

Soziale Innovation

„Buurtzorg“ als Organisationsform für Pflegeheime?



© stefan.wanka - bildbüro.cc

Kai Leichsenring

Buurtzorg als soziale Innovation in der Langzeitpflege

Einfache Antworten auf komplexe Herausforderungen sind immer verlockend. Vor allem wenn es um „Soziale Innovation“ geht, also um neue Ideen, die gleichzeitig sozialen Bedarfslagen effektiver als bisherige Lösungen begegnen und neue soziale Verknüpfungen bzw. neue Formen der Zusammenarbeit schaffen. „Buurtzorg“ (Pflege und Betreuung in der Nachbarschaft), jenes Modell, welches die Hauskrankenpflege in den Niederlanden im Verlauf des letzten Jahrzehnts revolutioniert hat, wird momentan als eine der erfolgreichsten sozialen Innovationen gefeiert. Die Debatte hat sich inzwischen weit über die Niederlande hinaus verbreitet und ist nun auch in Österreich angekommen. Nachdem sich „Buurtzorg“ vor allem durch die Umsetzung zukunftsweisender Organisationsformen der Arbeit auszeichnet, stellt sich die Frage, ob und wenn ja, wie dieses Modell im Bereich der stationären Langzeitpflege umgesetzt werden könnte. Dieser Beitrag beschäftigt sich mit den Möglichkeiten und Grenzen der Übertragung von Grundsätzen ganzheitlicher Pflege und Betreuung auf die Organisation der Arbeit in Alten- und Pflegeheimen in Österreich.



Was ist „Buurtzorg“?

Im Jahr 2006 begannen Jos de Blok und einige MitstreiterInnen, ihr Konzept der Wiedereinführung von ganzheitlicher Krankenpflege in der Gemeinde durch die Gründung der Non-profit Organisation „Buurtzorg“ dem herrschenden Prinzip der Spezialisierung und Fragmentierung sowie der Kommerzialisierung und Managerialisierung von Langzeitpflege entgegenzusetzen. Anstatt bürokratischer Protokolle, der Verwaltung von Produkten und des arbeitsteiligen Abarbeitens von spezialisierten Aufgaben sollten HauskrankenpflegerInnen als „Community Nurses“ wieder ganzheitlich arbeiten können. Dazu bedurfte es der Neuverteilung von Verantwortlichkeiten weg von Management und Verwaltung und hin zu den Pflegekräften, die in autonomen Teams mit der Idealgröße von etwa 12 Community Nurses (mindestens 3-jährige Bachelor-Ausbildung) und AssistentInnen (2-jährige Ausbildung) organisiert sind. Die Verwaltung kann durch den Abbau von Bürokratie und die intelligente Anwendung von Informations- und Kommunikationstechnologie reduziert werden und hat lediglich die Aufgabe, Dokumentation, Abrechnung und die Erfüllung bürokratischer Auflagen zu erledigen. Allein von 2007 bis 2010 wuchs die Organisation von einem Team auf 250, indem immer dann, wenn ein Team eine ausreichende Zahl von KlientInnen hatte (ca. 50), in der nächsten Nachbarschaft ein neues Team gegründet wurde.

Dabei helfen sogenannte „Coaches“ bei Anfangsschwierigkeiten oder bei Konflikten innerhalb bestehender Teams. Heute zählt Buurtzorg über 10.000 MitarbeiterInnen, die insgesamt über 70.000 KlientInnen betreuen. Die Verwaltung ist im Verlauf dieser Entwicklungen auf nicht mehr als etwa 70 MitarbeiterInnen gewachsen, wobei lediglich die Zahl der Coaches relativ stark zugenommen hat.

Gegenüber den Konkurrenten im stark auf Wettbewerb ausgerichteten niederländischen System der Langzeitpflege hat Buurtzorg somit nicht nur Marktanteile, sondern vor allem einen großen Teil qualifizierter Community Nurses an sich gebunden. Andere Anbieterorganisationen haben daher inzwischen weitgehend die Arbeitsformen und Konzepte von Buurtzorg übernommen.

