

Ganzheitliche Pflege, made in the Netherlands

Buurtzorg: „Nurses don't need management..“

Von Susy Greuter, Denknetz-Fachgruppe Langzeitpflege und -betreuung

Juni 2016

Marlies Glaus, Leiterin öffentliche-gemeinnützige SPITEX, Rüscliikon „Der Schuh drückt nicht in der Pflege der meist alten und mehrfach erkrankten Menschen. Auch nicht in deren Betreuung. Der Schuh drückt ziemlich heftig da, wo es um den Papierkrieg zwischen den Gesundheitsprofis und den Krankenkassen geht, (...) die aufwändigen administrativen Tätigkeiten, der Dokumentationszwang. Das hat sich in den letzten zwei Jahren sehr verstärkt. Alles muss festgehalten und von einem Arzt unterschrieben werden, der sehr oft die Verhältnisse gar nicht kennt. Das bindet viele Kräfte. Bestausgebildetes Pflegepersonal sitzt mehr am Computer als am Bett! Das sind unsinnige Abläufe, die viele Kosten binden.“

C.Kazis, Moderatorin: „Aber Controlling muss doch sein? Schliesslich gibt es ein Krankenversicherungsgesetz und wir haben alle ein Interesse daran, dass die Prämien nicht weiter steigen.“

Marlies Glaus: „Erstens muss klar sein: Die Spitex ist gemessen an ihrer Leistung nicht teuer. Sie macht gerade mal 2,8 Prozent der gesamten Gesundheitskosten aus. Zweitens: Ich setze ein grosses Fragezeichen hinter die Wirtschaftlichkeit des Controllings. Es kann nicht aufgehen, dass immer mehr Ressourcen in der Administration gebunden werden. Davon haben unsere Klienten herzlich wenig. (...) Gute Pflege braucht Zeit.“

aus: Kontext, Sendung SRF vom 1.4.2016

Der neoliberale Gesellschaftumbau der vergangenen Jahrzehnte hat in Holland, wie auch in der Schweiz, eine „Strukturanpassung“ im staatlichen Gesundheitswesen durchgesetzt. Effizienzsteigernd (durch Wettbewerb) soll ebenso die schrittweise Privatisierung gewinnversprechender Bereiche sein wie die betriebswirtschaftliche Durchdringung der Arbeit selbst. Ihre verstärkte Aufteilung nach Komplexitätskriterien und die zeitliche Taktierung der einzelnen Arbeitsgänge (Taylorisierung) schienen eine Kostenkontrolle zu versprechen und wurden als Professionalisierung belobigt.

Es ist das Gegenteil einer integrierten Produktion, bei der gleichzeitig die ganze Fülle der Einflussfaktoren überblickt und der aktuell benötigte Schritt vollzogen wird. Der angezielte Effekt rationalisierter industrieller

Produktion, dass am kostengünstigsten gearbeitet wird, wenn der Ausbildungsgrad der eingesetzten Arbeitskraft den Anforderungen der einzelnen Aufgabe gerade entspricht, hat allerdings vor allem in der ambulanten Pflege einen sowohl von den PatientInnen wie auch den Pflegefachleuten/ vielfach beklagten Missstand geschaffen. Statt von einer oder zwei HelferInnen werden die PatientInnen nun von einer Vielzahl von PflegerInnen verschiedener Kompetenzen besucht, grösstenteils für Kurzeinsätze, da die verschiedenen Aufgaben zeitlich genau bemessen und entsprechend in den Einsatzplänen festgehalten sind. Zugleich müssen die einzelnen Leistungen nun zwingend schriftlich kommuniziert und von vorgesetzter Stelle minutiös koordiniert werden. Das heisst, dass ein beachtlicher Teil der Gesamtarbeit – und der Kosten - sich auf

berufsferne Pflichten verlagert. Dadurch wurde den Pflegefachleuten eigenes Ermessen des individuellen und momentanen Bedarfs der PatientInnen und die Möglichkeit, auf deren Bedürfnisse einzugehen, weitgehend beschnitten.

