

3.3 Ganzheitliche Pflege, made in the Netherlands: Buurtzorg: „Nurses don't need management..“

Susy Greuter

Marlies Glaus, Leiterin öffentliche-gemeinnützige SPITEX, Rüschlikon „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 Gesellschaftsumbau der vergangenen Jahrzehnte hat in vielen Ländern eine „Strukturanpassung“ im staatlichen Gesundheitswesen durchgesetzt. Die schrittweise Privatisierung der Gewinn versprechenden Bereiche und die betriebswirtschaftliche Durchdringung der Arbeit sollten Effizienz steigernd und damit Kosten senkend wirken.

Die verstärkte Aufteilung nach Komplexitätskriterien und die zeitliche Taktierung der einzelnen Arbeitsgänge (Taylorisierung) schienen eine Kostenkontrolle zu versprechen und wurden als Professionalisierung gepriesen. Ein Wunschziel war ebenfalls, dass – wie in rationalisierter industrieller Produktion - kostengünstiger gearbeitet würde, wenn der Ausbildungsgrad der eingesetzten Arbeitskraft den Anforderungen der einzelnen Aufgabe genauer entspräche. Dies hat allerdings vor allem in der ambulanten Pflege einen sowohl von den PatientInnen wie auch den Pflegefachleuten vielfach beklagten Missstand geschaffen (Schwaller 2011). Statt von einer oder zwei Fachpersonen werden die PatientInnen nun von einer Vielzahl von PflegerInnen besucht. Dies bedeutet grösstenteils Kurzeinsätze, da die nach beruflicher Kompetenz aufgeteilten 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. Ein beachtlicher Teil der Gesamtarbeit – und der Kosten - verlagert sich auf diese Weise in berufsferne Pflichten. Eigenes Ermessen des individuellen und momentanen Bedarfs der PatientInnen und die Möglichkeit, auf

deren Bedürfnisse einzugehen, wurde den Pflegefachleuten hingegen weitgehend beschnitten. Diesem Ansatz diametral gegenüber gestellt ist das Konzept der integrierten Arbeitsweise, bei der gleichzeitig die ganze Fülle der Einflussfaktoren überblickt und die/der Handelnde in diesem Bewusstsein entscheidet.

Um dies wieder zu ermöglichen, hat das Pflegemodell „Buurtzorg“ in Holland mit den konservativen betriebswirtschaftlichen Rezepten radikal gebrochen (de Blok 2011). Vor gerade zehn Jahren wagte ein kleines Team um Jos de Blok - der zuvor selber als Pfleger aber auch als Manager von Heimpflegediensten arbeitete – den Schritt in eine ganz andere Richtung. Teilweise im Rückgriff auf das frühere Modell der GemeindepflegerInnen, teilweise im Vorwärtsschritt auf die technisch mögliche direkte Vernetzung sowohl der Pflegerinnen untereinander als auch direkt mit einer Beratungs- und Verrechnungsstelle, wurden egalitäre Teams von bestausgebildeten PflegerInnen gebildet und die Verantwortung ganz an sie zurückgegeben. Kleine Teams beraten sich untereinander, wie ihre einzelnen Mitglieder ihre umfassende Zuständigkeit für einen Patienten erfüllen können. Mit der Kappung ausufernder Koordinations- und Rechtfertigungszwänge in der ambulanten Pflege konnte auch ein ganzheitlicher Pflegeansatz wieder die Oberhand gewinnen.

Dieser ganzheitliche Ansatz, der mehr als rein technisch-medizinische Pflegeziele anstrebt, ist in der Schweiz zumindest in der Ausbildung immer noch gültiger und zentraler Bestandteil. Durch die Abkehr von diesem Ideal in der Praxis schwindet bei den Pflegefachpersonen die Berufszufriedenheit mehr und mehr.

Jos de Bloks Idee war ganz einfach: „Mittleres Management“ mit allen Koordinationskompetenzen und rein verwaltungstechnischen Aufgaben für die PflegerInnen sollten ebenso abgebaut werden wie interne Hierarchie und überbezahlte Manager. Die Autorität und Verantwortung sollte den Fachteams zurückgegeben werden: „Nurses don't need management – they need each other“ (Pflegefachleute brauchen kein Management – sie brauchen einander“) war die Losung. Und Patienten brauchen eine Beziehungsperson, die sie wahrnimmt und rundum pflegt, nicht einen Schwarm von HelferInnen mit abgestuften Kompetenzen, die nur knappe Zeit haben, ihre Spezialaufgabe zu erledigen.

