



Abschlussbericht

Wirksamkeit des Buurtzorg-Modells im Rahmen der deutschen
Sozialgesetzgebung – Eine Evaluation von Buurtzorg in Sachsen

Sächsisches Staatsministerium
für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt

Stand: 29.01.2025

Danksagung

Das Evaluationsteam bedankt sich bei all denjenigen, die mit ihrer Zeit und dem Teilen ihrer Kenntnisse, Erfahrungen und Einschätzungen die Evaluation möglich gemacht haben und für das entgegengebrachte Vertrauen. Hierzu zählen insbesondere ehemalige Mitglieder der untersuchten Buurtzorg-Teams und deren damalige Coachin ebenso wie (ehemalige) Beschäftigte des untersuchten konventionellen Pflegedienstes desselben Trägers und dessen Organisationsverantwortliche. Auch bei den Teilnehmenden des Abschlussworkshops zur Evaluation und der Auftraggeberin möchten wir uns für die gute Zusammenarbeit bedanken.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
1 Hintergrund und Ziele der Evaluation	9
2 Darstellung des Buurtzorg-Modells und sein Verhältnis zum Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI	10
2.1 Buurtzorg-Modell und Erkenntnisse zu seinen Wirkungen.....	10
2.2 Verhältnis zum Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI	14
3 Methodischen Vorgehen	16
4 Untersuchungsgegenstand	19
4.1 Buurtzorg-Teams bei der Bosold Pflege GmbH.....	19
4.2 Strukturelle Merkmale der Buurtzorg-Teams der Bosold Pflege GmbH	20
5 Empirische Ergebnisse zu Buurtzorg in Sachsen	23
5.1 Einführung des Buurtzorg-Modells	23
5.1.1 Motive und Ziele.....	23
5.1.2 Gründung der Buurtzorg-Teams.....	24
5.1.3 Gemeinsame Vision und Unterstützungsangebote	26
5.2 Umsetzung des Buurtzorg-Modells.....	28
5.2.1 Pflegeverständnis und Pflegepraxis	28
5.2.2 Autonomie und Selbstorganisation	31
5.2.3 Zusammenarbeit und Kommunikation	36
5.2.4 Hemmnisse und externe Rahmenbedingungen.....	41
5.3 Potenzielle Wirkungen des Buurtzorg-Modells	43
5.3.1 Versorgungsqualität	43
5.3.2 Arbeitszufriedenheit, Gewinnung und Bindung von Personal	45
5.3.3 Wirtschaftlichkeit	46
6 Schlussfolgerungen und Weiterentwicklungsoptionen	49
6.1 Zentrale Schlussfolgerungen der Evaluation	49
6.2 Weiterentwicklungsoptionen für die ambulante Pflege in Sachsen	51
7 Literaturverzeichnis	55
8 Anhang	58

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Buurtzorg Zwiebelmodell	12
Abbildung 2: Studiendesign	17
Abbildung 3: Evolution der Buurtzorg-Teams in Trägerschaft der Bosold Pflege GmbH	20
Abbildung 4: Allgemeine Strukturmerkmale im Vergleich.....	21
Abbildung 5: Ausfallzeiten der Pflegeteams umgerechnet in durchschnittliche Vollzeitäquivalente	22
Abbildung 6: Maßgebliche Gründe für die Tätigkeit in einem Buurtzorg-Team aus Sicht der Pflegekräfte	24
Abbildung 7: Einführung des Buurtzorg-Modells aus Sicht der Pflegekräfte und des Trägers (◆) im Vergleich	27
Abbildung 8: Pflegefachliche Bedeutung der Buurtzorg-Merkmale aus Sicht der Pflegekräfte und des Trägers (◆) im Vergleich	29
Abbildung 9: Bewertung der Umsetzung der Buurtzorg-Merkmale aus Sicht der Pflegekräfte und des Trägers (◆) im Vergleich	30
Abbildung 10: Überwiegende Aufgabenverteilung zwischen den Buurtzorg-Teams und dem Träger.....	32
Abbildung 11: Sicherheit im Buurtzorg-Team aus Sicht der Pflegekräfte	37
Abbildung 12: Hinderliche Rahmenbedingungen bei der Umsetzung des Buurtzorg- Modells aus Sicht der Pflegekräfte	42
Abbildung 13: Verbesserungspotenziale der ambulanten Pflege aus Sicht der Pflegekräfte.....	43
Abbildung 14: Potenzielle Effekte auf die Qualität der pflegerischen Versorgung aus Sicht der Pflegekräfte	44
Abbildung 15: Tätigkeitsstruktur der Pflegeteams im Vergleich	47
Abbildung 16: Erzielte Punktwerte (SGB XI) je Arbeitsstunde (Tour).....	48

Zusammenfassung

Hintergrund und Ziele

Zwischen Mai 2019 und Januar 2023 arbeiteten bis zu vier Teams der Bosold Pflege GmbH aus Leipzig lizenziert nach dem Buurtzorg-Modell – einem Arbeitskollegen- und Organisationsmodell für die ambulante Pflege, das Mitte der 2000er Jahre in den Niederlanden ins Leben gerufen wurde und seither international große Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat. Im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (SMS) evaluierte Prognos in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Andreas Büscher (Hochschule Osnabrück) zwischen Dezember 2023 und Oktober 2024 die Umsetzbarkeit dieses Modells in Sachsen. Das Hauptziel der Evaluation bestand darin, einen detaillierten Überblick über Erfolgs- beziehungsweise Gelingensbedingungen und Hemmnisse bei der Umsetzung des Buurtzorg-Modells unter deutscher Gesetzgebung sowie unter den Organisationsbedingungen am Beispiel der Buurtzorg-Teams der Bosold Pflege GmbH zu gewinnen.

Methodisches Vorgehen

Für die Studie wurde ein retrospektives Evaluationsdesign gewählt, da die zu evaluierenden Buurtzorg-Teams zu Jahresbeginn 2023, also weit vor der Durchführung der Untersuchung, durch den Träger aus organisatorischen und wirtschaftlichen Gründen aufgelöst wurden. Entsprechend erfolgen die Analyse und die Bewertung von Aktivitäten, Maßnahmen oder Prozessen im Rückblick. Um die Umsetzung des Buurtzorg-Modells in Sachsen einordnen und vergleichen zu können, wurde als Kontrollgruppe der „konventionelle“ Pflegedienst desselben Trägers in die Evaluation einbezogen. Damit standen (ehemalige) Buurtzorg-Pflegeteams und klassische Pflegeteams der Bosold Pflege GmbH an verschiedenen Standorten im Fokus. Um die vielfältigen Perspektiven der beteiligten Akteurinnen und Akteure abzubilden, wurden neben den Buurtzorg-Teams sowie Mitarbeitenden des konventionellen Pflegedienstes auch der Träger sowie die damalige Coachin der Buurtzorg-Teams eingebunden. Zur Erfassung der unterschiedlichen Perspektiven, der notwendigen Daten und Informationen für die Evaluation wurde ein Mix sich ergänzender Methoden angewandt. Der zentralen Ergebnisse der Evaluation werden nachfolgend dargestellt.

Einführung des Buurtzorg-Modells

Hinter der Entscheidung, das Buurtzorg-Modell in Kleinteams umzusetzen, stand die Hoffnung des Trägers, die Anwerbung und Bindung von Pflegepersonal durch flexiblere Arbeitsbedingungen zu fördern. Ebenso bestand der Wunsch, die pflegerische Versorgung organisatorisch anders zu gestalten. Für die befragten ehemaligen Mitarbeitenden waren sowohl die selbstorganisierte Arbeitsweise als auch der pflegfachliche Ansatz zur Förderung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen zentrale Motive. Die Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen in der konventionellen Pflege stellte einen weiteren Anreiz dar, sich einem der Buurtzorg-Teams anzuschließen.

Für die Gründung und den erfolgreichen Start des ersten Buurtzorg-Teams in Connewitz wurde als förderlich wahrgenommen, dass das Team aus dem konventionellen Bereich der Bosold Pflege GmbH hervorging und von dort einen kleinen Patientenstamm übernehmen konnte. Im Gegensatz dazu stellte sich die Integration ganzer Teams in Dresden und Paunsdorf (Leipzig) als schwieriger heraus, unter anderem bedingt durch Konflikte im Team, aber auch durch Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit dem Träger. Während innerhalb der Teams grundsätzlich eher eine einheitliche Vision wahrgenommen wurde, stimmte diese nicht immer mit der des Trägers überein.

Umsetzung des Buurtzorg-Modells

Die untersuchten Buurtzorg-Teams maßen der Versorgungskontinuität, der Bedürfnisorientierung und der Selbstständigkeitsförderung pflegebedürftiger Menschen eine hohe pflegefachliche Relevanz bei. Die Umsetzung dieser Merkmale des Buurtzorg-Modells wurde überwiegend als erfolgreich angesehen. Im Gegensatz dazu gestaltete sich der Aufbau sozialer und intersektoraler Unterstützungsnetzwerke eher schwierig. Dies wurde unter anderem auf die begrenzte Bereitschaft oder Verfügbarkeit von Nachbarinnen und Nachbarn zurückgeführt. Unterschiedliche Auffassungen bezüglich des Stellenwerts dieser Merkmale innerhalb der Teams und zwischen Team und Träger sowie ungelöste organisatorische Schwierigkeiten haben die Umsetzung teilweise ebenfalls beeinträchtigt. Eine generelle Herausforderung bestand zudem darin, dass das Pflegekonzept des Buurtzorg-Modells den pflegebedürftigen Personen oft nicht bekannt war, was umfangreiche Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit erforderte.

Die Buurtzorg-Teams übernahmen ein breites Spektrum an Aufgaben, die im konventionellen Pflegedienst normalerweise der Geschäftsführung oder der Pflegedienstleitung zufielen. Ein wichtiger Aspekt der Arbeit der Buurtzorg-Teams bestand in der Entwicklung einer eigenen Arbeitsorganisation. Dieser Prozess war für die Teammitglieder herausfordernd und zeitintensiv. Vorgehens- und Verfahrensweisen konnten sich erst nach und nach etablieren. Die erprobten Vorgehensweisen umfassten die kompetenzbasierte Definition spezifischer Rollen, Rotationsverfahren und die informelle Übernahme zusätzlicher Aufgaben. Während die Tourenplanung erfolgreich übernommen wurde, traten in anderen Bereichen Herausforderungen auf. Zunehmende Ausfallhäufigkeiten innerhalb der kleinen Teams führten in Verbindung mit den zusätzlichen Aufgaben im Zeitverlauf teils zu Überlastungen der verbleibenden Mitglieder. Diese sahen sich im Spannungsverhältnis zwischen dem Wunsch nach mehr Mitsprachemöglichkeiten einerseits und der (Über-)Forderung durch die Vielzahl zusätzlicher Aufgaben andererseits.

Die Teammitglieder der Buurtzorg-Teams waren unter anderem für die Rekrutierung neuer Mitglieder verantwortlich. Mehrere Befragte nannten konkrete Anforderungen, die nach ihrer Einschätzung für Mitglieder eines Buurtzorg-Teams entscheidend sind. Als wichtige Eigenschaften wurden Selbstständigkeit, Eigenverantwortlichkeit, Teamfähigkeit und Kollegialität genannt. Auch Kommunikationsfähigkeit, Kritik- und Konfliktfähigkeit sowie Motivation, Eigeninitiative, Aufgeschlossenheit und Flexibilität waren von Bedeutung. Zudem sollte der Wunsch bestehen, die Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Menschen zu fördern. Das Qualifikationsniveau sei hingegen weniger ausschlaggebend.

Die Suche nach geeigneten Personen gestaltete sich schwierig, möglicherweise weil das Buurtzorg-Modell oft „Individualisten“ anzieht, die weniger teamfähig sind. Erschwert wurde die Personalsuche zudem dadurch, dass der Buurtzorg-Begriff unter Pflegekräften damals nicht weit verbreitet war. In mehreren Fällen konnten neue Teammitglieder über „Mund-zu-Mund-Propaganda“ rekrutiert werden. Auch wurden Stellenausschreibungen genutzt und das Team erhielt Initiativbewerbungen. Die Einarbeitung neuer Kolleginnen und Kollegen wurde sowohl von den Teams als auch vom Träger unterstützt.

Die Entscheidung über Neuaufnahmen und die damit verbundene Kapazitätsplanung oblag den Pflegekräften in den Buurtzorg-Teams. Die Teams stimmten sich regelmäßig über die Aufnahmekapazität ab, wobei sowohl wirtschaftliche Aspekte als auch die Belastung der Mitarbeitenden berücksichtigt wurden. Die darauf aufbauenden Entscheidungen über Neuaufnahmen wurden in der Regel von der Person mit dem Bereitschaftstelefon oder im Bürodienst getroffen.

Wöchentliche Teambesprechungen waren entscheidend für die Arbeitsorganisation und wurden in einem Team als so wichtig erachtet, dass eine verbindliche Teilnahme eingeführt wurde. Wichtige Entscheidungen wurden in den Teamsitzungen gemeinsam getroffen, was eine Kultur der Gleichberechtigung und Zusammenarbeit auf Augenhöhe förderte. Diese war in den Buurtzorg-Teams von großer Bedeutung und ihre Gewährleistung stellte einen kontinuierlichen Lernprozess dar.

Die Mitglieder der ehemaligen Buurtzorg-Teams berichteten von zahlreichen kleineren Konflikten in ihrem jeweiligen Team, die aufgrund einer mehr oder weniger ausgeprägten Konfliktfähigkeit der Teammitglieder teils offen ausgetragen werden konnten. Bei größeren Konflikten wurde auch das Coaching-Angebot genutzt. Ein interner Konflikt im ersten Buurtzorg-Team der Bosold Pflege GmbH konnte jedoch trotz Einbindung der Coachin nicht gelöst werden und führte schließlich zur Teilung des Teams. Ursächlich für den Konflikt waren vor allem unterschiedliche Einstellungen, Vorstellungen und Kompetenzen. Obwohl sich die interne Zusammenarbeit durch die Teilung der Teams verbesserte, bedingten die kleineren Teamgrößen geringere Kapazitäten für die Kompensation von Personalengpässen, was im weiteren Verlauf eine kontinuierliche Herausforderung darstellte.

Der Träger unterstützte die Buurtzorg-Teams auf vielfältige Weise, unter anderem bei der Befähigung zur Selbstorganisation. Dieses Unterstützungsangebot umfasste neben der Startschulung auch ein begleitendes Coaching, monatliche Teamtreffen, wirtschaftliches Feedback und jährliche Treffen mit dem Träger. Zudem stellte der Träger den Teams ein Weiterbildungsbudget zur Verfügung, das jedoch selten genutzt wurde. Das Unterstützungsangebot des Trägers bei der Befähigung zur Selbstorganisation wurde von den Teams als eher nicht ausreichend bewertet. Mehr Unterstützung war insbesondere bei der Kompensation von Personalengpässen sowie bei der wirtschaftlichen Steuerung gewünscht.

Die Zusammenarbeit zwischen den Teams und dem Träger variierte über die Zeit und zwischen den Teams. Besonders in der Anfangsphase wird sie als erfolgreich beschrieben. Im weiteren Verlauf brachte sich der Träger stärker ein, um die zunehmenden wirtschaftlichen Probleme der Teams zu adressieren. Konflikte entstanden jedoch auch unabhängig davon aus unterschiedlichen Vorstellungen über die Kompetenzen von Träger und Team und führten unter anderem zur Beendigung der Zusammenarbeit mit einem Team. Mitgliedern der ehemaligen Buurtzorg-Teams zufolge hätte der Träger diesbezüglich umfassender geschult werden müssen, unter anderem zu hierarchiefreiem Arbeiten, Selbstorganisation und Konfliktmanagement.

Potenzielle Wirkungen des Buurtzorg-Modells

Die nach Buurtzorg arbeitenden Teams berichteten von einer verbesserten Versorgungsqualität in der Pflege. Dies gilt sowohl mit Blick auf mehr Selbstständigkeit trotz Pflegebedürftigkeit als auch auf die Zufriedenheit der Angehörigen. Auch die Beziehung zwischen den Pflegenden und den Pflegebedürftigen hat sich demnach verbessert. Die grundsätzlich zu beobachtende Zufriedenheit mit dem Buurtzorg-Ansatz hat beispielsweise das Verständnis für notwendige zeitliche Verschiebungen in den Abläufen gestärkt.

Die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden im Buurtzorg-Modell war insbesondere zu Beginn der Teams höher. Dies wurde vor allem mit einem geringeren Zeitdruck in der Arbeit in Verbindung gebracht. Allerdings war die Arbeitszufriedenheit im Spannungsfeld von Selbstwirksamkeit und Überforderungen im Zeitverlauf rückläufig. Ein hohes Maß an administrativen Tätigkeiten hat im Alltag die Funktionsfähigkeit der personell kleinen Buurtzorg-Teams erheblich eingeschränkt.