Damit hat das Pflegemodell „Buurtzorg“ in Holland radikal gebrochen. Vor gerade zehn Jahren wagte ein kleines Team um Jos de Blok - der zuvor selber Pfleger aber auch Manager von Heimpflegediensten gewesen war – den Schritt in einer ganz anderen Richtung. Teilweise im Rückgriff auf das frühere Modell der GemeindepflegerInnen, teilweise im Vorwärtsschritt auf die technisch mögliche direkte Vernetzung, die die übergeordnete Bürokratie kaum mehr benötigt, wurde die Verantwortung den Teams der ambulanten Pflege zurückgegeben. Mit der Kappung ausufernder Koordinations- und Rechtfertigungszwänge konnte ein ganzheitlicher Pflegeansatz wieder die Oberhand gewinnen. Dieser Ansatz, der mehr als rein technisch-medizinische Pflegeziele anstrebt, ist immer noch gültig und ist zentraler Bestandteil der Ausbildung auch in der Schweiz. Der Verlust respektive die Entfernung von diesem Ideal führt deshalb gerade bei den Pflegefachpersonen zu nachlassender Berufszufriedenheit. Jos de Bloks Idee war ganz einfach und praktisch: überbezahlte Manager, luxuriöse Bürobauten und Schichten von rein verwaltungstechnischen Aufgaben für die PflegerInnen mussten abgebaut, die Autorität und Verantwortung den Fachteams zurückgegeben werden. „Nurses don't need management – they need each other“. 2007 mit nur einem Team begonnen, waren 2010 bereits 200 über das ganze Land verstreute Teams aktiv und 2013 hatten total 7188 Pflegefachleute – nun in 630 Teams - freiwillig diesen neuen Weg gewählt. 2012 und erneut in 2015 wurde Buurtzorg aufgrund einer Umfrage unter Beschäftigten und Klienten zum besten Arbeitgeber Hollands gekürt und 95% der Patienten erklärten sich auch gemäss weiteren Studien als hoch zufrieden mit den Diensten dieses Unternehmens. Inzwischen wird das Buurtzorg-Modell in verschiedenen Ländern kopiert, so in den USA, in Schweden, in Japan. Auch in der Schweiz sind entsprechende Versuche angelaufen. Was sind die Komponenten dieses Erfolges?

Selbstgesteuerte Teams

Buurtzorg hat die wissenschaftlich begründete, auch in der Wirtschaft teilweise eingesetzte Unternehmensstrategie der selbstgesteuerten Arbeitsteams beispielhaft umgesetzt. Teams von maximal zwölf, zu rund 70 Prozent hochqualifizierten Pflegefachpersonen organisieren ihre Arbeit selbständig und erbringen alle notwendigen Leistungen für 50 – 60 Patienten. Die Team-Mitglieder entscheiden, wie die Aufgaben am besten zu bewältigen sind, beschliessen die Einsatzpläne, verteilen spezifische Rollen und optimieren das Teamresultat selber. Der lokal begrenzte Einsatzbereich einer Buurtzorg Nachbarschaft erlaubt es, die örtlichen Ressourcen zu kennen und zu nutzen, formelle und informelle Netzwerke von Helfern zu bilden und präventive Aktivitäten einzuführen, die Gesundheit und Wohlbefinden der Patienten steigern. In wöchentlichen Teamsitzungen der PflegerInnen werden gemeinsam Probleme erörtert und neue Strategien skizziert; das Vorgehen bleibt in kollektiver Diskussion und sichert die Entscheidungen. Darüber hinaus kann jederzeit die Beratung durch einen Coach angefordert und das interne Buurtzorg-Computernetz konsultiert werden, auf dem schwierige Fälle diskutiert werden und die nationalen Pflegestandards einsehbar sind.

