

Das holländische Buurtzorg-Modell: Selbstorganisation in der ambulanten Pflege

Kontrolle ist gut, Vertrauen ist besser

«Buurtzorg» bedeutet Sorge um die Nachbarschaft und bezeichnet ein in Holland etabliertes Modell für die ambulante Pflege und Betreuung. Profis arbeiten eng mit dem sozialen Umfeld einer Person zusammen. Eine Studie hat jetzt die Anwendbarkeit auf die Schweiz untersucht.

Von Enrico Cavedon, Christoph Minnig, Peter Zängl*

Zufriedene Pflegebedürftige, zufriedene Mitarbeitende in den Pflegeeinrichtungen, zufriedene Partnerschaften im Umfeld, vertrauensvolles Klima zwischen Angehörigen und Pflegekräften, ein sich sorgendes Umfeld und ein gewachsenes Vertrauensverhältnis zwischen Krankenkassen und Anbietern der ambulanten Pflege. So lassen sich die Erfahrungen in Holland mit dem Modell Buurtzorg zusammenfassen. Vor rund zehn Jahren ist «Buurtzorg» von vier Personen gegründet worden. Im Jahr 2017 arbeiteten über 14000 Pflegefachleute in rund 850 Pflgeteams bei Buurtzorg. Das entspricht einem Marktanteil von gegen 75 Prozent in der ambulanten Pflege. Das Modell basiert stark auf der Kooperationsidee und weist nicht zuletzt dadurch deutlich tiefere Kosten als die Konkurrenz aus.

Vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Diskussionen in der Schweiz um die Pflege klingt dies fast zu schön, um wahr zu sein. Aber ist das, was in den Niederlanden anscheinend so gut funktioniert, übertragbar auf die schweizerischen Verhältnisse?

*Enrico Cavedon ist wissenschaftlicher Mitarbeiter, Peter Zängl ist Dozent an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW. Christoph Minnig ist an der Hochschule für Wirtschaft FHNW Leiter des Instituts für Nonprofit- und Public Management.

se? Was braucht es, damit ein Pflege- respektive ein Organisationsmodell wie Buurtzorg in der Schweiz gelingen kann? Ein Forscherteam der Fachhochschule Nordwestschweiz, bestehend aus Vertretern der Hochschule für Soziale Arbeit und der Hochschule für Wirtschaft, hat Hinweise gefunden, inwiefern sich Buurtzorg auch in der Schweiz umsetzen lässt und welche Faktoren für eine gelingende Umsetzung wichtig sein könnten.

Ein zehnjähriger Lern- und Entwicklungsprozess

Das Wichtigste vorweg: Von dem Versuch, das Buurtzorg-Modell eins zu eins umsetzen zu wollen, raten wir ab. Dies haben auch die Verantwortlichen in den Niederlanden bestätigt. Sie weisen darauf hin, dass die Buurtzorg-Idee immer sorgfältig an die rechtlichen, kulturellen und sozialen Rahmenbedingungen der jeweiligen Länder – in der föderalen Schweiz an die unterschiedlichen Verhältnisse in den Kantonen – angepasst werden muss.

In unserer Studie haben wir erkannt, dass der Weg in Richtung des Buurtzorg-Ansatzes eine grosse Herausforderung darstellt. Auch in den Niederlanden ist Buurtzorg nicht über Nacht eingeführt worden und hat gleich ideal funktioniert. Es war im Gegenteil in den letzten zehn Jahre eine Vielzahl von Lern- und Entwicklungsschritten notwendig. Ausserhalb der Niederlande sind bisher nur wenige Beispiele bekannt, bei denen solch ein Transformationsprozess vollzogen worden ist. Aber: Aufgrund ihrer positiven Wirkung fasziert die Buurtzorg-Idee, sodass sich bereits einige private und öffentliche Spitex-Organisationen auf den Weg gemacht haben und prüfen, ob und inwiefern sich der Buurtzorg-Ansatz auf die spitalexterne Pflege in der Schweiz übertragen lässt.

Ausserhalb der Niederlande sind erst wenige Umsetzungen von Buurtzorg bekannt.



Buurtzorg: Ein Netz von Fachpersonen aus den Bereichen Pflege und Betreuung sowie Menschen aus dem sozialen Umfeld kümmern sich um das Wohl betagter Menschen. Sie achten dabei auf die Stärkung der Ressourcen ihrer Klienten. Foto: Shutterstock

In einer Studie aus dem Jahr 2014 formuliert die Ökonomin Mascha Madörin sehr pointiert und provokant, dass ihrer Meinung nach das schweizerische Pflegewesen im Vergleich zu den Niederlanden unterfinanziert und überreguliert sei. Es bestünde ein enges Kostenkorsett, das Einschränkungen der Pflegequalität nach sich ziehe. Die bestehenden Tarifsysteme seien demnach «überstandardisiert» und zu rigide. Daraus folgten Über- und Fehlregulierungen in der Pflegearbeit. Wir halten diese Extremposition zwar für überspitzt, allerdings lässt sich feststellen, dass vor allem im gesetzlich fixierten Leistungsangebot der jeweiligen Kranken- respektive Pflegeversicherung deutliche Unterschiede zwischen den beiden Ländern bestehen.