Das Pflegekonzept von Buurtzorg wurde von einigen erfahrenen Community Nurses entwickelt und basiert auf einer Reihe sich ergänzender Komponenten, die immer von der sozialen und gesundheitlichen Bedarfslage der KlientInnen ausgehen. Dies beginnt bei der ganzheitlichen Erhebung der individuellen Bedarfslage als Basis für einen entsprechenden Pflegeplan, wobei alle anderen formellen und informellen Pflege- und Betreuungspersonen einbezogen werden. Zudem spielt das lokale Netzwerk potentieller Unterstützung bei der Erbringung von Pflege und Betreuung eine wichtige



Rolle. Insgesamt geht es darum, den Klienten bzw. die Klientin in seinen/ihren sozialen Rollen durch Anleitung zur Selbstpflege zu fördern, wobei die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Selbstständigkeit an erster Stelle steht.



Dieser Zugang ist für die meisten Pflegekräfte sicher nicht neu und nur bedingt innovativ. Viele Pflegekräfte würden diese ursprünglichen Grundlagen aller Krankenpflege ohnehin umsetzen, allein sie fühlen sich durch bestehende Regularien, Zeitvorgaben, hierarchische Arbeitsteilung sowie gesetzliche Vorschriften und organisatorische Vorgaben nur selten in die Lage versetzt, dieses Pflegekonzept umzusetzen. Darüber hinaus fehlt es vor allem an Zeit, die Koordination mit den niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern sowie sonstige Formen der Vernetzung umzusetzen. Auch von sonstigen autonomen Entscheidungsspielräumen, wie etwa bei der Auswahl neuer KollegInnen oder adäquater Fortbildung, können Pflegekräfte normalerweise nur träumen

– bei Buurtzorg ist dies Realität und führt zu entsprechend erweiterten Verantwortlichkeiten der MitarbeiterInnen und Teams. Wenn im Team etwa festgestellt wird, dass zunehmend mehr KlientInnen Palliativpflege brauchen oder Teammitglieder meinen, dass sie im Umgang mit KlientInnen mit Demenz noch Weiterbildungsbedarf haben, werden entsprechende Fortbildungen gebucht – ohne Nachfrage in der Zentrale, weil es dort gar keine hierarchische Zwischenebenen gibt. Ein Kritikpunkt betrifft die weitgehend fehlende Multidisziplinarität in den Teams bei Buurtzorg. Dieses Manko wird allerdings durch verstärkte Netzwerkarbeit und Kooperation mit den Primary Health Care Centres, Physio- und ErgotherapeutInnen, Haushaltshilfe-Organisationen sowie sonstigen Ressourcen in der Nachbarschaft ausgeglichen.

Erfolgreiche Umsetzung neuer Arbeits- und Organisationsformen

Nach der anfänglichen Subvention des Pilotprojekts kommen die Einnahmen der Non-profit Organisation heute gänzlich aus den üblichen Finanzquellen der niederländischen Pflegeversicherung (AWBZ), die allen Anbietern mobiler Pflege zur Verfügung stehen. Die Organisation floriert nicht zuletzt dank des hohen Engagements ihrer MitarbeiterInnen. Dies konnte durch Evaluationsstudien nachgewiesen werden, wobei vor allem die Tatsache, dass insgesamt mit weniger Kosten (Betreuungsstunden) bessere Ergebnisse erzielt werden können, wenn gut ausgebildetes Pflegepersonal in die Lage versetzt wird, ganzheitliche und vernetzte Pflege und Betreuung zu organisieren. Das interne Qualitätsmanagement nach dem sogenannten Omaha-System (<http://www.omahasystem.org>) und die in den Niederlanden obligatorischen Kundenbefragungen zeigen, dass Buurtzorg die höchsten Zufriedenheitswerte bei den NutzerInnen genießt. Geringere Kosten ergeben sich durch niedrige Overheads (8% im Gegensatz zu bis zu 25% bei anderen Organisationen). Um die darüber hinaus erzielten Effizienzgewinne zu verstehen, muss man etwas ausholen, um das System der Langzeitpflege in den Niederlanden zu verstehen. Der Pflegebedarf der Anspruchsberechtigten wird hier durch ein Verfahren erhoben, welches bislang von 24 über das Land verteilten Assessment-Zentren (Centrum Indicatiestelling Zorg/CIZ) organisiert wird. Dabei werden die Art und