Personalgewinnung und -bindung können sich durch die grundsätzlich wahrgenommene Attraktivität des Buurtzorg-Modells unter Pflegenden verbessern. Dies gilt insbesondere dann, wenn ein hohes Maß an Unzufriedenheit im Rahmen der konventionellen Pflege besteht. Im Fall der Bosold Pflege GmbH war die Arbeitszufriedenheit hoch, so dass hier im Zuge der Gründung der Buurtzorg-Teams vor allem von Externen hohes Interesse in Form von mehr Bewerbungen festgestellt wurde. Hier wirkte sich die Implementierung des Buurtzorg-Modells tendenziell positiv auf die Personalgewinnung aus. So verzeichneten die Buurtzorg-Teams höhere Bewerberzahlen als der konventionelle Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH. Nicht alle Bewerberinnen und Bewerber erfüllten jedoch die gestellten Anforderungen. Die Attraktivität des Buurtzorg-Modells drückt sich auch darin aus, dass alle interviewten Mitglieder der ehemaligen Buurtzorg-Teams, die die berufliche Pflege zwischenzeitlich verlassen hatten, unter den Bedingungen des Buurtzorg-Modells wieder in die ambulante Pflege zurückkehren würden.

Mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit der Buurtzorg-Teams zeigen die Evaluationsergebnisse zwei grundsätzliche Probleme. Zum einen führt die Selbstorganisation zu erheblichem administrativem Aufwand. Insbesondere bei kleinen Teamgrößen nehmen entsprechende Tätigkeiten viel Raum ein und gehen zulasten der pflegerischen (und vergütungsfähigen) Zeiten. Effizienzgewinne, die sich bei anderen Organisationsformen durch Bündelung derartiger Aufgaben ergeben, können in eigenständigen, kleinen Teams nicht erreicht werden. Zum anderen verdeutlicht die Wirtschaftlichkeitsanalyse der Buurtzorg-Teams im Vergleich mit dem konventionellen Pflegedienst, dass die Abrechnungen von Leistungen im Leistungskomplexsystem in Deutschland mit dem Versorgungsansatz von Buurtzorg nicht ausreichend kompatibel ist.

Schlussfolgerungen und Weiterentwicklungsoptionen

Insbesondere die Ergebnisse der Evaluation der Anfangsphase des Buurtzorg-Vorhabens der Bosold Pflege GmbH weisen darauf hin, dass bestimmte Elemente des Buurtzorg-Modells unter den träger- und landesspezifischen Rahmenbedingungen umsetzbar sind. Hierzu zählen unter anderem die Gewährleistung von Versorgungskontinuität und Bedürfnisorientierung sowie die Stärkung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen und – damit in Zusammenhang stehend – die eigenständige Touren- und Einsatzplanung. Mit dem Wachstum der Buurtzorg-Teams traten jedoch verschiedene Herausforderungen auf, die nicht nachhaltig gelöst werden konnten und schließlich zur Auflösung der Teams durch die Bosold Pflege GmbH führten. Die Evaluation konnte dabei die Erkenntnisse von Büscher et al. (2023) bestätigen, dass die Arbeit in selbstorganisierten Teams anspruchsvoll ist und nicht sofort innerhalb kurzer Zeiträume reibungslos funktioniert. Die gesammelten Erfahrungen bieten dabei wertvolle Erkenntnisse, aus denen Maßnahmen zur Fehlervermeidung sowie bewährte Praktiken abgeleitet werden können. Zudem lassen sich Weiterentwicklungsoptionen für die ambulante Pflege in Sachsen ableiten.

1 Hintergrund und Ziele der Evaluation

Die Bedeutung der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Menschen steigt. In Sachsen wurden im Jahr 2021 etwa 262.000 Pflegebedürftige zuhause versorgt. Dies sind rund drei Mal mehr als im Jahr 2001 (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2022). Rund 79.000 beziehungsweise 30 Prozent der ambulant versorgten Pflegebedürftigen wurden dabei zuletzt (auch) durch einen Pflege- beziehungsweise Betreuungsdienst betreut (ebd.). Ihre Zahl dürfte künftig weiter steigen – Vorausberechnungen zufolge auf etwa 91.000 (+15 Prozent) bis zum Jahr 2045 (Statistisches Bundesamt 2023).

Eine bedarfsdeckende und qualitativ hochwertige Versorgung kann vor diesem Hintergrund nur sichergestellt werden, wenn die zur Verfügung stehenden (potenziellen) Beschäftigten attraktive Arbeitsbedingungen vorfinden und den Pflegeberuf dadurch länger ausüben beziehungsweise häufiger ergreifen und gleichzeitig bestehende Ressourcen bestmöglich genutzt und gestärkt werden. Notwendig sind daher konzeptionelle Weiterentwicklungen in der professionellen ambulanten Pflege, die diesen Aufgabenbereich attraktiver werden lassen, der fachlichen Kompetenz zur Lösung pflegerischer Probleme den notwendigen Freiraum gewähren und den Bedarfslagen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen entsprechen.

Als Beispiel für eine solche Weiterentwicklung hat das Buurtzorg-Modell aus den Niederlanden von sich Reden gemacht. Buurtzorg ist ein Arbeitskollegen- und Organisationsmodell für die ambulante Pflege, das Mitte der 2000er Jahre in den Niederlanden ins Leben gerufen wurde und seither international große Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat. In Sachsen wurde das Buurtzorg-Modell bereits in der Regelversorgung erprobt. Zwischen Mai 2019 und Januar 2023 arbeiteten bis zu vier Buurtzorg-Teams der Bosold Pflege GmbH aus Leipzig lizenziert nach dem Modell. Anfang 2023 wurde das letzte Buurtzorg-Team dieses Trägers aufgelöst. Die im Buurtzorg-Modell vereinten Ansätze werden jedoch nach wie vor als vielversprechende Möglichkeit betrachtet, insbesondere die ambulante Pflege sowie die Bereiche Prävention und Rehabilitation zu stärken. Die Einrichtung und Förderung innovativer Modelle und Projekte zur flächendeckenden medizinischen und pflegerischen Versorgung sind im sächsischen Koalitionsvertrag der siebten Legislaturperiode verankert. Darüber hinaus sind die bedarfsgerechte Implementierung und dauerhafte Ermöglichung etablierter Modelle wie Buurtzorg in Sachsen vorgesehen (Sächsischer Koalitionsvertrag 2019 bis 2024, S. 95f).

Vor diesem Hintergrund wurde Prognos in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Andreas Büscher (Hochschule Osnabrück) vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (SMS) beauftragt, die Umsetzbarkeit dieses Arbeits- und Pflegemodells in Sachsen zu evaluieren und von den Erfahrungen der Bosold Pflege GmbH zu lernen. Das Hauptziel der Evaluation bestand darin, einen detaillierten Überblick über Erfolgs- beziehungsweise Gelingensbedingungen und Hemmnisse bei der Umsetzung des Buurtzorg-Modells unter deutscher Gesetzgebung sowie unter den Organisationsbedingungen am Beispiel der Buurtzorg-Teams der Bosold Pflege GmbH zu gewinnen. Aus den Erkenntnissen sollen Maßnahmen abgeleitet werden, die dazu beitragen, die ambulante Pflege in Sachsen zu stärken.

Der vorliegende Bericht gliedert sich wie folgt: Im zweiten Kapitel erfolgt zunächst eine Darstellung des Buurtzorg-Modells, von Erkenntnissen zu seinen (potenziellen) Wirkungen sowie seines Verhältnisses zum Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI. Im dritten Kapitel wird das methodische Vorgehen der Evaluation einschließlich der damit verbundenen Limitationen und Potenziale skizziert. Im vierten Kapitel werden der Untersuchungsgegenstand sowie ausgewählte Strukturmerkmale der Buurtzorg-Teams in Trägerschaft der Bosold Pflege GmbH dargestellt, bevor im fünften Kapitel die empirischen Befunde der Evaluation zu Buurtzorg in Sachsen präsentiert werden. Der Bericht schließt im sechsten Kapitel mit den Schlussfolgerungen und Handlungsoptionen, die aus den empirischen Befunden der Evaluation abgeleitet wurden.

2 Darstellung des Buurtzorg-Modells und sein Verhältnis zum Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI

2.1 Buurtzorg-Modell und Erkenntnisse zu seinen Wirkungen

Buurtzorg ist ein Arbeitskollegen- und Organisationsmodell für die ambulante Pflege, das Mitte der 2000er Jahre in den Niederlanden ins Leben gerufen wurde. Buurtzorg Niederlande sieht vor, dass Teams aus zehn bis maximal zwölf Pflegefachpersonen die pflegerische Versorgung innerhalb von kleinen, klar definierten Quartieren verantworten und übernehmen. Die Teams agieren dabei selbständig ohne Leitungskräfte. Jedes Team ist für die pflegerische Versorgung von insgesamt etwa 50 bis 60 Patientinnen und Patienten verantwortlich, das heißt, jedes Teammitglied für vier bis fünf Personen.

Die Aufgaben der Buurtzorg-Teams umfassen neben der Erbringung von Pflegeleistungen zunächst die Ermittlung der individuellen Bedarfe. Der Versorgungsbedarf wird gemeinsam mit den auf Pflege angewiesenen Menschen beziehungsweise ihren Angehörigen besprochen und die zu erbringenden Leistungen werden gemeinsam vereinbart. Eine weitere Aufgabe besteht in der gezielten Einbeziehung des Umfeldes und der Vernetzung aller formellen und informellen Akteurinnen und Akteure der Pflege- und Gesundheitsversorgung. Neben der Feststellung des Versorgungsbedarfs und der Koordination und Durchführung der Versorgung sind die Teammitglieder für die Aufnahme neuer Patientinnen und Patienten, die Planung der Versorgung, die Festlegung der Urlaube und der Dienste an Feiertagen sowie für Verwaltungsaufgaben zuständig. Sie entscheiden selbst über die Anmietung und Gestaltung von Büroräumlichkeiten, die Zusammenarbeit mit lokalen Arztpraxen, Apotheken und Krankenhäusern, die interne Abstimmung und Aufgabenverteilung sowie Fortbildungsaktivitäten. Auch die Entscheidung über die Aufnahme zusätzlicher Mitarbeitender oder die Gründung eines neuen Teams bei wachsenden Patientenzahlen obliegt den Teams. Schließlich zählen die Qualitätssicherung und eventuell erforderliches korrekatives Eingreifen zu den Aufgaben der Teammitglieder (Laloux 2014).

Die Entscheidungsfindung innerhalb von selbstorganisierten Teams ohne Leitung erfordert auf Seiten der Mitglieder bestimmte Fertigkeiten und Methodenkenntnisse wie Kommunikationstechniken oder kollegiales Coaching. Diese vermittelt Buurtzorg neuen Teams beziehungsweise Teammitgliedern unter anderem im Rahmen von Fortbildungen. Treten Probleme bei der Entscheidungsfindung auf, können die Buurtzorg-Teams zudem auf regionale Beraterinnen und Berater zugehen, die die Teams bei der Lösung des Problems unterstützen (Laloux 2014, Laloux ohne Jahresangabe).

Die Arbeit der Buurtzorg-Teams wird unterstützt durch ein webbasiertes Informationssystem zur Planung, Dokumentation und Abrechnung sowie zum gegenseitigen Austausch über fachliche Fragen (Monsen/Blok 2013). Der fachliche Anteil des Informationssystems basiert auf dem Omaha-Klassifikations-System, einem in den USA entwickelten Klassifizierungssystem, ursprünglich für die ambulante Pflege. Das Omaha-Klassifikations-System besteht aus drei Teilen: das Problem-Klassifikations-Schema wird zur Einschätzung der Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen genutzt. Das Interventionsschema dient dazu, Pflege- und Versorgungspläne zu entwickeln und den Pflegenden dazu einen Rahmen zu bieten. Die Problem-Beurteilungs-Skala ermöglicht die Evaluation individueller Versorgungssituationen.

Durch die Nutzung aller drei Teile des Omaha-Systems entwickelt sich nach Ansicht der Entwickler ein umfängliches Problemlösungsmodell für die Pflegepraxis, Ausbildung und Forschung (The Omaha System 2022).¹

Das pflegefachliche Konzept von Buurtzorg

In der öffentlichen Diskussion um das Buurtzorg-Modell in Deutschland geht es oftmals in erster Linie um das Prinzip der selbstorganisierten Teams und die damit verbundenen Chancen und Herausforderungen. Weniger beachtet wird die Tatsache, dass Buurtzorg ein fachlich begründetes Pflegekonzept umfasst und auf einem expliziten Pflegeverständnis basiert. Einer der Hauptgründe für die Gründung von Buurtzorg war die Überzeugung des Begründers, Jos de Blok, dass Angehörige der Pflegeberufe qua ihrer Ausbildung und Kompetenz am besten in der Lage sind, Pflegeprobleme zu lösen, die sich aufgrund von Beeinträchtigungen der individuellen Selbstständigkeit für Individuen und ihre An- und Zugehörigen in ihrem häuslichen Umfeld ergeben. Diese Überzeugung war Anlass dafür, nach einer Organisationsform zu suchen, die der Kompetenz der beruflich Pflegenden einen möglichst großen Raum gibt.

Fachlich setzt Buurtzorg auf die Prinzipien Förderung des Selbstmanagements chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen, Kontinuität in der pflegerischen Versorgung, Aufbau vertrauensvoller Beziehungen und Entwicklung von Netzwerken in der Nachbarschaft. Zentral ist dabei das Vertrauen in die Problemlösungsfähigkeiten und fachliche Expertise der Pflegefachpersonen in der häuslichen Pflege, die zur Bearbeitung von häuslichen Pflegeproblemen für wichtiger erachtet werden als das Handeln auf der Management- und Leitungsebene.

Das Prinzip der Förderung des Selbstmanagements geht nicht originär auf Buurtzorg zurück, sondern findet sich bereits in anderen Ansätzen zur Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Auch die Kontinuität in der pflegerischen Versorgung, die sich auf die in die Pflege involvierten Personen sowie die konkrete Ausgestaltung des Pflegeprozesses bezieht, findet sich in anderen Ansätzen. Gleiches gilt für die Bedeutung vertrauensvoller Beziehungen, die beispielsweise Nolan et al. (2001) in ihrem „Six senses“-Framework betonen, und die Bedeutung von Netzwerken in der Nachbarschaft, die sich in Ansätzen zur Sozialraumorientierung (zum Beispiel Dörner 2007) oder den „Caring communities“ (BMFSFJ 2016) wiederfinden. Im Buurtzorg-Modell ist jedoch aus diesen Ansätzen ein fundiertes Pflegekonzept entstanden, auf dessen Basis versucht wird, den Herausforderungen der häuslichen pflegerischen Versorgung zu begegnen und Menschen in Pflegehaushalten bei der Bewältigung der mit Pflegebedürftigkeit einhergehenden Probleme und Anforderungen zu unterstützen.

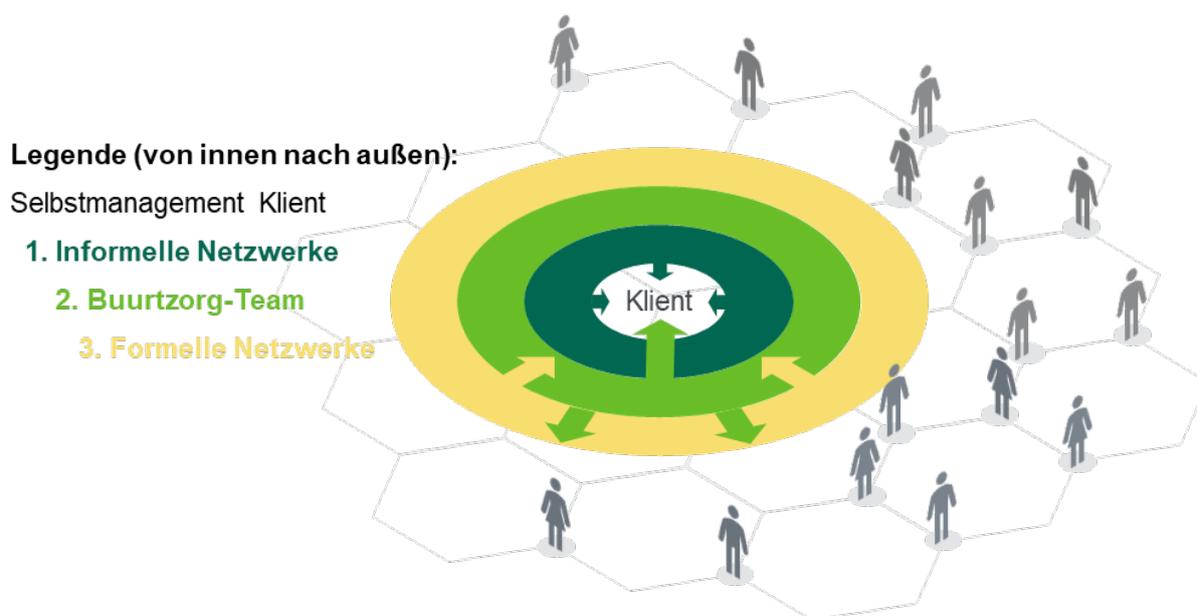
Das Zwiebelmodell

Visualisiert wird der fachliche Ansatz von Buurtzorg durch das sogenannte Zwiebelmodell (Abbildung 1), bei dem die pflegebedürftige Person mit ihrem Versorgungsbedarf im Zentrum steht. Die erste Zwiebelschicht besteht aus dem sozialen Umfeld dieser Person, welches oftmals aus Familienmitgliedern besteht, aber auch von Personen gebildet werden kann, zu denen freundschaftliche oder nachbarschaftliche Beziehungen bestehen. Die Zielsetzung besteht darin, dass die pflegebedürftige Person ihre Selbstständigkeit weitest möglich erhält oder wiedergewinnt. Diese Zielsetzung wird in der Regel von der pflegebedürftigen Person und ihren An- und Zugehörigen allein versucht zu erreichen. Die Einschätzung, die Herausforderungen der Pflegebedürftigkeit ohne professionelle Hilfe bewältigen zu können oder zu wollen, haben in Deutschland mehr als die Hälfte aller pflegebedürftigen Menschen. Dies legt die Pflegestatistik nahe, die alle zwei Jahre als größte Gruppe der Leistungsempfängerinnen und

¹ Vertiefende Informationen zum Omaha-System finden sich im Anhang.