2007 mit nur einem Team begonnen, waren 2010 bereits 200 über das ganze Land verstreute Teams aktiv. 2017 hatten total 10'000 Pflegefachleute freiwillig diesen neuen Weg gewählt, nun in über 900 Teams über ganz Holland verteilt. Aufgrund einer gewerkschaftlichen Umfrage unter Beschäftigten und Klienten wurde Buurtzorg 2011, 2012 und erneut in 2015 zum besten Arbeitgeber Hollands gekürt.

Inzwischen wird das Buurtzorg-Modell in verschiedenen Ländern kopiert, so in den USA, in Grossbritannien, in Schweden, in Japan (Brindley, 2017). Auch in der Schweiz sind entsprechende Versuche angelaufen (siehe dazu etwa www.curarete.ch). 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. Sie erbringen alle notwendigen Leistungen für je 50 bis 60 Patienten, indem sich je ein Team-Mitglied umfassend vier bis fünf Patienten widmet. Die Team-Mitglieder beraten, wie die Aufgaben am besten zu bewältigen sind, beschliessen die Einsatzpläne und optimieren das Teamresultat selber. In wöchentlichen Teamsitzungen der PflegerInnen werden gemeinsam Probleme erörtert und neue Strategien skizziert; das Vorgehen bleibt in kollektiver Diskussion und sichert die Entscheidungen der Einzelnen. 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.

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, die Ablaufplanung und danach die Zahl geleisteter Besuche für alle einsehbar online festzuhalten und zu kommunizieren. Die Rechnungsstellung erfolgt durch die zentrale Verwaltungsstelle, die die notwendigen Informationen vom Intranet weiterbearbeitet. Auch die Buchführung pro Gruppe ist da sowohl auf organisationeller als auch auf Team-Ebene einsehbar und erlaubt es den Teams, selbst die eigene Produktivität und das Budget zu evaluieren, mit anderen Teams zu vergleichen und von diesen eventuell Rat einzuholen. Auf allen Stationen sind auch die Nachschlagewerke aufgeladen (nationale Qualitäts-Standards und Omaha-Kompendium des ‚Evidence based Nursing‘) sowie eine direkte Kontaktnahme mit ‚Coaches‘ im Zentrum möglich, die dem Team in Notfällen zu Hilfe kommen. Es wird geschätzt, dass die Nutzung dieser IT-Plattform etwa 20 Prozent der Administrations-Kosten spart.

Umsetzung im einzelnen Fall

Buurtzorg PflegerInnen arbeiten eng mit den Hausärzten und anderem Gesundheitspersonal in der Gemeinde zusammen (Hebammen, PhysiotherapeutInnen, Komplementär-TherapeutInnen etc.). Entscheidungen darüber, was ein Patient oder eine Patientin braucht, fallen nicht in einem Agenturbüro mit begrenztem Einblick, sondern werden vornehmlich bei und mit den Klienten getroffen. Die PflegerInnen erbringen einen umfassenden, ganzheitlichen Dienst, der dem mit dem Patienten, dem Arzt und der Familie ausgemachten Bedarf entspricht: Das kann für jede einzelne PflegerIn alles sein, von einem Bad über Wundpflege, nötigen Injektionen und Messungen bis zur Bereitstellung einer einfachen Mahlzeit. Die Pflege ist damit kaum 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 wenn die zuständige Pflegerin wegen Ferien o.ä. nicht abkömmlich ist, maximal zwei PflegerInnen die Hilfebedürftigen aufsuchen, um die Möglichkeit zur Bezugnahme zu stärken und Zerstückelung zu vermeiden.