Dauer der notwendigen Dienste (Hauskrankenpflege, persönliche Betreuung und Pflegeberatung/Prävention) in drei Stufen definiert. Grundpflege umfasst z.B. sieben Stunden pro Woche für Waschen und Anziehen, Extra-Pflege umfasst auch unplanmäßige Pflegeeinsätze rund um die Uhr, und Spezial-Pflege erhalten Personen mit komplexem Pflegebedarf, der entsprechenden Case Managements bedarf. Die Ergebnisse der Einstufung werden an die regionalen AWBZ-Agenturen (Zorgkantoren) weitergeleitet, die für die Akkreditierung der Anbieter und für die Zuteilung der jeweiligen Dienste zuständig sind. Nachdem Buurtzorg jahrelang die von den Assessment-Zentren bewilligten Stunden um bis zu 40% unterschritt und dabei immer die geforderten Ziele für die KlientInnen erreichte, ist man dabei, diese Behörde nun gänzlich aufzulösen und auch das Assessment gleich direkt von den Community Nurses durchführen zu lassen. Gegenüber anderen Anbietern ist auch die durchschnittliche Dauer der Inanspruchnahme von Diensten bei Buurtzorg kürzer, weil deren KlientInnen in vielen Fällen ihre Selbstständigkeit wiedererlangten, weniger Notaufnahmen zu verzeichnen hatten und bei geplanten Krankenhausaufenthalten insgesamt kürzere Aufenthaltszeiten aufwiesen. Ein besonderer Erfolgsindikator des Modells ist die andauernd hohe Zufriedenheit der MitarbeiterInnen – Buurtzorg war mehrfach niederländischer Arbeitgeber des Jahres und zeichnet sich durch niedrige Werte bei Krankenständen und Personalfuktuation aus.

Überlegungen zur Umsetzung des Modells in der stationären Langzeitpflege

Das innovative Modell Arbeitsorganisation, das bei Buurtzorg erfolgreich umgesetzt wurde, beruht auf einem neuen Organisationsparadigma, das Frederic Laloux als „neue Stufe des menschlichen Bewusstseins“ beschrieben hat und welches durch Initiativen wie „Holacracy“ (<http://www.holacracy.org>) weit über den Pflegebereich hinaus verbreitet wird. Neben der Orientierung an einem klar definierten Organisationszweck sind dabei die Autonomie kleiner und flexibler Teams sowie die ganzheitliche Herangehensweise wesentlich.

Grundsätzlich ist zu überlegen, inwiefern Teams von Community Nurses oder auch die in Österreich weiter verbreiteten multidisziplinären Teams aus der mobilen Pflege

Fotos © www.buurtzorgnederland.com

nicht viel stärker im stationären Bereich eingesetzt werden könnten. Umgekehrt könnten die MitarbeiterInnen von Alten- und Pflegeheimen verstärkt in die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf in der Nachbarschaft einbezogen werden. Um das Alten- und Pflegeheim zum Langzeitpflege-Zentrum im Quartier zu machen, bedürfte es allerdings sowohl im mobilen als auch im stationären Bereich der Übernahme der oben genannten Organisationsprinzipien. Dafür gäbe es jedenfalls etliche Ansatzpunkte wie z.B. im Heimbereich das Konzept der Wohngruppenpflege bzw. jenes der Hausgemeinschaften. Um dem neuen Organisationsparadigma gerecht zu werden, wären folgende Veränderungen anzudenken:

- Das multidisziplinäre Team einer Wohngruppe wird als autonomes Team damit betraut, die BewohnerInnen ganzheitlich, personen-zentriert und ressourcenorientiert zu pflegen und zu betreuen. Das Team entscheidet, welche Fähigkeiten und Berufsprofile dazu benötigt werden, und welche Skills bzw. Berufsgruppen dazu eventuell zeitweise notwendig sind (Ergo-, PhysiotherapeutInnen, ÄrztInnen etc.). Über die konkrete Zusammensetzung und allfällig notwendige Fortbildung in aktivierender Beziehungs- bzw. Bezugspflege, Palliativ- oder Demenzbetreuung etc. entscheidet das Team selbst. Vorstellbar wäre etwa ein Betreuungsteam bestehend aus FachsozialbetreuerInnen (Altenarbeit) und den künftigen PflegeassistentInnen, ergänzt durch diplomierte Fachkräfte, die möglicherweise extern organisiert sein könnten bzw. als „Satellit im Haus“, um z.B. bei akuten Fällen oder bei der Vertretung von KollegInnen bei Urlaub oder Krankenstand bestimmte Rollen zu übernehmen.
- Anstatt einer Wohngruppenleitung bzw. Pflegedienstleitung, die es nun nicht mehr geben würde, entscheidet das Team allein über Einsatz- und Pflegeplanung sowie die Aufnahme neuer BewohnerInnen (Einbeziehung). Dabei ist auch die Vernetzung mit mobilen Diensten, Ärzten und Apotheken im Quartier ein wichtiger Bestandteil der Arbeit, um z.B. mit potenziellen zukünftigen BewohnerInnen Kontakte zu knüpfen und Angebote für pflegende Angehörige etc. zu entwickeln. Das

Team ist letztlich für die Ergebnisse selbst verantwortlich (Qualitätsmanagement).

- Über die Aufnahme neuer MitarbeiterInnen bestimmt ebenfalls das Team, wenn möglich unter Einbeziehung der BewohnerInnen-Vertretung.
- Die Heimleitung definiert sich genauso als Team und erfüllt die Rolle als „Coach“ bei Meinungsverschiedenheiten und Fragen des Gesamtbudgets bzw. der allgemeinen Ausrichtung (Organisationszweck) sowie im Bereich der technischen Ausstattung bzw. der Verwaltung und Vernetzung auf Trägerebene. Im besten Fall kann die Heimleitung gegenüber den Finanzträgern durch ergebnisorientierte Indikatoren nachweisen, wohin sich die Qualität der Pflege und Betreuung entwickelt und welche Personalausstattung zur weiteren Verbesserung nötig ist.



Der fundamentale Umdenkprozess, der mit einer solchen Neuorientierung verbunden wäre, bedarf zweifellos einer breiten Debatte über viele Detailfragen. Im Zusammenhang mit dem Rückbau von Hierarchien, Fragen von Verantwortlichkeiten und der Übernahme von Eigenverantwortung, oder auch den Abbau arbeitsteiliger Regelungen, wird es nicht immer einfache Antworten geben. Denn in der Folge geht es auch um neue Formen der Finanzierung von Langzeitpflege (Stichwort: gebündelte Bud-

gets statt Finanzierung von Einzelleistungen). Ein erster Schritt wäre jedenfalls, die in vielen Organisationen zumindest in Teilbereichen existierenden Ansatzpunkte zu identifizieren, um diese in Richtung des neuen Organisationsparadigmas weiter zu entwickeln – als soziale Innovation zum Wohle der MitarbeiterInnen und der KlientInnen bzw. BewohnerInnen.

Dr. Kai Leichsenring

Direktor, Europäisches Zentrum für
Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung,
Wien

E-Mail: leichsenring@euro.centre.org
www.euro.centre.org

Zum Weiterlesen

www.buurtzorgnederland.com

www.holacracy.org

<http://blog.arbeit-wirtschaft.at/das-buurtzorg-modell/>

www.buurtzorg-in-deutschland.org/buurtzorg/

www.omahasystem.org

Laloux, F. (2014) *Reinventing Organizations. A Guide to Creating Organizations Inspired by the Next Stage of Human Consciousness*. Brussels, Nelson Parker.

Leichsenring, K., Schulmann, K., Gasior, K., Fuchs, M. (2016) *Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten. Bedingungen, Ziele und Perspektiven der Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege*. Wien, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung/AK Wien.

Leichsenring, K. (2015) „Buurtzorg Nederland“ – Ein innovatives Modell der Langzeitpflege revolutioniert die Hauskrankenpflege, *ProCare - Aktuelle Information, Fort- und Weiterbildung für die Mitarbeiter der Gesundheits- und Krankenpflege*, 20(8), 20-24.

Nandram, S.S. (2015) *Organizational Innovation by Integrating Simplification. Learning from Buurtzorg Nederland*. Cham et al., Springer.

The Commonwealth Fund (2015) *Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model*, www.commonwealthfund.org/publications/case-studies/2015/may/home-care-nursing-teams-netherlands