Umsetzung

Buurtzorg PflegerInnen arbeiten eng mit den Hausärzten und anderem Gesundheitspersonal in der Gemeinde zusammen (Hebammen, Physiotherapeuten, Naturärzte etc.). Entscheidungen darüber, was ein Patient braucht, fallen nicht in einem Agenturbüro mit begrenztem Einblick, sondern werden vornehmlich bei und mit den Klienten getroffen. Und die PflegerInnen erbringen einen umfassenden, ganzheitlichen Dienst, der dem mit dem Patienten, Arzt und Familie ausgemachten Bedarf entspricht: Das kann alles sein, von einem Bad über Wundpflege, nötigen Injektionen und Messungen bis zur Bereitstellung einer einfachen Mahlzeit. Die Pflege ist wenig fragmentiert, da alles von einer Pflegefachfrau erbracht wird, statt aufgeteilt zwischen einem ganzen Trupp von VersorgerInnen, die Grundpflege, Spezialaufgaben und normale Pflege je gesondert vornehmen.

Bezugspflege

Buurtzorg PflegerInnen interessieren sich über den körperlichen Hilfebedarf hinaus für die Lebensumstände der Klienten, ihre Umgebung, für soziale und geistige Bedürfnisse. Die Beziehung zwischen der Pflegefachperson und dem Patienten ist Kernstück der Buurtzorg Strategie. Die Teams schauen dazu, dass selbst bei sehr aufwändigen Einsätzen maximal zwei bis drei PflegerInnen die Hilfebedürftigen aufsuchen, um die Möglichkeit zur Bezugnahme zu bestärken und Zerstückelung zu vermeiden. Hierin liegt allerdings die Krux einer Mitarbeit bei Buurtzorg: Die zwei, drei Pflegekräfte, die für einen Patienten zuständig sind, sind es jederzeit, das heisst bei Notfällen auch in der Nacht und an Wochenenden! Dies kann mit intensiven Familienpflichten kollidieren, sodass junge Frauen oft pausieren müssen. Die KlientInnen hingegen schätzen die Organisation entsprechend, wie ihre wiederholt höchste Rangierung in der Kundenzufriedenheit nachweist.

Empowerment der KlientInnen

Das Pflegemodell unterstreicht, dass es gilt, die PatientInnen so rasch als möglich zu geringerer Abhängigkeit zurückzuführen. In der Anfangsphase der Pflege wird eine intensive Zusammenarbeit geleistet, in der mit Unterstützung und Beratung Selbsthilfe und Selbstvertrauen aufgebaut wird. Weniger abhängig zu werden und sich weitgehend selbst helfen zu können wird wertvoll. Zugleich wird mit der Familie des Patienten, weiteren Therapeuten und Freiwilligen der Nachbarschaft ein Netz von Bezügen und Hilfestellungen aufgebaut, auf die sich die Klientin notfalls abstützen kann.

Vereinfachte Kostenabrechnung

In diesem Dienstleistungszweig ist es gebräuchlich, dass die Kostenabrechnung sich abstützt auf den Zeitaufwand, den Typ der Hilfestellung und den Ausbildungsgrad der Ausführenden. Buurtzorg hat den privaten und staatlichen Vertragspartnern eine vereinfachte Kostenabrechnung vorgeschlagen: Anstelle verschiedenster Kostenansätze, die einen beträchtlichen administrative Aufwand für die Protokollierung und Zusammenstellung erzeugen, schlug Buurtzorg vor, eine einzige Rate für einen Besuch einzurechnen,

unabhängig von seiner Dauer (im 2013 waren dies EU 57.-). Dies wurde im Rahmen einer Pilotvereinbarung mit der staatlichen Sozialversicherung möglich, die angesichts des durchschlagenden Erfolges dieses Pflegemodells auch in der Kostenrechnung kurzfristig kaum rückgängig gemacht werden dürfte: Price, Waterhouse and Cooper kamen 2011 gegenüber den herkömmlichen Versorgungsmodellen auf Kostenersparnisse je nach Fall von 30 bis 50 Prozent für die staatliche Krankenversicherung.