Schweiz und Niederlande im Vergleich

Die beiden wesentlichsten Unterschiede sind folgende: In der niederländischen Pflegeversicherung sind zum einen erheblich mehr Pflegeleistungen obligatorisch versichert als in der Schweiz. Das niederländische System verfügt über ein sehr einfaches Tarifsystem. Die Anbieter verhandeln mit allen Kassen jährlich die Menge der anzubietenden Stunden. Falls diese im Jahr aufgebraucht sind, muss nachverhandelt werden. Die Kassen sind nicht gezwungen, mit allen Anbietern Verträge abzuschliessen und umgekehrt. Eine Versorgungspflicht wie in der Schweiz besteht somit nicht. Und zum anderen bestehen grosse Unterschiede in den jeweiligen Ausbildungssystemen der Niederlande und der Schweiz.

Hauptmerkmal von Buurtzorg ist eine grössere Verantwortung und Kontrolle der Pflegekräfte über die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen. So werden die Hilfeplanung und die Koordination der Pflegeversorgung gemeinsam im Team entwickelt und besprochen. Ein Team besteht dabei aus höchstens

zwölf Profis (Pflegekräfte und andere Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen). Die Teams koordinieren die Versorgung für ein bestimmtes Einzugsgebiet, das typischerweise aus zwischen 40 und 60 Klienten besteht. Die Zusammensetzung der Teams nach Qualifikation und Berufserfahrung variiert je nach Anforderungen in der «betreuten» Region.

Das wichtigste Element bei diesem Ansatz ist eine differenzierte Vertrauensbasis, wie sie bei Buurtzorg gelebt wird: Vertrauen nämlich, dass die Teams mit allen notwendigen Informationen ausgerüstet sind, um die Pflege autonom, in hoher Qualität, mit klaren Wirkungszielen und bedarfsorientiert zu erbringen. Weiter braucht es auch das Vertrauen, dass die Teams alle operativen Fragen im Alltag selbständig und ohne Hierarchie angehen, selbständig tragfähige Lösungen finden und diese erfolgreich umsetzen. Eine wichtige Rolle spielt auch das Vertrauen, dass die informellen Netzwerke qualitativ hochstehende Aufgaben übernehmen.

Gleichzeitig wird Buurtzorg auch von aussen grosses Vertrauen entgegengebracht, beispielsweise von Seiten der Klienten, der Krankenkassen, der Fachgremien, der Politik und der Gesellschaft.

Etlliche Herausforderungen für die Schweiz

Man kann hier also von einem doppelten Vertrauenskonzept sprechen. Dieses Vertrauenskapital musste konkret und bewusst aufgebaut werden. Intern mussten sich viele Pflegenden erst wieder daran gewöhnen, dass man ihnen vertraut, eine Vielzahl der relevanten Fragestellungen selbständig und autonom anzugehen und kompetent zu lösen.

In der Notwendigkeit, diese differenzierte Vertrauenskultur zu entwickeln, sehen wir demzufolge auch die zentrale Herausforderung bei der Einführung eines Buurtzorg-Modells in der

Die Entwicklung einer Kultur des Vertrauens ist die zentrale Herausforderung.

>>

Schweiz. Darüber hinaus sind in der Schweiz weitere Herausforderungen zu lösen, etwa im Zusammenspiel mit Krankenkassen, Gemeinden oder Kantonen. Überdies fehlt in der Schweiz eine integrierte und trotzdem einfache IT-Plattform, wie sie von Buurtzorg entwickelt wurde und eingesetzt wird.

Transparenz und Coaching

Die Vertrauenskultur von Buurtzorg ist gekennzeichnet durch Transparenz auf der einen Seite, andererseits durch die Unterstützung mithilfe eines nicht-direktiven Coachingkonzepts. Grösstmögliche Transparenz wird mit einem eigenen EDV-System erreicht, in dem wenige, aber relevante Daten erfasst und den Teams zurückgespiegelt werden. Alles ist für alle einsehbar. Zudem fördert das System die Kommunikation untereinander («Buurtzorgweb»).

Das Coachingkonzept spielt im Buurtzorg-Modell als Führungsinstrument eine entscheidende Rolle. Coachs bieten den Teams Support an, sie haben keine hierarchische Position und keine

formelle Position betreffend Organisationspolitik und Entscheidungsfindung. Sie vermitteln den Teams die Philosophie, die Kultur und die Arbeitsweise von Buurtzorg. Sie bieten Support und Begleitung in der Teamentwicklung und steigern wich-

Bei Buurtzorg geht es darum, ein für den Klienten funktionierendes Netz zu knüpfen.

tige Fähigkeiten der Teams: unabhängig arbeiten, Problemlösung und Selbststeuerung. Eine Leitfrage für die Coachs ist: Wie können wir auf eine andere Art denken?