-empfänger diejenigen ausweist, die sich für den Bezug der Geldleistung in der häuslichen Versorgung entschieden haben, zuletzt 2021 (Statistisches Bundesamt 2022).

Abbildung 1: Buurtzorg Zwiebelmodell



Quelle: eigene Darstellung auf Basis Buurtzorg Nederland 2018

Die zweite Schicht im Zwiebelmodell bildet das Buurtzorg-Team. Die Aufgabe des Teams besteht in der Unterstützung des Individuums bei der Erhaltung und Förderung seiner Selbstständigkeit und bezieht bei Bedarf das familiäre und/ oder soziale Umfeld mit ein. Die Teams arbeiten klienten- und ressourcenorientiert.

Im Bedarfsfall engagiert sich das Buurtzorg-Team in der Bildung weiterer formeller Unterstützungsnetzwerke, die die dritte Zwiebelschicht bilden. Dabei kann es sich um Möglichkeiten der teilstationären Versorgung, weitere Betreuungsangebote, hauswirtschaftliche und ehrenamtliche Hilfen, aber auch die Einbeziehung therapeutischer Angebote, wie beispielsweise Physiotherapie, handeln. Zusammengefasst versorgen „Buurtzorg-Teams (...) Patienten mit einem Bedarf an häuslicher, Hospiz- oder Demenzversorgung. Sie arbeiten mit der Familie, Akteuren der primären Gesundheitsversorgung und kommunalen Ressourcen, um Patientinnen und Patienten bei der Aufrechterhaltung ihrer Unabhängigkeit in einer möglichst wenig restriktiven Umgebung zu unterstützen.“² (Monsen/Blok 2013, S. 55). Mit dem Ziel, ein größtmögliches Maß an Selbstversorgung wieder zu erlangen, orientiert sich Buurtzorg an den Bedarfen der pflegebedürftigen Menschen und weniger an einzelnen Aufgaben oder Tätigkeiten, die es abuarbeiten gilt (Nandram 2015a).

Wirkungen des Buurtzorg-Modells in den Niederlanden

Buurtzorg ist in den Niederlanden innerhalb von wenigen Jahren stark expandiert, was auf eine Reihe von Faktoren zurückgeführt wird. Zu ihnen zählt die überdurchschnittlich hohe Zufriedenheit der Beschäftigten, die sich auch daran zeigt, dass Buurtzorg mehrmals zum besten Arbeitgeber des Landes gekürt wurde. Auch die im Vergleich zu anderen Anbietern deutlich niedrigere Personalfuktuation deutet auf eine höhere Arbeitszufriedenheit hin (Greuter 2016).

² Im Original: „Buurtzorg teams care for patients in need of home, hospice, and dementia care, working with the family, primary care providers, and community resources to help patients maintain their independence in the least restrictive environment possible.“ (Monsen/Blok 2013, S.55)

Die Popularität des Modells erleichtert dabei offenbar die Gewinnung von Pflegerinnen und Pflegern. Auch zeigen Untersuchungsergebnisse, dass die Klientinnen und Klienten im Durchschnitt zufriedener sind (KPMG 2013).

Hinsichtlich der kostenseitigen Wirkung des Modells kommt eine Evaluation aus dem Jahr 2012 zu dem Ergebnis, dass der Pflegeaufwand bei Buurtzorg im Durchschnitt lediglich halb so hoch ist wie bei herkömmlichen ambulanten Pflegediensten in den Niederlanden (ebenda). Auf der anderen Seite fallen aufgrund der Personalstruktur höhere Löhne an (Greuter 2016). Der kostensteigernde Effekt, der aus den überdurchschnittlich hohen Pflegekosten resultiert, wird dabei durch den geringeren Pflegeaufwand und vor allem durch die geringeren Overheadkosten überkompensiert (KPMG 2015). Evaluationsergebnissen zufolge belaufen sich diese lediglich auf ein Drittel der Verwaltungskosten anderer ambulanter Pflegedienste in den Niederlanden (Greuter 2016). Die deutlich niedrigeren Verwaltungskosten werden dabei unter anderem auf die flache Organisation zurückgeführt. Ebenfalls eine Rolle spielen der Einsatz von IT-Anwendungen und ein vereinfachtes Abrechnungswesen mit den Kostenträgern, das auf Basis einer zeitbezogenen Leistungsvergütung erfolgt.

Erfahrungen und Wirkungen des Buurtzorg-Modells außerhalb der Niederlande

Angesichts des Erfolgs in den Niederlanden stößt das Modell weltweit auf ein wachsendes Interesse. In einigen Ländern, darunter die USA, Großbritannien, Schweden und Japan, fanden bereits Erprobungsversuche statt (Brindle 2017). Auch in Deutschland arbeiteten beziehungsweise arbeiten einzelne Pflegedienste nach dem Modell von Buurtzorg. Eine weitere Verbreitung hat das Modell in Deutschland bislang jedoch nicht gefunden.

In einer vom GKV-Spitzenverband geförderten Evaluation im Rahmen des Modellprogramms nach § 8, Abs. 3 SGB XI wurden die Arbeit von Buurtzorg-Teams in Deutschland und ihre Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung untersucht (Büscher et al. 2023). Im Vordergrund stand die Evaluation der zentralen Prinzipien des Buurtzorg-Modells: Arbeit in selbstorganisierten Teams; ein an der Wiedererlangung der Selbstständigkeit orientiertes Pflegekonzept; Einbeziehung eines erweiterten sozialen Umfelds sowie die Vergütung nach Zeit. Die Erkenntnisse aus der Evaluation sind gut anschlussfähig an die Erkenntnisse aus den Evaluationen oder Begleitforschungen der Umsetzung in anderen Ländern, die von Hegedüs et al. (2022) zusammengefasst wurden.³

Die Evaluation zeigte, dass das Buurtzorg-Modell sowohl die Versorgung pflegebedürftiger Menschen als auch die Arbeitssituation der in den Teams arbeitenden Pflegenden positiv beeinflussen kann. Probleme traten jedoch bei der Etablierung und kontinuierlichen Arbeit der selbstorganisierten Teams auf. Es wurde weiterhin deutlich, dass die Wiedererlangung der Selbstständigkeit ein wesentliches Leitprinzip der Pflegenden in den untersuchten Buurtzorg-Teams war. Nur wenige Erkenntnisse konnten zum Prinzip der Einbeziehung des sozialen Umfelds gewonnen werden. Pflegenden in den Buurtzorg-Teams berichteten, dass ihnen das Prinzip und die Zielsetzung der Einbeziehung des sozialen Umfelds bekannt waren, jedoch nahmen sie entweder Zurückhaltung und Abwehr seitens der pflegebedürftigen Menschen wahr oder der Aspekt ging in der Fülle anderer Aufgaben unter. Zur Vergütung von Pflegeleistungen nach Zeiteinheiten bestätigte die Evaluation die bereits in anderen Arbeiten gewonnene Erkenntnis, dass die Vergütung nach Zeit keinerlei Probleme mit sich brachte, sondern im Gegenteil von vielen Pflegenden als sinnvoll und hilfreich empfunden wurde.

³ Im Anhang werden die Ergebnisse von (wissenschaftlichen) Untersuchungen der Umsetzung des Buurtzorg-Modells außerhalb der Niederlande auf Basis des Scoping Reviews von Hegedüs et al. 2022 in tabellarischer Form dargestellt.

2.2 Verhältnis zum Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI

In der Diskussion um die Umsetzung von Buurtzorg in Deutschland wird oftmals die Frage aufgeworfen, ob das Modell kompatibel mit dem im Jahr 2017 eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff ist oder dazu im Widerspruch steht. Diese Diskussion wird nachfolgend aufgegriffen, indem zunächst die fachlichen Grundlagen des Begriffs der Pflegebedürftigkeit zusammengefasst und anschließend in Beziehung zu den Grundprinzipien des Buurtzorg-Modells gesetzt werden.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI

Seit dem 1. Januar 2017 gilt in Deutschland ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI (siehe § 14 SGB XI). Der Neufassung ging ein langjähriger Meinungsbildungs- und Beratungsprozess voraus (BMG 2009a, 2009b). Die pflegewissenschaftlichen Grundlagenarbeiten für diese Prozesse wurden vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld vorgelegt (siehe Wingenfeld et al. 2007, 2008).

Zu den Kernaussagen der internationalen pflegewissenschaftlichen Literatur zum Verständnis von Pflegebedürftigkeit gehört vor allem die Kategorie der Abhängigkeit von personeller Hilfe. Diese entsteht, wenn ein Missverhältnis zwischen gesundheitsbedingten Einbußen, Belastungen und Anforderungen einerseits und den individuellen Ressourcen zu ihrer Bewältigung andererseits besteht. Zudem herrscht Einigkeit darüber, dass nicht nur die Abhängigkeit bei körperlichen Verrichtungen, sondern ebenso psychische und soziale Dimensionen betrachtet werden müssen (Wingenfeld et al. 2007). Funktionelle Einbußen, Belastungen und Anforderungen sind demnach für sich genommen noch kein Merkmal für Pflegebedürftigkeit und begründen noch keinen Bedarf an pflegerischer Unterstützung. Erst wenn das betroffene Individuum nicht (mehr) in der Lage ist, diese selbstständig zu bewältigen und daher auf personelle Hilfe angewiesen ist, wird von Pflegebedürftigkeit gesprochen.

In diesem Zusammenhang ist der Begriff der individuellen Ressourcen hervorzuheben. Bereits Henderson (1960) hat den Zusammenhang zwischen Beeinträchtigungen, Belastungen und Anforderungen einerseits und individuellen Ressourcen andererseits grundlegend herausgearbeitet. Pflegebedürftigkeit ergibt sich also aus einem Ungleichgewicht zwischen funktionellen Einbußen, Belastungen und Anforderungen einerseits und den personalen Ressourcen andererseits, über die das Individuum verfügt und die es dazu nutzen kann, die Einbußen, Belastungen und Anforderungen zu kompensieren beziehungsweise zu bewältigen. Das bedeutet unter anderem, dass von Pflegebedürftigkeit auch dann gesprochen werden kann, wenn einer erkrankten Person das notwendige Wissen oder die notwendige Kompetenz fehlt, die zu einer solchen Kompensation (oder Bewältigung) notwendig wären. Die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbstständigkeit ist insofern eine Schlüsselkategorie für die Definition von Pflegebedürftigkeit.

Im Rahmen der Entwicklung des Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, das zur Feststellung leistungsrechtlicher Ansprüche dient, wurden die Aktivitäten und Lebensbereiche konkretisiert, auf deren Durchführung beziehungsweise deren Gestaltung sich die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bezieht. Das finale Instrument umfasst acht Module (Wingenfeld et al. 2008), wobei jedes Modul einer zentralen Aktivität beziehungsweise einem relevanten Lebensbereich entspricht. Für die Bestimmung der Pflegebedürftigkeit im SGB XI werden die Einschätzungen aus den ersten sechs Modulen verwendet. Die Module 1 und 4 bis 8 umfassen Aktivitäten im Lebensalltag, wichtige Aspekte der Krankheitsbewältigung und die Gestaltung von Lebensbereichen. Die Module 2 und 3 berücksichtigen vorrangig kognitive Beeinträchtigungen/ Ressourcen und spezifische pflegerelevante Problemlagen, die aus psychischen Störungen erwachsen. Diese modulare Struktur lehnt sich in vielerlei Hinsicht an etablierte pflegerische Assessmentinstrumente und Klassifikationssysteme an.

Verhältnis Buurtzorg zum deutschen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Angesichts der Tatsache, dass sich sowohl Buurtzorg als auch der Pflegebedürftigkeitsbegriff an international etablierten pflegewissenschaftlichen Arbeiten zur Konzeptualisierung und Beschreibung von Pflegebedürftigkeit orientieren, sind Überschneidungen wenig überraschend. Die Prinzipien des Buurtzorg-Modells und die Grundlagen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs weisen daher zwei wesentliche Gemeinsamkeiten auf.

- Erstens, zentraler Ausgangspunkt einer pflegerischen Unterstützung ist die beeinträchtigte Selbstständigkeit des pflegebedürftigen Menschen. Die pflegerische Unterstützung richtet sich aus am Ausmaß der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und zielt darauf ab, die vorhandene Selbstständigkeit des pflegebedürftigen Menschen zu erhalten und die verloren gegangene Selbstständigkeit nach Möglichkeit wieder zu erlangen.
- Zweitens, die Bereiche, auf die sich die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit beziehen, sind physischer und psychischer Natur. Sie umfassen wesentliche Aktivitäten und Lebensbereiche eines Menschen und gehen über die Reduktion auf einzelne Alltagsverrichtungen deutlich hinaus.

An dieser Stelle ist jedoch zu beachten, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff und das damit verbundene Begutachtungsinstrument primär auf die Feststellung leistungsrechtlicher Ansprüche ausgerichtet sind. Im Gegensatz dazu integriert das Buurtzorg-Modell Ansätze der professionellen Pflege. Zwar stützen sich das Buurtzorg-Modell sowie der Pflegebedürftigkeitsbegriff auf ähnliche Grundprinzipien und pflegewissenschaftliche Ansätze, jedoch lässt sich nicht ableiten, dass die Bedingungen für die Leistungserbringung oder die Versorgungsmöglichkeiten der beruflichen Pflege identisch sind. Die Nutzung des umfangreichen Omaha-Klassifikationssystems in der ambulanten Leistungserbringung verdeutlicht, dass das Leistungsspektrum im Buurtzorg-Modell weit über das verfügbare Leistungsspektrum in der ambulanten Pflege in Deutschland hinausgeht.⁴ Buurtzorg weist eine deutlich größere Schnittmenge mit den Inhalten und Intentionen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf als die Rahmenvereinbarungen für die ambulante Pflege in Deutschland dies tun. Problematisch im Hinblick auf die Rahmenvereinbarungen ist, dass eine Pflege, die dem Pflegebedürftigkeitsbegriff entspricht und wie sie im Buurtzorg-Modell angelegt ist, leistungsrechtlich nur bedingt eine Entsprechung findet. Die Rahmenvereinbarungen sehen nach wie vor in erster Linie verrichtungsorientierte Leistungen ambulanter Pflegedienste vor. Die explizite Unterstützung von Angehörigen oder die Begleitung und Stabilisierung des Gesamtarrangements lässt sich darin kaum abbilden.

Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf

Zur Verdeutlichung sei auf die Arbeit von Wingenfeld (2011) verwiesen, der Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf differenziert. Das Verständnis, nach dem Pflegebedürftigkeit als personenbezogenes Merkmal definiert wird, das weitgehend kontextfrei bestimmt werden kann, findet sich im Pflegebedürftigkeitsbegriff und Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wieder. Danach wird die Pflegebedürftigkeit bei einer Person unabhängig von ihrem aktuellen Wohn- oder Lebensort und den dort bestehenden räumlichen Bedingungen und sozialen Beziehungen bestimmt. Der Pflegebedarf hingegen ist ein Teil oder die Gesamtheit der Maßnahmen und Aktivitäten zur Bewältigung pflegerisch relevanter Problemlagen. In diesem Sinne ist der Pflegebedarf in hohem Maße kontextabhängig.