Finanzielle Tragfähigkeit

Als Buurtzorg begann, fragten sich die viele, ob dieser Plan finanziell haltbar sein würde. Die Bedenken waren, dass durch den mehrheitlichen Einsatz von hochqualifizierten Pflegefachleuten und ohne externe Kontrollen die Kosten empor schnellen würden. Doch das Gegenteil traf ein. Im Durchschnitt wenden Buurtzorg-PflegerInnen nur 40 Prozent des Zeitaufwandes auf, der für nötige Pflegemassnahmen spezifischer Patienten verschrieben wurde. Für die Regierung als Trägerin der allgemeinen Krankenversicherung resultieren somit jährlich bedeutende Ersparnisse. Ernest and Young, die im Auftrag des Gesundheitsministeriums 2009 eine sowohl ökonomische als qualitative Studie erstellten, fanden im Vergleich mit anderen ambulanten Pflegediensten nicht nur diese höhere Produktivität, sondern auch geringere fixe Kosten – und ebenso einen halbierten Personalausfall durch Krankheit. Arbeitszufriedenheit macht's möglich.

Geringe Fixkosten

Unnötigen Koordinationsaufwand und Bürokratie zu eliminieren ist ein zentraler Programmpunkt des Modells, das die Pflgeteams zur eigenen Planung und Koordination ermächtigt und die Managementfunktionen weitgehend eliminiert. „Menschlichkeit über Bürokratie“ ist das Mantra der Organisation. Für die (2014) 650 über ganz Holland verstreuten Teams von über 7000 Pflegefachleuten genügt eine zentrale Administrationseinheit von fünfzig Leuten und eine Equipe von vierzehn Coaches für Pflegeprobleme und Teambildung. Die 'overhead'-Kosten von acht Prozent waren 2009 68 Prozent tiefer als bei vergleichbaren

Organisationen, wies die Studie von Ernest&Young nach.

Intranet

Buurtzorg Teams sind intern vernetzt über das Buurtzorg-Web, eine Intranet-Lösung, die allen PflegerInnen erlaubt, Wissen zu teilen und Unterstützung zu erhalten. Jede PflegerIn verfügt über eine mobile Station, die den Zugang jederzeit gewährleistet. Auch alle administrativen Prozesse werden über dieses Intranet abgewickelt. Diese Informationstechnologie ermöglicht es, Patientendaten und Pflegediagnose bei der Aufnahme, Ablaufplanung und die Zahl geleisteter Besuche für alle einsehbar online festzuhalten und zu kommunizieren. Die Rechnungsstellung erfolgt durch die zentrale Administration, die die notwendigen Informationen vom Intranet weiterbearbeitet. Auch die Buchführung pro Gruppe ist sowohl auf organisationaler als auch auf Team-Ebene einsehbar und erlaubt es den Teams die eigene Produktivität und das Budget selbst zu evaluieren, mit anderen Teams zu vergleichen und von diesen eventuell Rat einzuholen. Es wird geschätzt, dass die Nutzung dieser IT-Plattform etwa 20 Prozent der Administrations-Kosten spart.

Engagement und Arbeitszufriedenheit

Buurtzorg-PflegerInnen sind Fachleute der kreativen Art, Menschen und UnternehmerInnen zugleich. Sie verfügen über die Autonomie, mit den Klienten und deren Unterstützerguppen innovative Lösungen für ihre Pflege-probleme zu entwickeln. Diese Herausforderung bedeutet nicht Stress, sondern Berufsstolz und Befriedigung. Das entsprechende Engagement der Pflegefachpersonen weckt das Vertrauen der Patienten und deren Familien. 2011, 2012 und 2015 wurde Buurtzorg aufgrund von Umfrageresultaten zum besten Arbeitgeber Hollands gekürt. Trotz der extrem hohen Anforderungen hat diese Organisation um 50% geringere Raten in der Personalfuktuation in der Branche.