Die Auseinandersetzung mit dieser Frage ist durch zwei Grundprinzipien geprägt: «Akzeptanz von Unterschieden» und «Vertrauen in Personen». Bei Buurtzorg gibt es kein Middle-Management, aber die Coachs haben einen Blick von mittlerer Distanz auf ein Team. Ein Coach ist für rund 40 Teams zuständig. Abgesehen von einem halbjährlichen Treffen, reagieren und beraten Coachs hauptsächlich auf Anfrage. Es besteht dementsprechend eine Holschuld seitens der Teams. Eher in Ausnahmefälle wird der Coach selber aktiv.

Wechselnde und funktionale Hierarchien

Soll Buurtzorg in der Schweiz gelingen, braucht es grösstmögliche Autonomie der einzelnen Teams mit wechselnden, temporären und funktionalen Hierarchien. Dies bedeutet ein anderes Verständnis von Führung und Management. Führungspersonen sollen in erster Linie nicht mehr entscheiden, sondern vielmehr Team-Entscheidungen ermöglichen. Hierzu gehört auf der Ebene der Teams das Prinzip der Selbstorganisation: eigenständige Einsatzplanung, Gestaltung der Touren, Vertretungsregelung, Abrechnung vorbereiten, Dokumentation, Datenbankpflege, Organisieren und Arbeiten im Team.

Die Anforderungen an Pflegefachkräfte in den Buurtzorg-Teams sind hoch. Sie arbeiten generalistisch. Das heisst: Sie leisten alle Arten der Pfl egetätigkeit, die für ihre Klienten erforderlich sind, und sie übernehmen neben der medizinischen Pflege auch sozialarbeiterische Aufgaben. Ein entsprechender Skill- und Grade-Mix muss gewährleistet sein.

Die Beziehung der Spitex zu anderen Stakeholdern (Gemeinden, Spitälern, Ärzten, Krankenkassen, Klienten, anderen Pflegediensten) ist durch eine Durchmischung von Vertrauens- und Misstrauenskultur geprägt. Hier bedarf es einer «Beziehungsarbeit» zwischen allen Beteiligten. Kooperation im Sinne von Buurtzorg gelingt nur, wenn das starre Prinzip von «Act und Control» zugunsten einer konsequenten Reduktion von Komplexität durchbrochen wird.

Die Teams arbeiten im Gemeinwesen und pflegen vorwiegend Menschen, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden, chronisch Kranke, Menschen mit Demenz, alte pflegebedürftige Menschen, aber auch palliative Patienten in der letzten Lebensphase. Sie betreuen aber auch Familien, psychisch kranke und junge Menschen. Bei dieser Arbeit ist insbesondere auf folgendes zu achten: Eine achtsame Kommunikation im Kleinen und aktive punktgenaue Beteiligung in kleinräumigen Strukturen, um ein für den Patienten funktionierendes Netz zu knüpfen. Weiter ist der direkte Kontakt zum Hausarzt erforderlich, zum Spital oder auch zu Spezialisten und Physiotherapeuten.

Der Veränderungsprozess lohnt sich

Der Bedarf, der heute bei der Spitex abgeklärt wird, ist eine eher kleinteilige Aufrechnung von Einzelleistungen. Zielführender wäre jedoch ein Klassifizierungs- und Bewertungssystem (etwa das Omaha-System), das einen flexiblen Umgang mit der Pflegezeit ermöglicht. Durch einen erfolgreich begleiteten Genesungsprozess lassen sich womöglich die Pflegestunden reduzieren.

Buurtzorg in der Schweiz kann gelingen, wenn die lokalen Realitäten beachtet und vor diesem Hintergrund Veränderungen angestossen werden. Betrachten wir die Entwicklung in den Niederlanden, kommen wir zu dem Schluss: Es lohnt sich. Wie bei jeder Organisationsentwicklung erfordert aber auch dieser Veränderungsprozess Mut und Ausdauer, um gegen Widerstände anzukämpfen. Die nötige Kultur des Vertrauens ist auf allen Ebenen gefragt. ●

Die sechs Schlüsselaktivitäten bei Buurtzorg:

1. Ein ganzheitliches Assessment der Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen. Darin enthalten sind medizinische und langzeitpflegerische Bedingungen sowie die persönlichen und sozialen Versorgungsbedürfnisse. Anhand des Assessments werden die Pflegepläne erarbeitet.
2. Eine Netzwerk-Landkarte des informellen Versorgungssystems mit entsprechenden Zugangswegen.
3. Die Identifikation aller formalen Betreuenden, um die Hilfen zwischen den Anbietern zu koordinieren.
4. Die tatsächliche Pflege.
5. Die Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen in seinem sozialen Umfeld.
6. Die Förderung der Selbstversorgung und der Unabhängigkeit.