Zur Illustration sei ein Beispiel dreier Personen mit Beeinträchtigungen der Mobilität und Selbstversorgung einerseits und leichten kognitiven Beeinträchtigungen andererseits herangezogen. Die eine Person lebt allein in einer eigenen Wohnung, die zweite Person in einer

⁴ Vertiefende Informationen zum Omaha-System finden sich im Anhang.

stationären Pflegeeinrichtung und die dritte mit einem Partner und nahestehenden Angehörigen in einem eigenen Haus. Die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst führt in allen drei Fällen zu einer Einstufung in Pflegegrad 3. Sie gelten somit als in gleichem Maße pflegebedürftig und weisen schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten nach § 15 SGB XI auf. Trotz dieser Übereinstimmung dürfte der konkrete Pflegebedarf, der sich aus der vergleichbaren Pflegebedürftigkeit ergibt, unterschiedlich ausfallen. Bei Person A wird dieser Bedarf sich um die Frage drehen, welche Aktivitäten allein durchgeführt werden können, wo durch Information, Schulung und Beratung Selbstständigkeit erhalten und gefördert werden kann und für welche Hilfen eine externe Unterstützung erforderlich ist. Bei Person B in der stationären Pflegeeinrichtung stellen sich die ersten beiden Fragen in ähnlicher Weise. Die dritte Frage ist jedoch dadurch beantwortet, dass in einer Pflegeeinrichtung eine umfangreiche Versorgung verfügbar sein sollte und im Normalfall keine externe Unterstützung hinzugezogen werden muss. Bei Person C stellen sich ebenfalls die beiden ersten Fragen. Ergänzend gilt es aber zu klären, ob, und falls ja, in welchem Maß und bei welchen Aktivitäten und Lebensbereichen eine Unterstützung durch Angehörige erfolgt. Neben den rein fachlichen Überlegungen in allen drei Fällen können persönliche Präferenzen einen weiteren Einfluss auf den konkreten Pflegebedarf nehmen, beispielsweise indem eine Person nur ungern fremde Hilfe in Anspruch nehmen möchte, während eine andere genau damit kein Problem hat. Im Ergebnis liegt in diesen drei skizzierten Fällen gleichermaßen Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 3 vor (als personenbezogenes Merkmal), aus dem aber jeweils ein unterschiedlicher Pflegebedarf resultiert, der sich – sofern die jeweilige Person externe, pflegerische Hilfe in Anspruch nimmt – in der Pflegeprozessgestaltung des ambulanten Pflegedienstes oder der stationären Pflegeeinrichtung wiederfinden sollte.

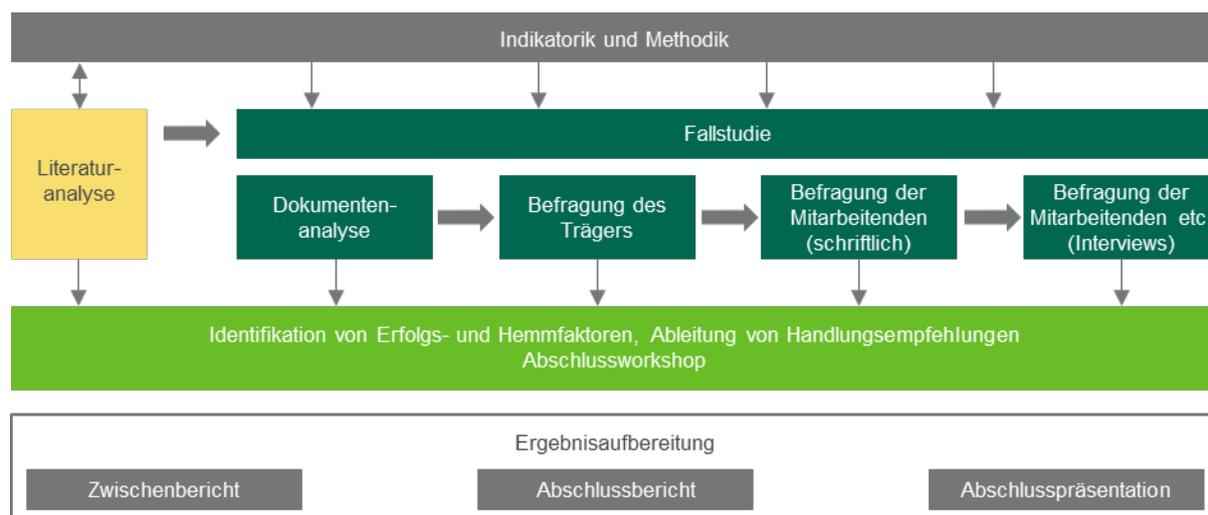
3 Methodischen Vorgehen

Das Hauptziel der Evaluation bestand darin, einen detaillierten Überblick über Erfolgs- und Gelingensbedingungen sowie Hemmnisse bei der Umsetzung des Buurtzorg-Modells im Kontext der deutschen Gesetzgebung zu gewinnen. Die Erkenntnisse sollen dazu beitragen, bewährte Praktiken, aber auch Fehlerquellen zu identifizieren sowie die Implementierung geeigneter Ansätze für die ambulante Pflege zu fördern.

Für die Studie wurde ein retrospektives Evaluationsdesign gewählt, da die zu evaluierenden Buurtzorg-Teams zu Jahresbeginn 2023, also weit vor der Durchführung der Untersuchung, durch den Träger aus organisatorischen und wirtschaftlichen Gründen aufgelöst wurden. Entsprechend erfolgen die Analyse und die Bewertung von Aktivitäten, Maßnahmen oder Prozessen im Rückblick. Um die Umsetzung des Buurtzorg-Modells in Sachsen einordnen und vergleichen zu können, wurde als Kontrollgruppe der „konventionelle“ Pflegedienst desselben Trägers in die Evaluation einbezogen. Damit standen (ehemalige) Buurtzorg-Pflegeteams und klassische Pflegeteams der Bosold Pflege GmbH an verschiedenen Standorten im Fokus.

Um die vielfältigen Perspektiven der beteiligten Akteurinnen und Akteure abzubilden, wurden neben den Buurtzorg-Teams sowie Mitarbeitenden des konventionellen Pflegedienstes auch der Träger sowie die damalige Coachin der Buurtzorg-Teams eingebunden. Zur Erfassung der unterschiedlichen Perspektiven, der notwendigen Daten und Informationen für die Evaluation wurde ein Mix sich ergänzender Methoden umgesetzt.

Abbildung 2: Studiendesign



Quelle: eigene Darstellung

Folgende Forschungsfragen waren für die Evaluation handlungsleitend:

- Welche Maßnahmen und Ziele umfasst das Buurtzorg-Modell und wie verhalten sich Buurtzorg und der Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI zueinander?
- Welche strukturellen Merkmale kennzeichnen die Pflegedienste/ -teams der Bosold Pflege GmbH (zum Beispiel Größe, Personal)?
- In welchem Umfang wurde das Buurtzorg-Modell bei der Bosold Pflege GmbH und in der Versorgung eingeführt und wie wurde die Einführung gestaltet?
- Wie bewerten die Beteiligten das Modell und die Umsetzung in der Regelversorgung?
- Welche Schlussfolgerungen und Empfehlungen können aus den Erfahrungen abgeleitet werden, um Buurtzorg perspektivisch in Sachsen erfolgreich umzusetzen?

Das methodische Vorgehen in der Evaluation wird folgend beschrieben.

Evaluationsraster

Methodischer Ausgangspunkt der Evaluation war ein detailliertes Evaluationsraster. Zur Ausarbeitung dieses Evaluationsrasters wurden im ersten Schritt die oben genannten Leitfragen der Evaluation konkretisiert und ausdifferenziert. Anschließend wurden relevante Indikatoren abgeleitet und passende methodische Instrumente zugeordnet. Um eine möglichst breite und übergreifende Systematik zu entwickeln, wurden die Inhalte der Leistungsbeschreibung mit der Expertise des Evaluationsteams aus den Bereichen Pflege und Organisationsentwicklung sowie um Erkenntnisse aus der (wissenschaftlichen) Literatur ergänzt. Das Evaluationsraster wurde dem SMS zur Abstimmung vorgelegt und während des Projekts fortlaufend überprüft.

Literaturanalyse

Das originäre Buurtzorg-Modell wurde mittels einer wissenschaftlichen Literaturanalyse aufbereitet. Dabei standen Ziele, Maßnahmen und Strukturen des Buurtzorg-Modells in den Niederlanden sowie dessen Wirkungen im Fokus. Die Literaturanalyse fußt maßgeblich auf zentralen Quellen zu Buurtzorg in den Niederlanden sowie dem Scoping Review von Hegedüs et al. (2022) zu den Erfahrungen und Wirkungen des Buurtzorg-Modells außerhalb der Niederlande. Die Ergebnisse dieses Arbeitsschritts sind in Kapitel 2.1 dargestellt. Sie dienen unter anderem als Referenz für die Bewertung der Umsetzung von Buurtzorg in der Bosold Pflege GmbH und flossen in die Entwicklung der Erhebungsinstrumente ein.

Dokumentenanalyse

Im Rahmen einer Dokumentenanalyse wurden (interne) Dokumente, die vom Projektteam recherchiert oder von Seiten des Pflegedienstes bereitgestellt wurden, aufbereitet und ausgewertet. Hierzu zählen beispielsweise relevante gesetzliche Grundlagen auf Landes- und Bundesebene und schriftlich vorliegende Informationen zur Umsetzung von Buurtzorg in der Bosold Pflege GmbH. Auch diese Ergebnisse wurden bei der Entwicklung der Erhebungsinstrumente berücksichtigt.

Befragung des Trägers

Die Befragung des Trägers erfolgte in einem zweistufigen Verfahren. Zunächst wurde im März und im April 2024 eine quantitative Befragung beim Träger durchgeführt, bei der Informationen zur Bosold Pflege GmbH und den Buurtzorg-Teams sowie diesbezügliche Erwartungen, Erfahrungen, Einschätzungen und Bewertungen abgefragt wurden. Inhaltlich fokussierte die Befragung auf die organisatorischen Rahmenbedingungen und die konkrete Umsetzung des Buurtzorg-Modells. So wurden zum einen die Ziele, Maßnahmen und Merkmale der Buurtzorg-Teams erfasst. Zum anderen wurden Informationen über den konventionellen ambulanten Pflegedienst für die Vergleichsanalyse erhoben. Flankiert wurde die schriftliche Trägerbefragung durch die Lieferung ergänzender quantitativer Daten durch die Bosold Pflege GmbH, um ein umfassendes Bild zu erhalten. Zur Plausibilisierung der erhobenen Daten wurden im Mai 2024 zwei semistrukturierte Fachgespräche mit dem Träger durchgeführt.

Befragung der Mitarbeitenden

Die quantitative Befragung der Mitarbeitenden zielte darauf ab, deren Erwartungen, Erfahrungen, Einschätzungen und Bewertungen in Zusammenhang mit dem Buurtzorg-Modell zu erfassen. Hierbei wurde ein standardisierter Online-Fragebogen eingesetzt, der sowohl Skalen- als auch Single- und Multiple-Choice-Fragen umfasste. Insgesamt wurden im Mai 2024 rund 50 Mitarbeitende über den Träger kontaktiert, wovon 30 an der Umfrage teilnahmen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 60 Prozent. In einem Datensatz waren nur wenige Fragen ausgefüllt, sodass er bei der Analyse nicht berücksichtigt werden konnte. Aus der Online-Befragung konnten somit 15 Datensätze von ehemaligen Mitgliedern der Buurtzorg-Teams sowie 14 Datensätze von Personen aus dem damaligen konventionellen Pflegedienst berücksichtigt werden.

Ergänzend zu der quantitativen Erhebung wurden zwischen Juli und September 2024 teilstandardisierte Interviews mit acht (ehemaligen) Mitarbeitenden durchgeführt, um tiefere Einblicke in ihre persönlichen Erfahrungen mit dem beziehungsweise ihre Sichtweisen auf das Buurtzorg-Modell zu gewinnen. Telefonisch befragt wurden fünf damalige Mitglieder der Buurtzorg-Teams, zwei Beschäftigte des konventionellen Pflegedienstes der Bosold Pflege GmbH sowie die Coachin der Buurtzorg-Teams. Die Befragten erhielten für ihre Teilnahme am Interview eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 30 Euro.

Einschränkend muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass sowohl im Rahmen der Online-Befragung als auch bei den Fachgesprächen keine Beteiligungen ehemaliger Mitarbeitenden des Buurtzorg-Teams Paunsdorf erreicht werden konnte. Die anderen Buurtzorg-Teams konnten hingegen in beiden Verfahren berücksichtigt werden.

Datenanalyse

Die erhobenen quantitativen Daten wurden deskriptiv, die erhobenen qualitativen Daten vorwiegend inhaltsanalytisch ausgewertet. Für die Ergebnissynthese und die Entwicklung von Empfehlungen wurden die Ergebnisse der einzelnen Arbeitsschritte abschließend systematisch zu einem Gesamtbild verdichtet. Dazu wurden die verschiedenen Perspektiven auf den

Evaluationsgegenstand trianguliert und in einem weiteren Auswertungsschritt zu einer Synthese zusammengefasst, auf deren Basis die Umsetzung des Buurtzorg-Modells in der Bosold Pflege GmbH im Hinblick auf seine wahrgenommenen Wirkungen bewertet wurde. Dabei wurden auch Erfolgs- und Hemmfaktoren herausgearbeitet, die die Zielerreichung entweder beförderten oder dieser im Wege standen. Um einseitige oder zu kurzgreifende Interpretationen und Schlussfolgerungen zu vermeiden und eine möglichst hohe Transparenz und Intersubjektivität der Ergebnisse zu erzielen, erfolgte der Auswertungsprozess diskursiv.

Abschlussworkshop

Die erarbeiteten Ergebnisse der Evaluation wurden in einem Abschlussworkshop mit Vertreterinnen und Vertretern der Bosold Pflege GmbH, ehemaligen Mitgliedern der Buurtzorg-Teams, der Kranken- und Pflegekassen, der (Verbände der) Träger der Leistungserbringer, des Sächsischen Pflegerats, des Sächsischen Städte- und Gemeindetages sowie der Auftraggeberin am 10. September 2024 in Dresden diskutiert und validiert. Dabei wurden Schlussfolgerungen gezogen und Weiterentwicklungsoptionen erörtert. Die Ergebnisse des Workshops wurden während der Veranstaltung dokumentiert und im Nachgang strukturiert aufbereitet.

Die Perspektive der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen wurde zusätzlich in einem Fachgespräch erhoben.

Limitationen und Potenziale

Trotz des umfassenden methodischen Instrumentariums stößt das eingesetzte und hier skizzierte Evaluationskonzept an Grenzen. Die wichtigsten Einschränkungen ergeben sich aus der insgesamt geringen Stichprobengröße und aus dem Umstand, dass sich die letzten aktiven Buurtzorg-Teams in Trägerschaft der Bosold Pflege GmbH Anfang 2023 aufgelöst haben. Somit war nicht nur die Anzahl der nach dem Buurtzorg-Modell arbeitenden Personen gering, sondern es konnten auch nicht alle ehemaligen Teammitglieder erreicht werden. Darüber hinaus ist bei der Interpretation der in diesem Bericht dokumentierten Ergebnisse stets zu berücksichtigen, dass es sich – unter anderem aufgrund der geringen Fallzahl – um nicht ohne Weiteres verallgemeinerbare Einschätzungen der Akteurinnen und Akteure handelt. Die subjektiven Wahrnehmungen der Befragten sind zudem retrospektiv erhoben worden, was die Validität der Aussagen zusätzlich einschränkt.

Die subjektiven Wahrnehmungen und Erfahrungen stellen eine besondere Qualität der Untersuchung dar, da sie auf potenzielle Erfolgsfaktoren und Hemmnisse hinweisen können, die in einer breiteren (quantitativen) Analyse möglicherweise nicht sichtbar werden. Darüber hinaus bietet eine Evaluation mit einer kleinen Stichprobe die Möglichkeit, intensiver mit den einzelnen Akteurinnen und Akteuren in einen Austausch zu treten und so Erkenntnisse über die Wirkungen von Buurtzorg zu gewinnen. Schließlich öffnet der explorative Ansatz den Blick für Fragestellungen, die a priori nicht berücksichtigt oder als nicht hinreichend relevant erachtet werden.

4 Untersuchungsgegenstand

4.1 Buurtzorg-Teams bei der Bosold Pflege GmbH

Die Bosold Pflege GmbH wurde im Jahr 2005 gegründet. Heute beschäftigt das Unternehmen über 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Der Fokus des Unternehmens liegt auf der Pflege gemäß SGB V und XI. Das Leistungsangebot umfasst neben der ambulanten Pflege auch eine Tagespflege sowie ein Betreutes Wohnen. Das Einzugsgebiet des ambulanten Pflegedienstes erstreckt sich über den Süden von Leipzig mit einem Radius von etwa vier bis fünf Kilometer um den Bürostandort.

Der Geschäftsführer – Tobias Bosold – lernte im Jahr 2016 das Buurtzorg-Modell kennen. Es folgte ein Vor-Ort-Besuch in den Niederlanden sowie die Kontaktaufnahme mit der Buurtzorg Deutschland GmbH. Schließlich wurde eine Lizenz gekauft. Maßgebliche Motivation für die Entscheidung zur Umsetzung des Buurtzorg-Modells waren Überlegungen zur verbesserten Gewinnung und Bindung von Pflegekräften, aber auch der Wunsch einer effizienteren und zukunftsfähigeren Pflege. Tobias Bosold entwickelte die Idee in enger Zusammenarbeit mit seinem Mitarbeiter Robert Wolf weiter, der später als „Support“ die Teams eng begleitete. Wie im Buurtzorg-Modell vorgesehen, wurde zudem eine Coachin engagiert, um die Teams bei der Gründung und Teamfindung zu unterstützen sowie im Arbeitsalltag durch kontinuierliches Coaching zu begleiten.