Hierin liegt allerdings die Krux einer Mitarbeit bei Buurtzorg: Die Pflegekräfte, die für einen Patienten zuständig sind, müssen jederzeit verfügbar sein, bei Notfällen auch in der Nacht und an Wochenenden. Dies kann mit Familienpflichten kollidieren, sodass junge Frauen oft pausieren müssen. Trotzdem wählen immer noch neue PflegerInnen diesen Arbeitsplatz. Die KlientInnen ihrerseits wissen die Organisation sehr zu schätzen, wie die 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 mit den PatientInnen geleistet, in der mit Unterstützung und Beratung Selbsthilfe und Selbstvertrauen aufgebaut wird. Das gemeinsam angestrebte Ziel ist, weniger abhängig zu werden und sich weitgehend selbst helfen zu können. Zugleich wird mit der Familie der PatientInnen, weiteren Therapeuten und Freiwilligen der Nachbarschaft ein Netz von Bezügen und Hilfestellungen aufgebaut, auf die sich die Klientin abstützen kann. Der lokal begrenzte Einsatzbereich eines Buurtzorg-Teams erlaubt es, die örtlichen Ressourcen gut zu kennen und zu nutzen.

Einbettung in die Gemeinden

Buurtzorg-Teams beziehen sich stark auf die Gemeinde, in der sie tätig sind. 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 und einzubeziehen, zu beraten und ihre Hilfestellungen zu koordinieren gehört zu den wichtigen Aufgaben der zuständigen PflegerIn und des Buurtzorg-Teams. Sie schliessen damit die Kluft zwischen Ärzten, Pflege, Sozialdiensten, Freiwilligen und Angehörigen der Patienten zugunsten einer gemeinsamen Sorgspflicht. Durch die Freiwilligen-Netzwerke gelingt auch die soziale (Re-)Integration der zuvor vielfach isolierten Pflegebedürftigen in die Gemeinde – oft ein Faktor mit hoher präventiver Wirkung. Im Nebeneffekt hebt die integrierende Wirkung dieser Netzwerke das Sicherheits- und Gemeinschaftsgefühl in den Nachbarschaften.

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 dagegen eine vereinfachte Kostenabrechnung vorgeschlagen: Anstelle verschiedenster Kostenansätze, die einen beträchtlichen administrative Aufwand für die Protokollierung und Zusammenstellung erzeugen, schlug Buurtzorg vor, einen einzigen Ansatz für jeden Besuch einzurechnen, unabhängig von seiner Dauer (2016 betrug dieser Stundenansatz 54.47 Euro). Dies wurde möglich im Rahmen einer Pilotvereinbarung mit der staatlichen Sozialversicherung, die angesichts des durchschlagenden Erfolges dieses Pflegemodells auch in der Kostenrechnung

kurzfristig kaum rückgängig gemacht werden dürfte. KPMG (2015) kam auf Kostenersparnisse von rund 20 Prozent gegenüber dem Durchschnitt herkömmlicher Versorgungsmodelle für die staatliche Krankenversicherung. Dies bei einem um 48 Prozent höheren Qualitätsrang, dem zweitbesten in Holland überhaupt (wobei das höchstrangierte Modell ein Drittel teurer ist).

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 wie bei einem Springbrunnen in die Höhe schnellen würden. Doch das Gegenteil traf ein. Die umfassende Studie von KPMG (2015) zeigte auf, dass im Durchschnitt Buurtzorg-PflegerInnen nur 40 Prozent des Zeitaufwandes brauchten, der verschrieben wurde. Ernest and Young, die im Auftrag des Gesundheitsministeriums 2009 eine Studie erstellten, fanden im Vergleich mit anderen ambulanten Pflegediensten nicht nur diese höhere Produktivität, sondern auch um zwei Drittel geringere Verwaltungskosten. Durch die höheren Löhne der zu 70 Prozent diplomierten, davon 40 Prozent auf Hochschulniveau ausgebildeten PflegerInnen senkt sich die Ersparnis der zuständigen Sozialversicherung jedoch auf 20 Prozent im Vergleich mit anderen Hauspflegeorganisationen.

KPMG erfasste nun zusätzlich auch die Folgekosten, die durch Überweisungen an Ärzte und Spitäler oder an Pflegeheime entstehen. Dies zeigte auf, dass die Überweisungen an Ärzte oder Spitäler durch Buurtzorg-Pflegerinnen häufiger sind (die Kosten hier also höher), die Überweisung in Pflegeheime, d.h. der Abbruch der ambulanten Versorgung, aber seltener eintritt. Das heisst: Die hochqualifizierten Buurtzorg-Pflegerinnen weisen häufiger PatientInnen spezifischen ambulanten Behandlungen zu, welche das Verbleiben zuhause anstelle des Eintritts in ein Pflegeheim möglich machen. Vermutet wird auch, dass Aerzte hochkomplexe Fälle eher Buurtzorg als anderen Pflegeorganisationen zuweisen, was den häufigeren Rückgriff auf Spezialbehandlungen auch erklären würde. In dieser umfassenden Kostenberechnung liegt Buurtzorg schliesslich immer noch etwas unter den Durchschnittskosten anderer holländischer Hauspflegeagenturen - dies bei höherer Patientenzufriedenheit und besserer attestierter Qualität.

