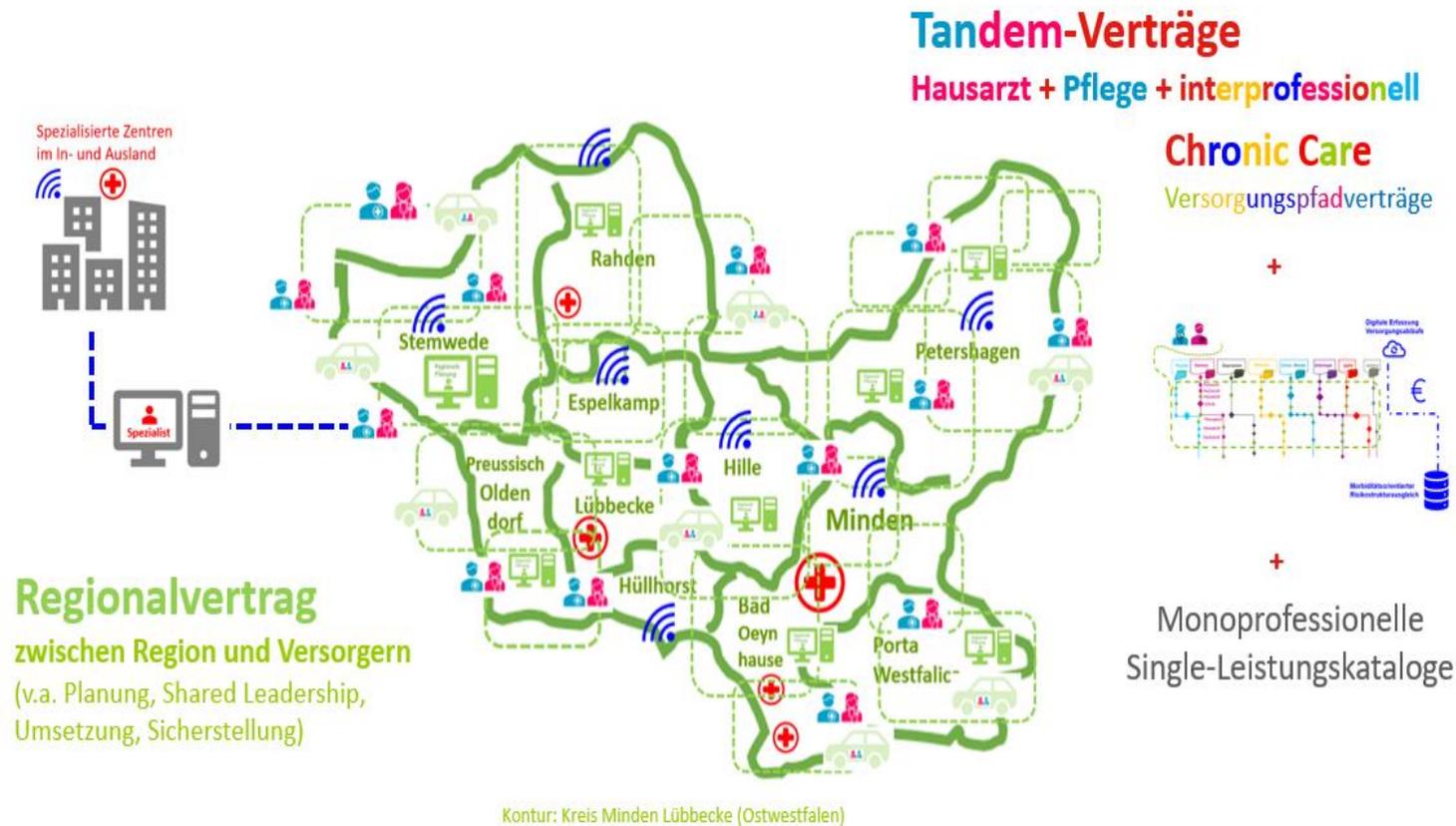


Übergabe des Schlussberichtes Sozialwahlen 2024 (bundessozialwahlbeauftragter.de)