Das erste Buurtzorg-Team – Team Connewitz – wurde im Mai 2019 gegründet. Aus dem Connewitzer Team spaltete sich im Zeitverlauf das Team Südvorstadt (Juni 2021 bis November 2022) ab. Ein drittes Team – Team Dresden – ging im September 2020 in Eigeninitiative auf die Bosold Pflege GmbH zu und wurde von ihr aufgenommen, das einzige Team, das nicht in Leipzig tätig war. Aufgrund von Konflikten wurde die Zusammenarbeit jedoch im Februar 2021 beendet. Ein viertes Team gründete sich im September 2021 in Paunsdorf, auch hier schloss sich ein gesamtes Team der Bosold Pflege GmbH an. Nach mehreren Personalausfällen musste das Team Paunsdorf zunächst durch Mitarbeitende des Teams Südvorstadt sowie des konventionellen Dienstes unterstützt werden und wurde schließlich nach August 2022 aufgelöst. Aufgrund wirtschaftlicher und personeller Probleme wurden das Connewitzer Team und das Team Südvorstadt im November 2022 zunächst wieder zusammengelegt, bevor im Januar 2023 die Auflösung dieses letzten Teams erfolgte (Abbildung 3).

Abbildung 3: Evolution der Buurtzorg-Teams in Trägerschaft der Bosold Pflege GmbH



Quelle: eigene Erhebung bei der Bosold Pflege GmbH, eigene Darstellung

4.2 Strukturelle Merkmale der Buurtzorg-Teams der Bosold Pflege GmbH

Das Label „Buurtzorg“ alleine ist nicht hinreichend als Beschreibung der Merkmale und Struktur der einzelnen Teams. Trotz des gemeinsamen Modells zeigen sich wesentliche strukturelle Unterschiede, sowohl zwischen den Buurtzorg-Teams der Bosold Pflege GmbH als auch im Vergleich zu Buurtzorg in den Niederlanden. Im Vergleich zum konventionellen Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH bestehen zudem deutliche Unterschiede. Zentrale Merkmale und ihre Ausprägungen werden in der nachfolgenden Abbildung dargestellt und anschließend textlich beschrieben (Abbildung 4).

Abbildung 4: Allgemeine Strukturmerkmale im Vergleich

Merkmale	Teams	Team Connewitz	Team Südvorstadt	Team Paunsdorf	Team Dresden	Buurtzorg-NL	konven. Pflegedienst
Teamgröße		≤ 9	≤ 6	≤ 6	≤ 5	≤ 12	≤ 23
Radius des Einzugsgebietes		2km	2km	5km	2km	–	5km
Wohnort im Einzugsgebiet		(✓)	(✗)	(✓)	(✗)	✓	(✗)
IT-Systeme für Arbeitsorganisation		✓	✓	✓	✓	✓	✓
IT-Systeme für Kommunikation		✓	✓	✗	✗	✓	✗

Legende: ✓ trifft zu (✓) trifft eher zu (✗) trifft eher nicht zu ✗ trifft nicht zu

Quelle: eigene Erhebung (Mitarbeitenden- und Trägerbefragung), eigene Darstellung

Teamgröße, Fluktuation und Personalausfall

Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zwischen den Buurtzorg-Teams der Bosold Pflege GmbH und Buurtzorg in den Niederlanden ist die Größe der Teams. Die Buurtzorg-Teams der Bosold Pflege GmbH waren kleiner und bestanden aus drei bis neun Personen (2,9 bis 5,8 Vollzeitäquivalente). Im Vergleich dazu sieht Buurtzorg in den Niederlanden eine Teamgröße von zehn bis zwölf Personen vor. Im ambulanten Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH waren im Untersuchungszeitraum zwischen 18 und 23 Personen tätig (12,5 bis 14,0 Vollzeitäquivalente).

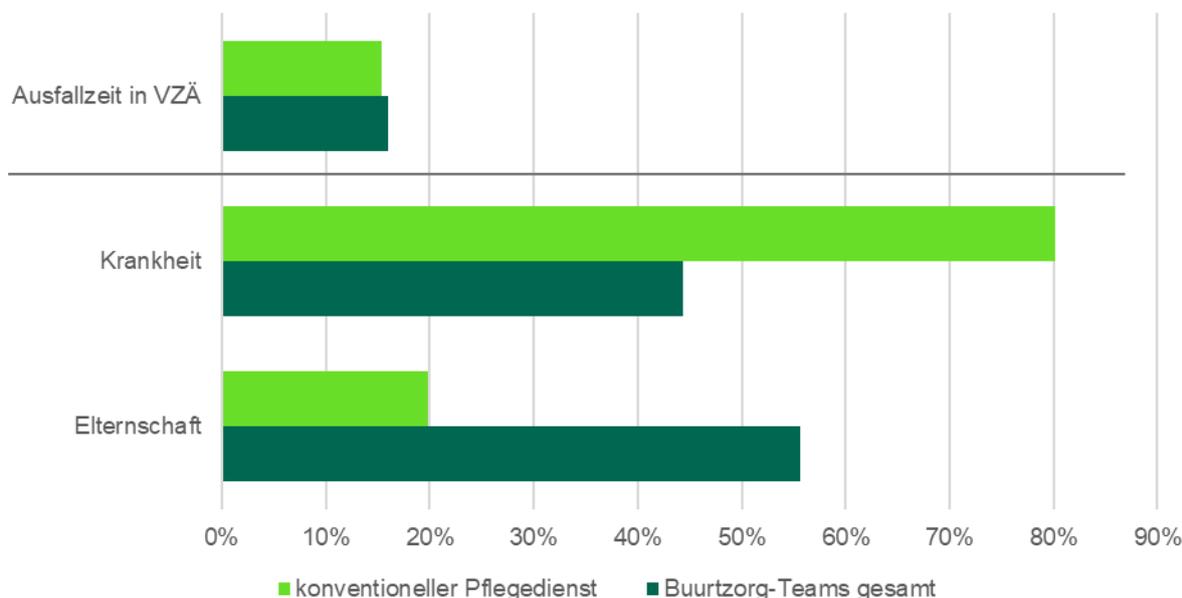
Neben der Gründung selbst und der anfänglichen Teamfindung gab es im Untersuchungszeitraum zahlreiche Personalveränderungen durch Kündigungen und Neueinstellungen. Insgesamt war die Fluktuation in den Buurtzorg-Teams im Vergleich zum konventionellen Pflegedienst höher, wobei die Pflegebranche allgemein von einer überdurchschnittlich hohen Instabilität geprägt ist (Auffenberg/Heß 2021).

Auch Ausfallzeiten, etwa durch Krankheit, Mutterschutz und Elternzeiten, waren, häufig zu beobachten. Die Auswertung von Strukturdaten, die vom Träger zur Verfügung gestellt wurden, zeigt jedoch, dass die Ausfallzeiten bei den Buurtzorg-Teams umgerechnet in Vollzeitäquivalente nicht maßgeblich höher waren als in der konventionellen Pflege. In beiden Fällen ist durchschnittlich rund eine Achtel-Vollzeitstelle weggefallen.

Auffällig ist allerdings, dass hinter den Ausfallzeiten andere Ursachen stecken. Während im konventionellen Pflegedienst zu 80 Prozent krankheitsbedingte Ausfälle erfasst wurden, waren es bei den Buurtzorg-Teams nur 44 Prozent. Die Ausfallzeiten sind hier mehrheitlich im Zusammenhang mit Elternschaft (Schwangerschaft, Mutterschutz und etwaigen damit verbundenen Berufsverboten) entstanden (Abbildung 5).

Krankheitsbedingte Ausfallzeiten verteilen sich dabei tendenziell auf mehrere Personen mit jeweils kürzeren Abwesenheiten, während Absenzen aufgrund von Elternschaft weniger Personen betreffen und entsprechend länger andauern. Diese Unterschiede können erhebliche Auswirkungen auf die Organisation und das Funktionieren der Pflegeteams haben – insbesondere, wenn Teams sehr klein sind. Zudem erfordern lange Fehlzeiten potenzielle Nachbesetzungen, was zusätzlichen Aufwand bedeutet, insbesondere bei einem teamzentrierten Versorgungsansatz. Die personellen Engpässe stellten im Untersuchungszeitraum eine zentrale Herausforderung dar und führten mit zur Auflösung des Buurtzorg-Teams Paunsdorf.

Abbildung 5: Ausfallzeiten der Pflegeteams umgerechnet in durchschnittliche Vollzeitäquivalente



Quelle: eigene Erhebung (schriftliche Trägerbefragung), eigene Darstellung

Leistungsangebot und Einzugsgebiet

Das Leistungsspektrum zwischen den sächsischen Buurtzorg-Teams war ebenfalls unterschiedlich. Die Teams Paunsdorf und Dresden verrichteten neben pflegerischen Aufgaben auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Das niederländische Buurtzorg-Modell sieht hauswirtschaftliche Tätigkeiten (mit Ausnahme der Zubereitung von Mahlzeiten) hingegen nicht vor. Im Rahmen der Untersuchung begründete der Träger die Übernahme hauswirtschaftlicher Tätigkeiten damit, dass die Teams zum damaligen Zeitpunkt noch im Aufbau eines Kundenstamms und somit noch nicht ausreichend ausgelastet waren.

Die Einzugsgebiete der Buurtzorg-Teams variierten in ihrer Größe. Das Einzugsgebiet des Teams Connowitz, des Teams Südvorstadt sowie des Teams Dresden betrug jeweils nur rund zwei Kilometer um den Bürostandort, was – wie im Buurtzorg-Modell vorgesehen – eine Versorgung im bekannten Sozialraum ermöglichen kann. Team Paunsdorf hingegen deckte ein größeres Einzugsgebiet von rund fünf Kilometer Radius ab, ähnlich wie der konventionelle Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH. Bei Buurtzorg-Niederlande sollen nach Möglichkeit das Einzugsgebiet und der Wohnort der Pflegekräfte für einen noch engeren Sozialraumbezug übereinstimmen. Dies traf bei den Buurtzorg-Teams in Trägerschaft der Bosold Pflege GmbH – wie auch in deren konventionellen Pflegedienst – insbesondere auf die Teams Südvorstadt und Dresden so nicht zu. Der erweiterte Radius sowie der Weg zwischen Wohnort und Arbeitsort ging entsprechend mit vergleichsweise höheren Fahrtzeiten einher. Die Fahrtzeiten erhöhten sich für einige Mitarbeitende des Teams Südvorstadt deutlich, als personelle Ausfälle im Team Paunsdorf kompensiert werden mussten.

5 Empirische Ergebnisse zu Buurtzorg in Sachsen

5.1 Einführung des Buurtzorg-Modells

5.1.1 Motive und Ziele

Steigerung der Arbeitgeberattraktivität, Verbesserung der Pflege und Reduktion von Verwaltungsaufwand

Der Träger verfolgte mit der Einführung des Buurtzorg-Modells mehrere Ziele. Ein wesentliches Motiv war es, angesichts des Fachkräftemangels, die Arbeitgeberattraktivität durch innovative Ansätze zu erhöhen. Die Umsetzung von Buurtzorg sollte des Weiteren zu einer besseren und einer effizienteren Pflege sowie – damit in Zusammenhang stehend – zu verbesserten Arbeitsbedingungen und einer höheren Zufriedenheit der Mitarbeitenden führen. Im Sinne des Buurtzorg-Modells war überdies geplant, verwaltende Aufgaben auf die Teams zu verlagern und auf eine primär administrativ tätige Pflegedienstleitung (PDL) zu verzichten. Diese Vorgehensweise beruhte auf der Annahme, dass Fachkräfte diese Aufgaben im Rahmen der Versorgung effektiver bewältigen können, wodurch Verwaltungsaufwand insgesamt reduziert wird, da beispielsweise Informationsdefizite vermieden werden können.

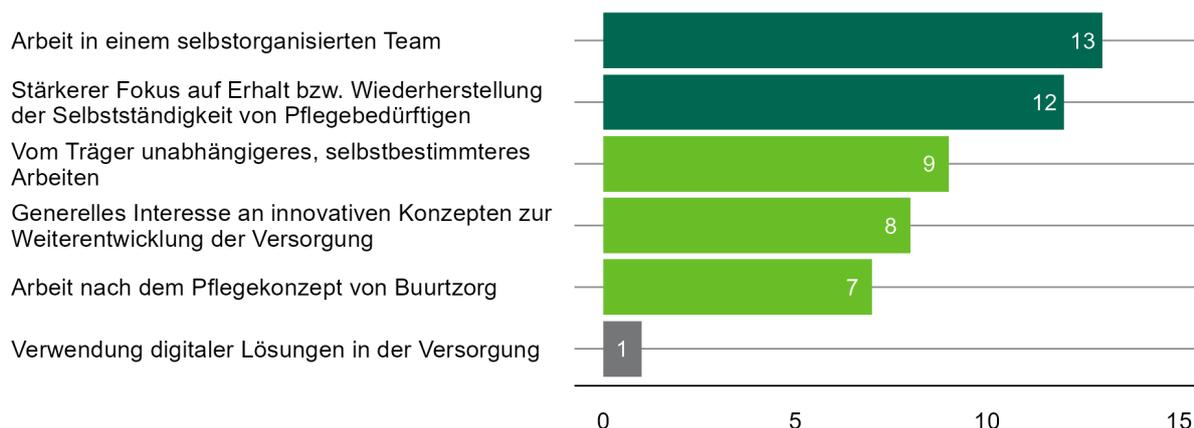
Selbstorganisation und Förderung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen

Die schriftliche Befragung ehemaliger Mitglieder der Buurtzorg-Teams lieferte Erkenntnisse darüber, warum sich diese für eine Tätigkeit in einem der Buurtzorg-Teams entschieden haben. Für fast alle Befragten war die Möglichkeit, in einem selbstorganisierten Team zu arbeiten und dabei stärker die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen zu fördern, ein entscheidender Faktor. Hingegen gab nur jeweils die Hälfte der Befragten an, dass ein allgemeines Interesse an innovativen Versorgungskonzepten beziehungsweise die Pflege nach dem Buurtzorg-Modell für sie maßgeblich war (Abbildung 6).

In den Fachgesprächen wurde das Interesse am selbstorganisierten Arbeiten näher beleuchtet. Es wurde von einigen Befragten die Einschätzung geäußert, dass dies bei manchen Personen zu der Erwartung geführt habe, die Arbeit vollständig autark organisieren zu können. Tatsächlich handelt es sich bei Buurtzorg jedoch um ein sogenanntes Arbeitskollegen- und Organisationsmodell für die ambulante Pflege, bei dem die Zusammenarbeit innerhalb der Gruppe und die Abstimmung im Team einen sehr hohen Stellenwert haben. Die Bezeichnung „teamorganisiertes Arbeiten“ wurde in diesem Zusammenhang als realistischer für die Arbeitsrealität sowie die -anforderungen bewertet.

Die „Suche einer Arbeitsstelle und/oder Unzufriedenheit mit dem vorherigen Arbeitgeber“ wurde in der schriftlichen Mitarbeitendenbefragung in keinem Fall als maßgeblicher Grund für die Tätigkeitsaufnahme in einem Buurtzorg-Team genannt. Dieser Faktor könnte jedoch bei den Mitgliedern des Paunsdorfer Teams, das sich an der schriftlichen Befragung nicht beteiligt hat, eine Rolle gespielt haben. Hierauf verweisen Aussagen des Trägers und der Coachin.

Abbildung 6: Maßgebliche Gründe für die Tätigkeit in einem Buurtzorg-Team aus Sicht der Pflegekräfte



Quelle: eigene Erhebung (schriftliche Mitarbeitendenbefragung), eigene Darstellung

Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen in der konventionellen Pflege

In den Fachgesprächen äußerten mehrere Mitglieder der ehemaligen Buurtzorg-Teams teils starke Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen in der beruflichen Pflege. Ein zentraler Kritikpunkt war die Fokussierung auf finanzielle Aspekte, die sowohl zu Lasten der Mitarbeitenden als auch zu Lasten der Pflegebedürftigen gegangen sei. Durch mehr Mitbestimmungsmöglichkeiten – insbesondere bei Entscheidungen über Neuaufnahmen und die Dienst- und Tourenplanung – erhofften sich die Befragten vor allem eine Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen, vereinzelt auch mehr Gleichberechtigung und eine effizientere Kommunikation. Diese Aussage wurde auch von einer Person, die zuvor im konventionellen ambulanten Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH beschäftigt war, getätigt.