Geringe Verwaltungskosten bringen Gewinn

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 über ganz Holland verstreuten Teams mit über 10'000 Pflegefachleuten genügt eine zentrale Administrationseinheit von 50 Leuten und eine Equipe von vierzehn Coaches für Pflegeprobleme und Teambildung. Die ‚overhead‘-Kosten von acht Prozent waren schon 2009 68 Prozent tiefer als bei vergleichbaren Organisationen, wie die damalige Studie von Ernest&Young nachwies. Vor allem dadurch hat Buurtzorg in den vergangenen Jahren einen Gewinn von circa 8 Prozent des Umsatzes erwirtschaftet. Als nicht-profitorientierte Stiftung investiert Buurtzorg diesen Gewinn vor allem in die Innovation weiterer Dienste (psychiatrische und Demenz-Pflege, Jugendbetreuung u.a.), in Neugründungen (inzwischen in 24 Ländern vertreten), in Forschung und in die Weiterbildung.

Engagement und Arbeitszufriedenheit

Buurtzorg-PflegerInnen sind professionelle Fachleute der kreativen Art, Mitmenschen und UnternehmerInnen zugleich. Sie verfügen über die Autonomie, mit den Klienten und deren Unterstützerguppen innovative Lösungen für ihre Pflegeprobleme zu entwickeln. Diese Herausforderung bedeutet nicht Stress, sondern Berufsstolz und Befriedigung. Das entsprechende Engagement der Pflegefachpersonen weckt das Vertrauen der Patienten und deren Familien. Trotz der extrem hohen Anforderungen hat diese Organisation über 50 Prozent geringere Raten in der Personalfuktuation sowie an Krankheitsausfällen als andere Agenturen der Branche.

Ausblick

Allerdings weist die staatliche Mobilisierung von Freiwilligen auch auf einen tendenziellen Abbau der finanziellen Leistungen für Langzeitpflegefälle hin. Die ursprünglich umfassende Finanzierung auch der Hauswirtschaftsleistungen durch die obligatorische, staatliche Pflegeversicherung AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, dt. Allgemeines Gesetz über besondere Krankheitskosten) lagerte nach 2007 die Finanzierung der Haushalthilfen aus, die nun zum Teil durch Patienten, zum Teil durch die Gemeinden aufgebracht werden muss. Noch scheint diese neue Entwicklung keine Einbrüche in die gute Versorgung und Versorgungszufriedenheit in Holland gezeitigt zu haben, wozu Buurtzorg mit seiner 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. Ein Versuch im Aargau startete vor einigen Jahren (www.curarete.ch), selbsttragend ist er jedoch noch nicht.

Wird es möglich, dass einzelne Krankenkassen den Schritt zu einem einheitlichen Tarif wagen? Und die Kantone die Pflegefinanzierung versuchsweise daran anpassen? Es ist auch zu hoffen, dass sich Pionier-Gemeinden finden, die ein Buurtzorg-Experiment mit einem Leistungsauftrag abzusichern wagen.

Literatur

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

Bradford, H., Gray, Dana O. Sarnak, and Jako S. Burgers (2015): The Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model, (http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/case-study/2015/may/1818_gray_home_care_nursing_teams_buurtzorg_model_case_study.pdf)

Brindley, David (2017): Buurtzorg: the Dutch model of neighbourhood care that is going global. The Guardian, May 9

KPMG (2013): The Added Value of Buurtzorg Relative to Other Providers of Home Care: A Quantitative Analysis of Home Care in the Netherlands

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

Schwaller, Corinne (2013): Zwischen Emotionalität, Professionalität und wirtschaftlichem Spardruck: Die Ökonomisierung der Arbeitswelt „SPITEX“ aus Sicht der Pflegenden, unveröffentlichte Masterarbeit, Universität Bern

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

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