# Neue Verträge, neue Betriebsmodelle



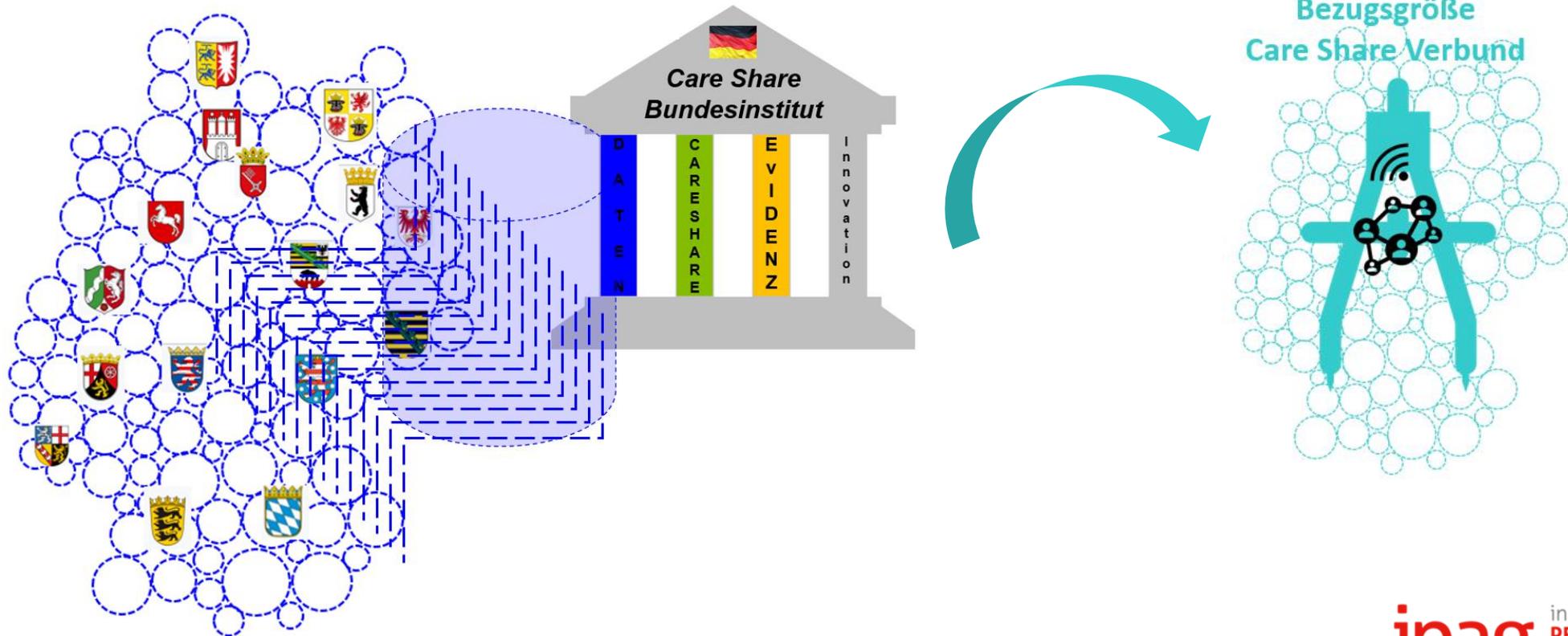
Neue kooperative und gemeinwohlorientierte Betriebsmodelle, für die wir ein administratives Multi-Stakeholder-Abrechnungsmanagement brauchen!

Heute können keine Team- und Kooperationsleistungen administriert werden!



# Digitalisierung als Infrastruktur

Wir haben viele Dateninstitute und Datenfriedhöfe auf allen Ebenen, aber keine durchgängige Struktur zur Bereitstellung von z.B. Planungsdaten, weil es kein institutionelles Back Office gibt





# Wege aus der „Vermachtung“?

Neue Methoden in „weißen Räumen“ schaffen!



Prof. Dr. Susan Leigh Star  
(1954-2010)

Soziologin

Grenzobjektarbeit

The Ethnography of Infrastructure...by Susan Leigh Star | What Makes This Paper Great? (#11) - YouTube

MAN MUSS NICHT IMMER EINER MEINUNG SEIN

Teamwork ohne Konsens – mit Grenzobjekten!

Hochgeladen: 07.08.2024 - 3.134 Aufrufe - 217 Positive Bewerte

Was haben der Koalitionsvertrag, ein Architekturmodell und eine Bilder sind in der Regel urheberrechtlich geschützt. Weitere Infos

SUSAN LEIGH GRENZOBJEKT MEDIENFORSCHUNG

struggling to adapt research methods, used in the study of "real world" field

The Ethnography of Infrastructure...by Susan Leigh Star | What Makes This Paper Great? (#11)