Die Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen in der konventionellen ambulanten Pflege wird auch dadurch deutlich, dass mehrere Fachgesprächspartnerinnen beziehungsweise -partner berichteten, eine Rückkehr dorthin für sich ausgeschlossen und nach der Auflösung der Buurtzorg-Teams die Pflegebranche verlassen zu haben.

„Es geht in der Pflege halt nur noch um Geld. Es ist nicht möglich, die Arbeit menschlich zu verrichten.“ (Buurtzorg_a)

„Zu den gegebenen Umständen will ich nicht mehr in der Pflege arbeiten. Ich würde mir jedoch nochmal überlegen zurück in die Pflege zu gehen, wenn ich nach Buurtzorg arbeiten kann. So nicht.“ (Buurtzorg_c)

5.1.2 Gründung der Buurtzorg-Teams

Erfolgreicher Start von Team Connewitz 2019, Teilung des Teams 2021

Die Aussagen des Trägers und der Coachin weisen darauf hin, dass insbesondere die Gründungs- und Anfangsphase des ersten Buurtzorg-Teams in Connewitz gut vorbereitet und eng begleitet wurde. Auch die interviewten Mitglieder des ehemaligen Connewitzer Teams beschrieben die Anfangsphase als „nicht sehr kompliziert“ beziehungsweise „gut“ (Buurtzorg_a) oder als „relativ geschmeidig“ (Buurtzorg_c). Die Befragten führen den erfolgreichen Start des Connewitzer Teams zum einen darauf zurück, dass der Träger das Team umfassend unterstützte und viel Zeit in die Klärung der Rollen und Verantwortlichkeiten zwischen Team und Träger investiert wurde. Zum anderen wurde als Vorteil wahrgenommen, dass sich die Team-

mitglieder bereits vorab aus dem konventionellen Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH kennen⁵ und ein „kleiner Patientenstamm“ für einen „zügigen Arbeitsstart“ (Buurtzorg_b) aus diesem übernommen werden konnte.

„Man wusste schon, wie man die Kollegen zu nehmen hat, die Stärken und Schwächen der einzelnen Personen waren allen bekannt.“ (Buurtzorg_b)

Aus dem personell gewachsenen Connewitzer Team ging, aufgrund von Spannungen, im Juni 2021 das Team Südvorstadt hervor. Diese Trennung führte zwar wohl zur Entstehung von zwei Gruppen, die inhaltlich und persönlich jeweils besser zusammenarbeiten konnten. Allerdings bedingte die geringe Anzahl an Personen im Team Südvorstadt neue Probleme und eine Überlastung der Teammitglieder im Arbeitsalltag. Der Träger betrachtete diesen Schritt zunächst nicht als Bildung „getrennter Teams“, sondern vielmehr als „weiteren Standort“. Die erhoffte Zusammenarbeit und gegenseitige Vertretung im Urlaubs- beziehungsweise Krankheitsfall zwischen den beiden Gruppen ließ sich jedoch nicht realisieren, zumal die Teilung aus Sicht der Mitarbeitenden eher einer Teamneugründung nahekam. Rückblickend hätte aus Sicht des Trägers intensiver an der Aufarbeitung bestehender Konflikte gearbeitet werden sollen, um die Aufspaltung in zwei (zu kleine) Teams zu vermeiden. Mindestens wären jedoch vermehrte Coachings notwendig gewesen, um die beiden Gruppen als neue Teams zu stärken.

„Als wir dann in die Südvorstadt sind, waren wir [nach einem Personalausfall] quasi zu dritt, zwei Frühdienste und einen Spätdienst abzudecken war so ganz schön schwer. Dann haben wir uns aber gesagt ‚wir ziehen das durch‘. Und dann machen wir mal zehn, zwölf Tage. Und dann haben wir auch mal vier Tage frei. Aber zu dritt kannst du nicht wirtschaftlich sein.“ (Buurtzorg_a)

Schwierigkeiten bei der Einbindung neuer Teams an den Standorten Dresden und Paunsdorf

Bei der Gründung der Buurtzorg-Teams Dresden und Paunsdorf (Leipzig) bestand ein wesentlicher Unterschied zum Gründungsteam Connewitz darin, dass komplette Teams von der Bosold Pflege GmbH neu aufgenommen wurden. Seitens des Trägers bestand die Erwartung, dass dabei weniger Team-Building-Maßnahmen erforderlich wären. Die Eingliederung und Integration der beiden Teams in die Struktur, Prozesse, Kultur und Arbeitsweise der Bosold Pflege GmbH waren letztlich komplizierter als erwartet. Im Vergleich zur Gründung des ersten Teams in Connewitz habe es laut der Coachin bei den nachfolgenden Teamgründungen weniger Angebote und Prozesse zur Aushandlung der Zusammenarbeit, insbesondere zwischen Träger und Team, gegeben.

„Haltung allein reicht nicht, daraus muss eine gemeinsame Aktion werden: ‚wir bauen gemeinsam einen Standort auf‘. Und das braucht eine gewisse Langsamkeit.“ (Coachin)

Beim Dresdner Buurtzorg-Team, dem einzigen außerhalb von Leipzig, stellte die räumliche Entfernung zum Träger eine zusätzliche Herausforderung dar. In den Fachgesprächen mit ehemaligen Mitarbeitenden sowie dem Träger wurde deutlich, dass bereits die Gründungsphase durch Konflikte zwischen dem Team und dem Träger geprägt war, die sich um Fragen

⁵ Ein neu eingestelltes Teammitglied war im Vorfeld seiner Tätigkeit im ersten Buurtzorg-Team für einige Monate im konventionellen Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH tätig und daher mit dem Träger und den Kolleginnen und Kollegen bekannt. In der schriftlichen Mitarbeitendenbefragung wurde überdies überwiegend angegeben, mit Mitgliedern des jeweiligen Buurtzorg-Teams vor der Teamgründung beziehungsweise vor dem Teambeitritt zusammengearbeitet zu haben.

der Kommunikation und Zusammenarbeit drehten. Diese Konflikte wurden von einer Person jedoch auch als „Beschleuniger für den Gruppenfindungsprozess“ (Buurtzorg_e) im Team Dresden beschrieben und hätten dort den Wunsch verstärkt, in einer hierarchiefreien Struktur arbeiten zu wollen. Parallel stand das Team vor der Aufgabe, einen eigenen Patientenstamm aufzubauen. Bereits nach einem halben Jahr entschieden Team und Träger, getrennte Wege zu gehen. Das Team ist in Dresden weiter aktiv, aktuell noch in Zusammenarbeit mit einem anderen Träger, im kommenden Jahr ist jedoch die vollständige „Selbstorganisation“ geplant. In einem Fachgespräch wurde der Aufwand für die Gründung, den Aufbau eines Patientenstamms und die Teamfindung durch die Aussage verdeutlicht, dass es „etwa ein Jahr“ gedauert habe, bis das Team „im Alltag angekommen“ (Buurtzorg_e) war.

Das Team Paunsdorf wurde vom Träger als „pragmatisch“ mit klaren „wirtschaftlichen Zielen“ beschrieben.⁶ Eine effektive Kommunikation „auf Augenhöhe“ wäre jedoch nicht immer gewährleistet gewesen. Es gab Streitigkeiten im Team, die laut Träger schwer zu begleiten und zu lösen waren, teils aufgrund von Konflikten aus dem vorangegangenen Arbeitsverhältnis. Es fehlte an Zeit, um zusammen mit der Coachin wirksame Konfliktlösungsstrategien zu entwickeln, zumal das angebotene Coaching nicht von allen Teammitgliedern angenommen wurde. Bereits in der Anfangsphase kam es zu mehreren Personalausfällen und Trennungen. Die personellen Engpässe führten dazu, dass das Team Südvorstadt und der konventionelle Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH Touren übernehmen mussten und das Team Paunsdorf nach etwa einem Jahr aufgelöst wurde.

5.1.3 Gemeinsame Vision und Unterstützungsangebote

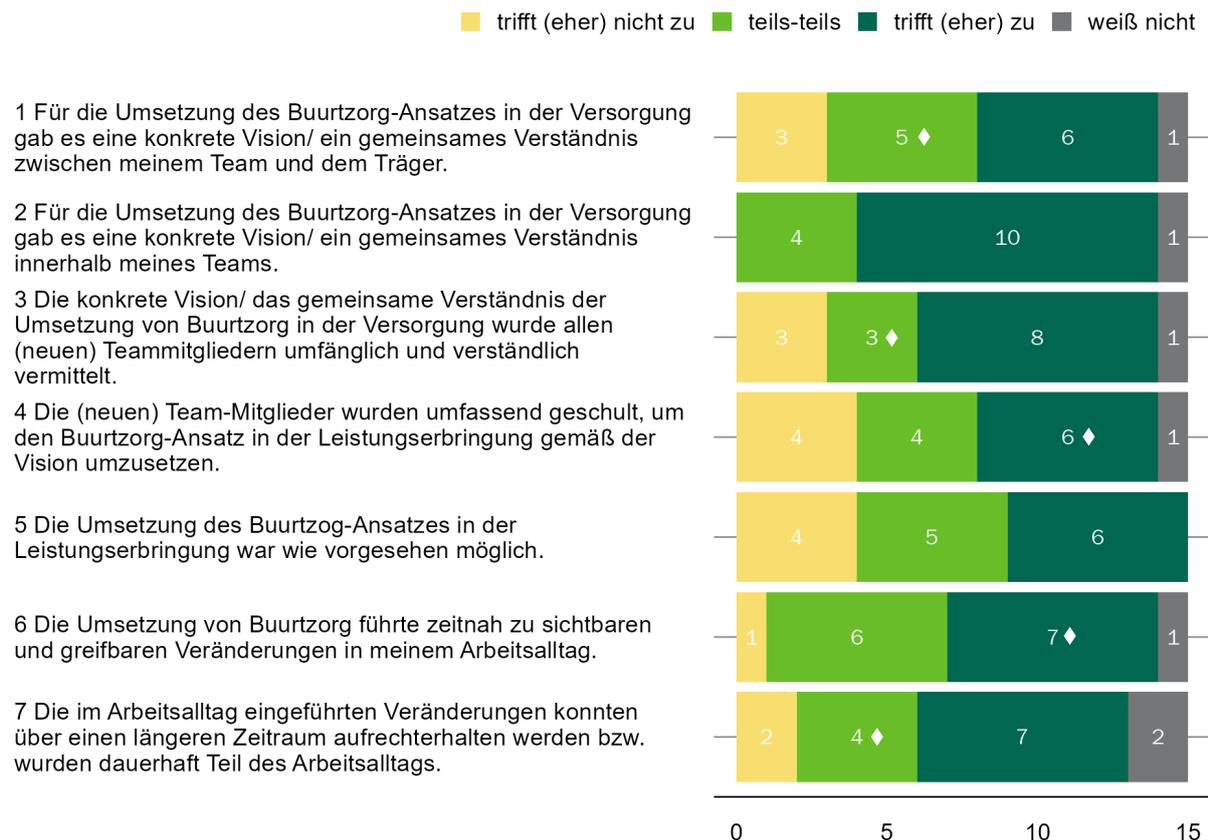
Geteilte Vision in den Teams, zum Teil unterschiedliche Vorstellungen des Trägers

Wenn Arbeitsabläufe und die Art der Zusammenarbeit umgestaltet werden, ist es im Sinne eines Change-Managements entscheidend, dafür eine gemeinsame Vision zu entwickeln (Kotter 1996). Die Ergebnisse der Online-Befragung von Mitarbeitenden der ehemaligen Buurtzorg-Teams zeigen auf, dass dies innerhalb der Teams gut gelungen zu sein scheint. Im Gegensatz dazu wurde das Vorhandensein einer gemeinsamen Vision oder eines gemeinsamen Verständnisses zwischen den Buurtzorg-Teams und dem Träger – auch aus Sicht des Trägers – heterogen bewertet (Abbildung 7). Die Evaluationsergebnisse verweisen darauf, dass sich sowohl das Pflege- als auch das Organisationsverständnis zwischen den Teams und dem Träger teilweise unterschieden haben (Kapitel 5.2.1 bis 5.2.3).

Die Vermittlung der Vision an neue Teammitglieder sowie deren Befähigung zur Umsetzung des Buurtzorg-Modells in der Leistungserbringung wurden als unterschiedlich gut gelungen eingeschätzt. Die beschriebenen Abweichungen in der Bewertung sind dabei nicht auf einzelne Teams zurückzuführen. Fast alle Beteiligten berichten, dass die Umsetzung der Ansätze des Buurtzorg-Modells zeitnah zu Veränderungen im Arbeitsalltag geführt hat. Die eingeführten Veränderungen konnten in der Regel aufrechterhalten werden und wurden zu einem festen Bestandteil der täglichen Arbeit.

⁶ Da sich aus dem Paunsdorfer Team niemand an der Evaluation beteiligte, können die hier geschilderten Eindrücke des Trägers nicht ergänzt werden.

Abbildung 7: Einführung des Buurtzorg-Modells aus Sicht der Pflegekräfte und des Trägers (♦) im Vergleich



Quelle: eigene Erhebung (schriftliche Mitarbeitenden- und Trägerbefragung), eigene Darstellung

Umfangreiche Unterstützung mit Startschulung, Teamfindung und Coaching

Der Träger bot verschiedene Unterstützungsformate insbesondere in der Gründungs- beziehungsweise Anfangsphase des Connewitzer Teams an. Dazu gehörten eine mehrtägige Startschulung sowie begleitende Gespräche zur Teamfindung und Aufgabenverteilung, an denen auch die Coachin beteiligt war. Die Startschulung umfasste Themen wie das Buurtzorg-Modell und die Nutzung der Software Connexxt Vivendi.

In der mündlichen Befragung wurden verschiedene Vorgehensweisen bei späteren Neueinstellungen berichtet. Einige Befragte gaben an, dass die Schulung für neue Mitarbeitende auf einen Tag verkürzt wurde, während andere anmerkten, keine Schulung erhalten zu haben. Die Einarbeitung im Arbeitsalltag erfolgte unabhängig davon durch die jeweiligen Buurtzorg-Teams. Eine befragte Person berichtet, dass das Team zu diesem Zweck ein Einarbeitungskonzept erarbeitet hätte. Dennoch hätte sich die Person zwar nicht vom Team, aber vom Träger mehr „fachliche“ beziehungsweise „inhaltliche“ Unterstützung zu Beginn gewünscht (Buurtzorg_d). Dieser Befund könnte auch die Aussage einiger interviewter Teammitglieder erklären, wonach sich das Pflegeverständnis neuer Mitglieder des Teams unterschieden hätten. Der Träger berichtete gleichwohl, das Onboarding neuer Teammitglieder „stark“ unterstützt zu haben.

„Also im Großen und Ganzen war es schon eine gute Begleitung. Auch wenn man bedenkt, dass das ein kleines Unternehmen ist und auch keine Erfahrung damit hatte.“ (Buurtzorg_d)

„Es ist immer schwierig, wenn man Schulungen hat, aber noch nicht so arbeitet, das [...] in Bezug zu bringen. Es war nicht so, dass mir andere etwas darüber erzählen sollten, sondern ich wollte es selbst ausprobieren.“ (Buurtzorg_a)

Das Coaching wurde intensiv in der Aufbauphase der Teams durchgeführt und später als begleitendes Angebot weitergeführt. Dies ist insofern besonders, da solche Angebote in konventionellen Pflegediensten nicht üblich sind. In mehreren Fachgesprächen mit Mitgliedern der ehemaligen Buurtzorg-Teams wurde das Coaching als engagierte Unterstützung für die Teambildung und das Erlernen des selbstorganisierten Arbeitens bewertet. Es wurde jedoch auch angemerkt, dass nicht alle Teammitglieder das Angebot gleichermaßen annahmen und sich an Gruppenterminen beteiligen wollten. Sowohl mehrere Mitglieder der ehemaligen Buurtzorg-Teams als auch der Träger sahen es als hemmend an, dass die Coachin – entgegen den Coaches von Buurtzorg in den Niederlanden – selbst nicht aus der Pflegebranche stammte und „ganz konkrete Probleme [durch das Coaching] nicht gut gelöst werden konnten“ (Buurtzorg_d).

„Das Coaching war eine gute und wichtige Sache und hat die Teamfindung und die Selbstorganisation unterstützt. Es gab regelmäßige Termine mit der Coachin.“ (Buurtzorg_c)

Im Rahmen der Online-Befragung von Mitarbeitenden der ehemaligen Buurtzorg-Teams wurden die verschiedenen Unterstützungsangebote mit Schulnoten bewertet. Dabei erhielt das Coaching eine Durchschnittsnote von 2,5 und die Startschulung eine Note von 2,7.⁷ Rückblickend äußerten Personen aus verschiedenen Teams den Eindruck, dass neben den gemachten Erfahrungen noch mehr „fachliche“ und „inhaltliche“ Unterstützung durch den Träger hilfreich gewesen wäre, um die Teams nachhaltiger zu verankern. Aus einem Fachgespräch lässt sich ableiten, dass ein (ergänzendes) praxisnahes „Training-on-the-Job“ seinerzeit hilfreich gewesen sein könnte.