Einbettung in die Gemeinden

Buurtzorg-Teams beziehen sich stark auf die Gemeinde, in der sie arbeiten. Gemeinden sind

vom Staat beauftragt, ein Netzwerk von Freiwilligen aufzubauen, die Betreuungsaufgaben und Hilfestellungen für Langzeitpflegefälle (chronisch Kranke, Behinderte und fragile Senioren) leisten. Diese aufzufinden, zu beraten und zu koordinieren gehört zu den wichtigen Aufgaben der Teams. Sie schliessen damit die Kluft zwischen Ärzten, Pflege, Sozialdiensten, Freiwilligen und Angehörigen der Patienten zugunsten einer gemeinsamen Sorgspflicht. Durch diese Freiwilligen-Netzwerke gelingt auch die soziale (Re-)Integration der zuvor oft isolierten Pflegebedürftigen in die Gemeinde. Im Nebeneffekt hebt die integrierende Wirkung dieser Netzwerke das Sicherheits- und Gemeinschaftsgefühl in den Nachbarschaften.

Ausblick

Allerdings weist die staatliche Mobilisierung von Freiwilligen auch auf einen tendenziellen Abbau der finanziellen Leistungen für Langzeitpflegefälle hin. Die ursprünglich umfassende Finanzierung der Leistungen durch die obligatorische, staatliche Pflegeversicherung AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, dt. Allgemeines Gesetz über besondere Krankheitskosten) lagerte nach 2007 auch die Finanzierung der Haushalthilfen aus, die nun zum Teil durch die Patienten, zum Teil durch die Gemeinden – aufgebracht werden muss. Noch scheint diese neue Lösung keine Einbrüche in die gute Versorgung und Versorgungszufriedenheit gezeitigt zu haben – wozu Buurtzorg mit seiner Unterstützung einer integrierten Pflege einen grossen Beitrag leisten dürfte.

In der Schweiz mit ihren zahlreichen, privaten Krankenversicherungen und der an die Leistungen dieser Versicherungen gekoppelten staatlichen Pflegefinanzierung dürfte der innovative Ansatz von Buurtzorg sehr schwierig zu realisieren sein. Möglich, dass einzelne Krankenkassen den vielversprechenden Schritt wagen und der jeweilige Kanton die Pflegefinanzierung versuchsweise anpasst? Es ist zu hoffen, dass sich Pionier-Gemeinden finden, die ein Buurtzorg-Experiment mit einem Leistungsauftrag an eine entsprechende Organisation wagen.

Literatur

<http://www.buurtzorgusa.org/wp-content/uploads/2016/03/2013-Buurtzorg-Creative-Nursing.pdf>

<http://journal.aarpinternational.org/a/b/2013/06/Buurtzorg-Nederland-Nurses-Leading-the-Way>

<http://interlinks.euro.centre.org/model/example/NeighbourhoodCareBetterHomeCareAtReducedCost>, 2011

<http://asia.nikkei.com/Business/Companies/Dutch-home-care-provider-tapping-into-Asia>, Tokyo 2015

Jos de Blok, Buurtzorg Netherland, Selbstdarstellung, in www.nieuweorganiseren.nu, Holland 2011

Jos de Blok, Buurtzorg Netherland: A new perspective on elder care in the Netherlands, AARP The Journal, 2011

Karen Monsen and Jos de Blok, Buurtzorg Netherlands – a nurse-led model of care has revolutionized home care, American Journal of Nursing, Vol 113, No. 8, 2013

Karen Monsen and Jos de Blok, Buurtzorg: Nurse-Led Community Care, in Creative Nursing, Vol 19, No.3, 2013

Wim Sprenger, Personal care by highly professional self-managing teams – the fast growing neighbourhood care, 2013

Miriam Gilbert, Busting the Efficiency Myth – How a profession got its mojo back and saves money in the process, Coincidency, 2014

Jennifer Sprinks, Netherland district staff turn their backs on bureaucracy, Primary Health Care, Vol 224, Nr. 9, 2014