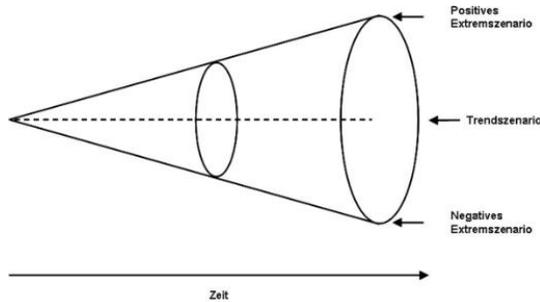
INVIDEOS

2375 Abonnenten

Alle Titel der Reihe

Download Cover

Nutzungsbedingungen



© Reallabore – Testräume für Innovation und Regulierung





# Grenzobjekte

- ist ein Konzept aus der Soziologie, um die unterschiedliche Nutzung von Informationen durch unterschiedliche Gruppen zu beschreiben.
- Die Informationen sind plastisch, werden von verschiedenen Gruppen **unterschiedlich interpretiert**, enthalten aber **genug unveränderlichen Inhalt**, um eine **globale Identität** zu wahren.
- Grenzobjekte sind so **plastisch**, dass sie sich an **lokale Bedürfnisse** und Einschränkungen der verschiedenen sie nutzenden Parteien anpassen können, und gleichzeitig **robust** genug, um eine einheitliche Identität über verschiedene Orte zu bewahren.
- Im allgemeinen Gebrauch sind sie nur **schwach strukturiert**, erhalten aber eine **reiche Struktur** in der individuellen Nutzung an einem Ort. Sie können abstrakt oder konkret sein. In verschiedenen sozialen Welten haben sie unterschiedliche Bedeutungen, aber sie besitzen genügend gemeinsame **Struktur in mehr als einer Welt**, um sie wiedererkennbar und zu einem Mittel der Übersetzung zu machen.
- Die Erschaffung und der Umgang mit Grenzobjekten ist wesentlich dafür, **Kohärenz** über verschiedene, sich **überschneidende soziale Welten** zu entwickeln und aufrecht zu erhalten.“

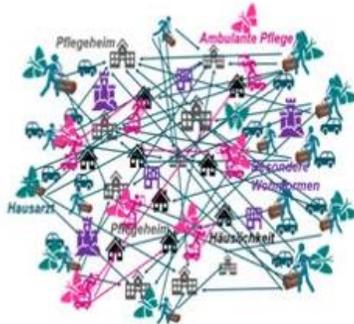


# Grenzobjekt: Aufsuchende Versorgung

## HEUTE

Aufsuchende Versorgung nach:  
**Modell Schmetterling**

- regional unkoordiniert
- *logistisch* unstrukturiert
- analog
- monoprofessionell
- ohne Expertenmanagement



Historisch gewachsen...  
auch die Rechtsgrundlagen

§

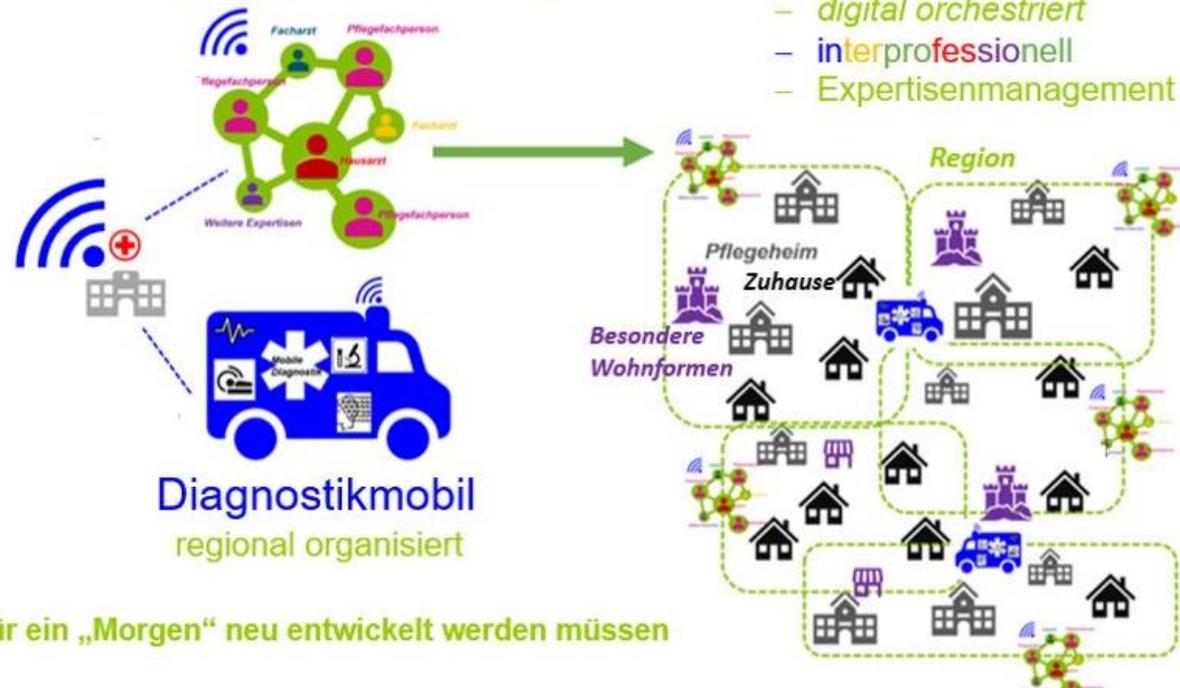
➔ die für ein „Morgen“ neu entwickelt werden müssen

## MORGEN Aufsuchende Versorgung nach:

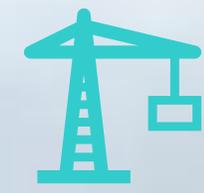
### Modell **Versorgerteam**

u.a. niedergelassene Ärzt:innen  
Pflegefachpersonen, Therapeut:innen

- *regional koordiniert*
- *logistisch sinnvoll*
- *digital orchestriert*
- **interprofessionell**
- Expertenmanagement



Diagnostikmobil  
regional organisiert



...vor allem braucht es den  
Zukunftswillen, um ein  
neues Big Picture malen  
zu wollen!

Danke!