5.2 Umsetzung des Buurtzorg-Modells

5.2.1 Pflegeverständnis und Pflegepraxis

Versorgungskontinuität, Bedürfnisorientierung und Stärkung des Selbstmanagements

Das Pflegekonzept des Buurtzorg-Modells umfasst fünf zentrale Merkmale:

- Versorgungskontinuität
- Bedürfnisorientierung durch Flexibilität bei der Leistungserbringung
- Beratung und Begleitung zur Stärkung des Selbstmanagements
- Aufbau eines sozialen Unterstützungsnetzwerks
- Aufbau eines intersektoralen Versorgungsnetzes

In schriftlichen Befragungen wurden die Mitglieder der ehemaligen Buurtzorg-Teams, damalige Mitarbeitende des konventionellen ambulanten Pflegedienstes und der Träger gefragt, welche pflegefachliche Bedeutung diese Merkmale in den Teams zur damaligen Zeit hatten,

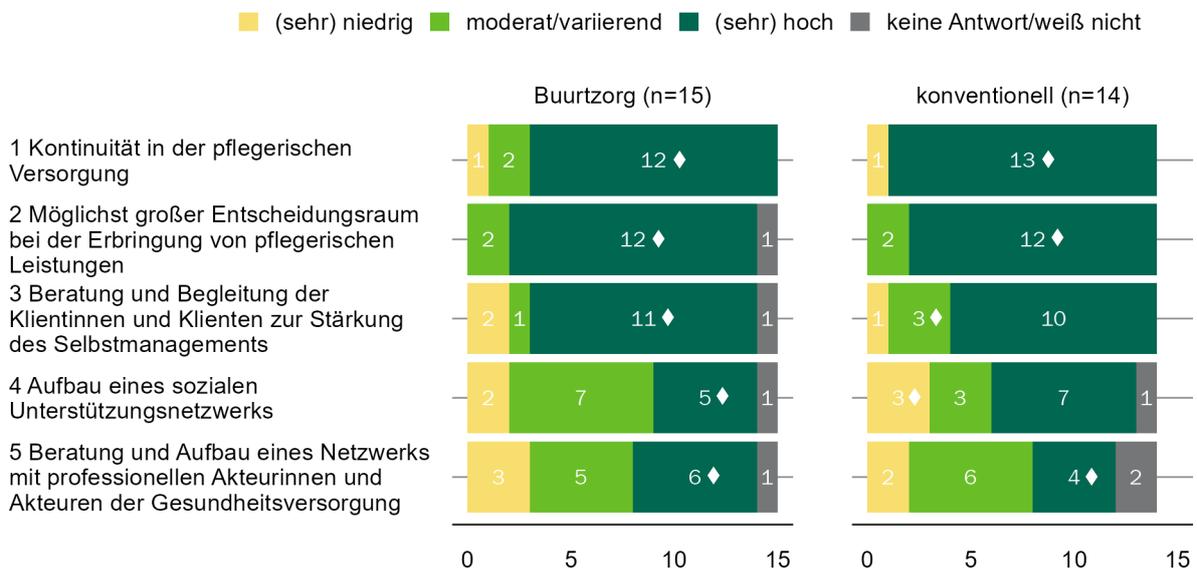
⁷ Die Startschulung wurde von den Mitgliedern des Gründungsteams, die diese im Umfang von fünf Tagen besuchten, im Durchschnitt mit der Note zwei bewertet. Im Gegensatz dazu bewerteten Personen, die zu einem späteren Zeitpunkt Mitglied eines der Buurtzorg-Teams wurden und die Startschulung daher eher in reduzierter Form (Reduktion auf einen Tag) nutzen konnten, das Angebot im Durchschnitt mit der Note drei, was eine signifikant schlechtere Bewertung darstellt. Ebenso bemerkenswert ist die Heterogenität der Bewertungen, sowohl hinsichtlich der Startschulung als auch des Coachings im Connewitzer Team der zweiten Generation. Die Bewertungen variierten hier von „sehr hilfreich“ bis hin zu „gar nicht hilfreich“.

und zwar unabhängig davon, ob sie realisiert werden konnten. Die Mitglieder der ehemaligen Buurtzorg-Teams gaben überwiegend an, dass die Versorgungskontinuität, die Bedürfnisorientierung und die Stärkung des Selbstmanagements eine (sehr) hohe pflegefachliche Bedeutung in ihrem Team hatten. Diese Mehrheitsmeinungen entsprechen den Bewertungen des Trägers (Abbildung 8).

Die Bedeutung der sozialen und intersektoralen Netzwerkarbeit wurde von den Mitarbeitenden mehrheitlich als (sehr) niedrig oder moderat/ variierend eingestuft, während der Träger ihr jeweils eine (sehr) hohe Bedeutung zuwies. Hier stimmten die Zielvorstellungen zwischen den Mitarbeitenden der Teams und dem Träger offenbar nicht immer überein.

Die Ergebnisse der schriftlichen Mitarbeitendenbefragung für den konventionellen ambulanten Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH fallen ähnlich wie die Ergebnisse für die Buurtzorg-Teams aus. Für das Merkmal der Bedürfnisorientierung dürfte sich dies auch dadurch erklären, dass die Mitarbeitenden des konventionellen ambulanten Pflegedienstes dem Träger zufolge ihre Touren selbst planen und eigenständig anpassen können. Abweichungen zwischen der Mehrheitsmeinung der Mitarbeitenden und den Einschätzungen des Trägers zeigen sich beim konventionellen Pflegedienst beim Merkmal der Stärkung des Selbstmanagements, dessen Bedeutung der Träger niedriger einstufte als die Mehrheit der Mitarbeitenden.

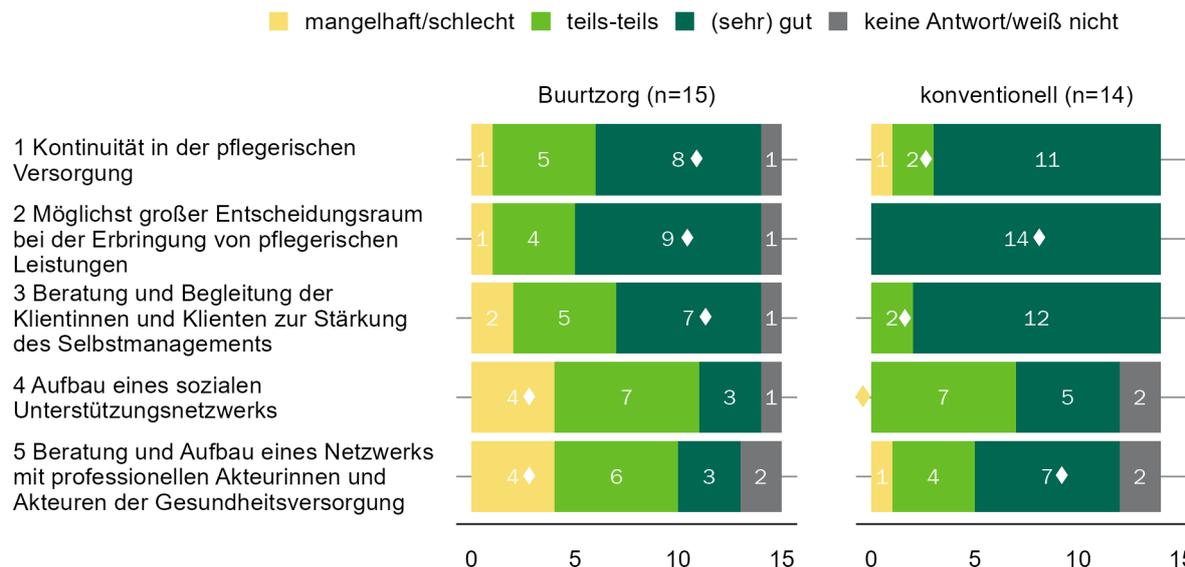
Abbildung 8: Pflegefachliche Bedeutung der Buurtzorg-Merkmale aus Sicht der Pflegekräfte und des Trägers (♦) im Vergleich



Quelle: eigene Erhebung (schriftliche Mitarbeitenden- und Trägerbefragung), eigene Darstellung

In den schriftlichen Befragungen der Mitarbeitenden und des Trägers wurde auch danach gefragt, wie die Umsetzung der Merkmale des Buurtzorg-Modells in den damaligen Teams gelang. Von den Mitgliedern der Buurtzorg-Teams gab jeweils mindestens die Hälfte an, dass die Umsetzung der Versorgungskontinuität, der Bedürfnisorientierung und der Stärkung des Selbstmanagements (sehr) gut gelang. Diese Mehrheitsmeinungen entsprechen den Wahrnehmungen des Trägers (Abbildung 9). Die Umsetzung der Netzwerkarbeit wurde dagegen sowohl von den Mitarbeitenden als auch vom Träger weniger gut bewertet. Die Ergebnisse zur Umsetzung der Merkmale des Buurtzorg-Modells im konventionellen Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH fallen tendenziell etwas positiver aus.

Abbildung 9: Bewertung der Umsetzung der Buurtzorg-Merkmale aus Sicht der Pflegekräfte und des Trägers (♦) im Vergleich



Quelle: eigene Erhebung (schriftliche Mitarbeitenden- und Trägerbefragung), eigene Darstellung

Stärkere Fokussierung der Bedürfnisorientierung und der Selbstständigkeit

Die Ergebnisse der vertiefenden Fachgespräche mit Mitgliedern der ehemaligen Buurtzorg-Teams verweisen im Gegensatz zu der schriftlichen Mitarbeitendenbefragung darauf, dass das Pflegekonzept von Buurtzorg, insbesondere die ersten drei Merkmale, in den Buurtzorg-Teams eine größere Rolle in der Gestaltung der Pflege als in der konventionellen ambulanten Pflege spielte. Im Vergleich zum konventionellen Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH wurde demnach weniger „abgearbeitet“, sondern „von Tag zu Tag geschaut, wie es der Person geht und was sie heute kann“ (Buurtzorg_b).

„Was bei uns im Vordergrund steht, ist ‚was will die Person‘. Der Fokus liegt auf pflegerischem Begleiten.“ (Buurtzorg_e)

Die Wiederherstellung der Selbstständigkeit sei in den Buurtzorg-Teams stärker forciert worden als in der konventionellen ambulanten Pflege, in der entsprechende Anreize für die Leistungserbringer fehlen würden. In den Buurtzorg-Teams sei beispielsweise vermittelt worden, wie Anziehhilfen für Kompressionsstrümpfe funktionieren, um die Abhängigkeit vom ambulanten Pflegedienst zu reduzieren. Auch sei mit Angehörigen besprochen worden, welche Leistungen über die Zeit gegebenenfalls wegfallen könnten.

„In der konventionellen Pflege habe ich sehr oft erlebt, dass [...] weniger darauf hingearbeitet wird, dass die Pflegebedürftigen wieder selbstständig werden.“ (Buurtzorg_c)

Die Ergebnisse der Fachgespräche mit Mitgliedern der ehemaligen Buurtzorg-Teams verweisen allerdings auch darauf, dass die Umsetzung des Pflegekonzepts von Buurtzorg personenspezifisch war. Einzelne Befragte schilderten explizit, dass ihnen die Förderung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen schwerfiel.

Herausfordernd bei der Umsetzung des Pflegekonzepts von Buurtzorg war nach Schilderung einiger interviewter Mitglieder der ehemaligen Buurtzorg-Teams, dass dieses ihren Klientinnen und Klienten teilweise nicht bekannt war. In solchen Fällen musste zunächst Aufklärungs- und

Überzeugungsarbeit geleistet werden, da die pflegebedürftigen Menschen den Ansatz der Förderung der Selbstständigkeit teils nicht gewollt hätten. Eine befragte Person beschreibt in diesem Zusammenhang, dass die Kommunikation mit den Klientinnen und Klienten „richtig viel Zeit und Engagement“ (Buurtzorg_d) gekostet hätte.

„Nicht alle wollen das [selbstständiger werden] auch.“ (Buurtzorg_b)

Informelle und formelle Netzwerkarbeit mit Herausforderungen

Die interviewten Mitglieder der ehemaligen Buurtzorg-Teams beschrieben, dass der Aufbau von Unterstützungsnetzwerken in der Nachbarschaft versucht wurde, die Pflegekräfte hierbei jedoch auf Hürden stießen. So hätten viele Nachbarinnen und Nachbarn Vorbehalte gegenüber der Unterstützung älterer Menschen und keine Bereitschaft für unentgeltliche Hilfe gezeigt. Aus diesen Gründen hätte der Aufbau eines sozialen Unterstützungsnetzwerks entgegen eigenen Vorstellungen „nicht so gut umgesetzt“ (Buurtzorg_b) werden können beziehungsweise sei „dann ein Stück weit verlaufen“ (Buurtzorg_d). Auch eine Pflegekraft im damaligen konventionellen Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH und deren Träger wiesen auf Schwierigkeiten bei der Einbindung von Nachbarinnen und Nachbarn hin, da diese erfahrungsgemäß wenig Bereitschaft oder Zeit für Unterstützung hätten. Im Kontext der Aufklärung über Leistungsansprüche wurde einem interviewten Mitglied eines ehemaligen Buurtzorg-Teams nach jedoch versucht, Unterstützungsangebote beispielsweise von Nachbarschaftshilfevereinen zu vermitteln. Dies wurde von den Pflegebedürftigen offenbar sehr wertgeschätzt.

„In der jetzigen Zeit ist es schwierig jemanden zu finden, der das in der Freizeit mitmacht. Oder die Leute sind berufstätig und tagsüber nicht zuhause und können nicht helfen.“ (Konventionell_a)

„Die Leute wissen oft gar nicht, dass sie Anspruch auf die 125 Euro [Entlastungsbetrag] haben. Sich hinzusetzen und zu fragen ‚Brauchen Sie da vielleicht jemanden?‘ In unserem Netzwerk hatten wir einen Nachbarschaftshilfeverein.“ (Buurtzorg_c)

Ein interviewtes Mitglied eines ehemaligen Buurtzorg-Teams schilderte, dass die Aufgabe der Netzwerkarbeit von den Teammitgliedern unterschiedlich wahrgenommen wurde, wobei dies aus Sicht der befragten Person „immer ein Stück weit erweiterte Freizeitaktivität“ (Buurtzorg_d) gewesen sei. Herausfordernd für die Implementierung war demnach, dass die Organisation der Kernarbeit zum damaligen Zeitpunkt nicht gewährleistet war. Grundsätzlich würden drei bis fünf Jahre für den Aufbau von sozialen Netzwerken benötigt. Den Zeitbedarf für den Aufbau eines formellen Netzwerks schätzte der Träger auf mindestens sechs Jahre.

5.2.2 Autonomie und Selbstorganisation

Großes Aufgabenspektrum für die Buurtzorg-Teams

Die Bosold Pflege GmbH strebte an, eine umfassende Autonomie und Selbstorganisation der Buurtzorg-Teams zu realisieren. Dies zeigen zunächst die Ergebnisse der schriftlichen Träger- und Mitarbeitendenbefragung. Demnach waren die Mitglieder der ehemaligen Buurtzorg-Teams auch für die Planung von pflegerischen Interventionen, die Beratung und Neuaufnahme von Patientinnen und Patienten, die Koordination der Versorgung mit Gesundheitsakteuren und die Abstimmung mit dem sozialen Netzwerk zuständig. Im konventionellen Pflegedienst oblagen diese Aufgaben überwiegend einer Pflegedienstleitung (Abbildung 10).

Im Bereich Organisation und Management waren die damaligen Buurtzorg-Teams auch für die Einstellung von Mitarbeitenden, die Erstellung der Urlaubs-, Dienst- und Tourenpläne, die

Verteilung von Rollen beziehungsweise Aufgaben, die Personalentwicklung und die Verwaltung der Gemeinschaftsressourcen zuständig – Aufgaben, die im konventionellen Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH mit Ausnahme der Tourenplanung überwiegend von einer Pflegedienstleitung und/ oder dem Träger erledigt wurden. Dem Träger vorbehalten waren Kündigungen von Mitarbeitenden, die Leistungs- sowie die Gehaltsabrechnung.

Abbildung 10: Überwiegende Aufgabenverteilung zwischen den Buurtzorg-Teams und dem Träger

Pflege & Betreuung	Buurtzorg	konvent.	Organisation & Management	Buurtzorg	konvent.
Planung von pflegerischen Interventionen	Team	PDL	Einstellungen	Team	Träger
Durchführung der Versorgung	Team	Team	Kündigungen	Träger	Träger
Dokumentation der Leistungserbringung	Team	Team	Rollen-/Aufgabenverteilung	Team	PDL/Team
Leistungsabstimmung und -anpassung mit Pflegebedürftigen	Team	Team	Personalentwicklung	Team/Träger	Träger
Beratung und Neuaufnahme von Patientinnen und Patienten	Team	PDL	Dienst- und Tourenplanung	Team	PDL/Team
Koordination der Versorgung mit Gesundheitsversorgung	Team	PDL	Urlaubsplanung	Team/Träger	Träger
Abstimmung mit dem sozialen Netzwerk	Team	PDL	Leistungsabrechnung	Träger	Träger
			Lohn-/Gehaltsabrechnung	Träger	Träger
			Verwaltung Gemeinschaftsress.	Team/Träger	PDL

Quelle: eigene Erhebung (schriftliche Mitarbeitenden- und Trägerbefragung), eigene Darstellung

Arbeitsorganisation

Ein wichtiger Aspekt der Arbeit der Buurtzorg-Teams bestand in der Entwicklung einer eigenen Arbeitsorganisation. Dieser Prozess war für die Teammitglieder herausfordernd und zeitintensiv. Die zusätzlichen Aufgaben erledigte das Team einer Befragten zufolge überwiegend im Anschluss an die jeweilige Tour. Die Touren seien zeitlich entsprechend verkürzt worden. Zum Teil kam es aber zu deutlichen Ausweitungen der Arbeitszeit. Deutlich wurde, dass diese Aspekte insbesondere zu Beginn der Arbeit in einem Buurtzorg-Team von Bedeutung waren und sich Vorgehens- und Verfahrensweisen erst nach und nach etablieren konnten.

„Im konventionellen Bereich komme ich morgens an, gieße mir vielleicht einen Kaffee ein, während ich meinen Kaffee trinke, packe ich meine Patientenschlüssel und vielleicht vorbereitete Medikamente ein und fahre dann los. Bei Buurtzorg mache ich erst Mal den Rechner an und gucke ‚habe ich E-Mails‘ [...]. Dann diese ganzen Arztgeschichten, wo sonst vielleicht eine PDL hinterher ist, oder ... ich muss dann für alles ... Folgeverordnungen, Rezepte Wenn die Tour dann vorbei ist, muss ich noch diese ganzen Orga-Sachen machen.“
(Buurtzorg_c)

Die interviewten Mitglieder der ehemaligen Buurtzorg-Teams beschrieben diverse Vorteile, die sie durch die Übernahme von Aufgaben erfuhren, die traditionell der Pflegedienstleitung vorbehalten sind. Zu den genannten Vorteilen zählen eine Entlastung durch direktere Kommunikation, ein gesteigertes Sinnempfinden durch eine ganzheitlichere und weniger fragmentierte Arbeitsweise, ein erhöhtes Selbstwertgefühl durch größere Eigenständigkeit sowie eine höhere Abwechslung durch die Vielfalt der Aufgaben.

„[Ich] habe das lieber, dass ich meine Meinung wirklich einbringen kann und im Team sagen kann ‚ich fände es besser, wenn wir den Pflegeprozess bei der Frau so und so gestalten [...]. [Ich] bin auch der Meinung, dass wir als Pflegenden, die täglich an den Leuten dran sind, da

mehr Ahnung haben und wissen, was brauchen die Leute, als jemand, der 24/7 in seinem Büro hockt und da irgendwelche Zahlen sieht und sagt „also das können wir vielleicht effizienter gestalten.“ (Buurtzorg_d)

Die Eigenverantwortung und die Notwendigkeit der eigenen Arbeitsorganisation verdeutlichten den Mitgliedern der ehemaligen Buurtzorg-Teams den Umfang des Gesamtaufwands der Arbeit und Organisation der ambulanten Pflege. Unabhängig davon wurde die Möglichkeit zur eigenen Gestaltung als positiv wahrgenommen. Gleichzeitig bestand die Einschätzung, dass für einige Aufgaben eine zusätzliche Qualifikation sinnvoll sein könnte beziehungsweise das Fehlen einer solchen wurde als schwierig angesehen. So beschrieben mehrere (ehemalige) Beschäftigte der Bosold Pflege GmbH, dass es infolge fehlender Kenntnisse beziehungsweise Erfahrungen teilweise zu Überforderungen bei der Wahrnehmung der neuen Aufgaben gekommen sei. In einem Fall wurde dies damit in Zusammenhang gestellt, dass die Mitglieder der ehemaligen Buurtzorg-Teams für die Übernahme dieser Aufgaben – im Gegensatz zu einer Pflegedienstleitung – nicht umfassend weitergebildet worden seien beziehungsweise nicht über die erforderliche Eignung, das erforderliche Interesse und die erforderliche Eigeninitiative verfügten. Die zusätzlichen Aufgaben seien dem Umfang und Inhalt nach teils unterschätzt worden. Mehrfach geschildert wurde das Spannungsverhältnis zwischen dem Wunsch nach mehr Mitsprachemöglichkeiten einerseits und der Überforderung durch die Vielzahl zusätzlicher Aufgaben andererseits. Trotz der durch die verschiedenen Herausforderungen hervorgerufenen Mehrarbeit, wurde diese vielfach akzeptiert, weil sie in Verbindung mit der Gestaltung der Pflegeprozesse im Sinne der Teammitglieder gesehen wurde.

„Nach Gründung des Buurtzorg-Teams hat man erst mal gemerkt, was das für ein zusätzlicher Aufwand ist. Pflege ist körperlich schwer und vom Kopf her schwer. Parallel noch das Organisatorische zu übernehmen, dass es am Ende eine vernünftige Abrechnung gibt und alles rechtens ist, stelle ich mir schwierig vor, besonders, wenn man keine PDL ist oder eine Management-Ausbildung hat.“ (Konventionell_a)

„Ich war mir die ganze Zeit nicht so sicher, also eigentlich fand ich es immer ganz gut, da mehr Verantwortung zu haben, und die Dinge selbst so ein Stück weit in der Hand zu haben, weil ich das nicht so mag, wenn da Chefpersonen mich in so feste Strukturen drängen [...].“ (Buurtzorg_c)

„Sehe da schon, dass im konventionellen Bereich wesentlich weniger Möglichkeiten bestehen, den gesamten Pflegeprozess mitzugestalten. Und das hat mich halt immer sehr frustriert. Und deswegen war ich im Zweifel noch eine Stunde länger im Büro und habe noch Orga-Kram gemacht, als dass ich da in einem starren Konzept meinen Dienst nach Vorschrift erfülle.“ (Buurtzorg_c)

Rollen und Verantwortlichkeiten

Die Verteilung von Rollen und Verantwortlichkeiten wurde als kontinuierlich herausfordernd beschrieben. Die Befragten benannten unterschiedliche Vorgehensweisen, die dabei zum Einsatz kamen. Der Versuch eines zirkulierenden Systems, in dem alle die anfallenden Aufgaben mal übernehmen, war ebenso darunter wie eine am Zeitaufwand der jeweiligen Touren orientierte Organisation, bei der diejenigen mit den kürzesten Touren mehr am PC tätig waren und administrative Aufgaben übernahmen. Mehrere Befragte beschrieben überdies, dass für bestimmte Aufgaben wie die Teamkoordination kompetenzbasierte personengebundene Rollen entstanden. Ein wirklich tragfähiges Modell, welches anderen Teams empfohlen werden könnte, bildete sich nicht heraus. Die bereits erwähnte Problematik relativ kleiner Teams wirkte sich erschwerend aus, da bei krankheitsbedingten Ausfällen nicht nur die Arbeit organisiert und die Rollen verteilt, sondern auch die fehlenden Kapazitäten kompensiert werden mussten.

In der Folge hätten „alle alles gemacht“ (Buurtzorg_d). Dabei seien Aufgaben teils mehrfach erledigt oder vergessen worden. Aus Sicht eines Befragten hätten die Verantwortlichkeiten klarer benannt werden können, wobei eine gewisse Arbeitsteilung in Form eines Rotationsystems mit definierten Rollen „vielleicht sinnvoll“ (Buurtzorg_d) gewesen wäre.

„Über die Definition bestimmter Verantwortlichkeiten wurde mehrfach diskutiert. Es konnte jedoch keine Einigung erzielt werden.“ (Buurtzorg_c)

Urlaubs-, Dienst- und Tourenplanung

Den Ergebnissen der Fachgespräche zufolge wurde die Erstellung der Urlaubs- und Dienstpläne in den Teams teils unterschiedlich organisiert, wobei es Veränderungen im Zeitverlauf gab. Ein Team erstellte den Dienstplan demnach im Rotationsverfahren, wobei die Zuständigkeit monatlich wechselte. Der Dienstplanentwurf sei anschließend in der wöchentlichen Team-sitzung besprochen worden. Ein weiteres Team erprobte ebenfalls zunächst das Rotationsverfahren. Nachdem dies scheiterte, übernahm eine Person die Dienstplanung, bevor das Team schließlich dazu überging, den Dienstplan im Rahmen eines monatlichen Treffens gemeinsam zu erstellen (nach vorheriger Eintragung des jeweiligen Wunschdienstplans). Auch bei der Organisation der Urlaubsplanung wurden Entwicklungen berichtet. Ein Team ging im Zeitverlauf demnach dazu über, die Urlaubsplanung für das gesamte Jahr gemeinsam zu Jahresbeginn abzustimmen. Dabei sollten möglichst 25 Tage verplant werden. Die restlichen fünf Tage konnten flexibel terminiert werden, was „supergut“ (Buurtzorg_e) funktioniert habe.

Mehrere Befragte berichteten, dass Teammitglieder, die nicht an der Sitzung zur Dienstplanabstimmung teilnahmen, nachträglich Kritik hieran äußerten. Dies stellte das Team demnach vor unnötige Herausforderungen. Ein Team reagierte, indem es die Teilnahme aller Mitglieder an der Dienstplanbesprechung verpflichtend machte. Eine weitere Herausforderung bei der Dienstplanung stellte mehreren Befragten der ehemaligen Buurtzorg-Teams nach die zunehmende Ausfallhäufigkeit bestimmter Kolleginnen und Kollegen dar, insbesondere in Verbindung mit der kleinen Teamgröße. Dies habe mit der Zeit zur Überlastung des restlichen Teams geführt.

„Nur bei der Dienstplanung – eine Person im Urlaub, eine ist länger krank, dann ist so ein kleines Team schnell an einer Grenze. Dann können nicht die zwei Leute, die noch da sind, jeden Tag Dienst schieben. [...] Man brennt dann irgendwann aus, wenn es nur noch zwei, drei Leute gibt, die die Personalengpässe abfangen. [...] Teamgrößen von zehn bis zwölf Personen sind besser. [...] Bei einem größeren Pool an Personen hat man mehr Optionen, Engpässe aufzufangen.“ (Buurtzorg_d)

Die tägliche Tourenplanung erfolgte sowohl in den Buurtzorg-Teams als auch im konventionellen Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH durch die Pflegekräfte. Zeiten konnten eigenständig angepasst werden. Strenge Vorgaben, wie lange einzelne Leistungen dauern dürfen, gab es demnach in beiden Bereichen nicht. Die Kostendeckung wurde nicht einsatz-, sondern monatsweise betrachtet. Auch die interviewten Pflegekräfte im konventionellen Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH beschrieben, dass sie die Tourenplanung – ebenso wie die Einsatzplanung – gern selbst vornehmen. Nach Aussagen des Trägers funktionierte die Tourenplanung durch die Pflegekräfte gut.

„Die Tourenplanung gehört in die Hände der Fachkräfte.“ (Konventionell_b)

Rekrutierung von Teammitgliedern

Die Rekrutierung neuer Teammitglieder lag in den Buurtzorg-Teams in der Verantwortung der Teammitglieder selbst. Mehrere Befragte nannten konkrete Anforderungen, die aus ihrer Sicht

für Mitglieder eines Buurtzorg-Teams entscheidend sind. Als wichtige Eigenschaften wurden Selbstständigkeit, Eigenverantwortlichkeit, Teamfähigkeit und Kollegialität genannt. Auch Kommunikationsfähigkeit, Kritik- und Konfliktfähigkeit sowie Motivation, Eigeninitiative, Aufgeschlossenheit und Flexibilität wurden hervorgehoben. Zudem sollte der Wunsch bestehen, die Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Menschen zu fördern. Die Befragten waren tendenziell der Ansicht, dass die alternative Aufgabenteilung auch bei der Beschäftigung von (Pflege-)Hilfskräften funktionieren kann, zumindest sofern „die richtigen Leute in einem Buurtzorg-Team sind“ (Buurtzorg_e). Für die Übernahme zusätzlicher Aufgaben durch Pflegefach- und (Pflege-)Hilfskräfte sei grundsätzlich entscheidend, dass sich diese für organisatorische Aufgaben interessieren, geeignet und bereit sind, sich weiterzubilden.

„Ich finde es krass spannend, ich würde es echt nicht am Abschluss festmachen, sondern eher an der persönlichen Einstellung. Das Thema ‚was ist eigentlich für eine Haltung in der Selbstorganisation und der Hierarchiearmut erforderlich‘ und ‚wie pflege ich nach unserem Verständnis‘ ... das ist eine Sache, die bringt nicht jeder mit.“ (Buurtzorg_e)

Bezogen auf die Suche nach geeigneten und interessierten Personen schilderten mehrere Befragte, dass dies nicht einfach gewesen sei. Erschwerend hinzu kam offenbar, dass das Buurtzorg-Modell in der Anfangsphase der Buurtzorg-Teams der Bosold Pflege GmbH in Deutschland unter Pflegekräften weitgehend unbekannt war. Dies zeigt sich auch daran, dass lediglich zwei der befragten Mitglieder der ehemaligen Buurtzorg-Teams berichteten, sich bereits zuvor mit dem Buurtzorg-Modell auseinandergesetzt und gezielt nach einer entsprechenden Stelle gesucht zu haben. Die übrigen Befragten wurden durch Bekannte, ihren damaligen Arbeitgeber oder einen öffentlichen Stellenaushang auf die Buurtzorg-Teams aufmerksam. Hemmend bei der Stellenbesetzung wirkte sich in einem Team zudem aus, dass der Rahmenplan nur bei Beschäftigung von Pflegefachpersonen erfüllt werden konnte.

Hinsichtlich der Bewerbungsverfahren schilderten mehrere Befragte, dass das Team gemeinsam über Neueinstellungen entschied, wobei es auch abweichende Einzelmeinungen gab. Im Rahmen von Vorstellungsgesprächen lernte das Team die Bewerberinnen und Bewerber kennen, erprobte die Zusammenarbeit einen Tag lang und überprüfte den Umgang mit Patientinnen und Patienten. Laut einer Befragten basierten die Einstellungsentscheidungen eher auf Sympathie. Mit dem Träger seien zwar im Vorfeld Klärungsgespräche geführt worden, es wurde jedoch als wichtig betont, dass das Team selbst die Gespräche mit den Bewerberinnen und Bewerbern führte.

„Ich finde das auch grad in diesem selbstorganisierten Kontext wichtig, dass wir als Team mit den Leuten sprechen. Es bringt nichts, wenn der Träger ein Gespräch mit einer Person führt und sagt ‚die ist geeignet‘ und wir sagen aber ‚mit der Person können wir nicht arbeiten, die hat vielleicht einen ganz anderen Ansatz als wir‘ [...].“ (Buurtzorg_c)

Die Zufriedenheit mit den Einstellungen variierte. Befragte, die den Einstellungsprozess als inklusiv beschrieben, bewerteten die Neueinstellungen nachträglich positiv, während eine Befragte, die gegenteilige Erfahrungen machte, Unzufriedenheit äußerte. Die Einstellung von (Pflege-)Hilfskräften wurde teamspezifisch bewertet. In einem Team funktionierte deren Einsatz offenbar sehr gut, während in einem anderen Team die neu eingestellten (Pflege-)Hilfskräfte nicht die gemeinsame Vision teilten und keine Verantwortung übernehmen wollten. Dies führte zu „Machtasymmetrien“ (Träger). Laut Träger wurden die (Pflege-)Hilfskräfte in diesem Team im Kontext des Fachkräftemangels und aus Angst vor Personalmangel eingestellt, was er im Nachhinein als „etwas zu naiv“ beurteilte. Eine weitere Herausforderung sah der Träger darin, dass das Buurtzorg-Modell eher wenig teamfähige „Individualisten“ anzog. Diese Sichtweise teilten eine befragte Person eines ehemaligen Buurtzorg-Teams sowie zwei Befragte des konventionellen Pflegedienstes der Bosold Pflege GmbH.

*„Mit dem Label ‚selbstorganisiert‘ wurden die falschen Leute angezogen. Es geht nicht um die Selbststeuerung der eigenen Dienstplanung. Buurtzorg heißt vielmehr ‚teamorganisiert‘.“
(Träger)*

In Bezug auf das Onboarding berichtete ein interviewtes Mitglied des Connewitzer Teams, das etwa ein Jahr nach der Teamgründung in der Anfangsphase der Corona-Pandemie aufgenommen wurde, dass er sich „relativ gut aufgehoben gefühlt“ habe (Buurtzorg_d). Es gab jedoch diverse interne und externe Herausforderungen bei der Integration in das Team. Zwar lief das Team „ganz gut“, jedoch wurde die Kommunikation durch die pandemiebedingten Maßnahmen stark eingeschränkt. Der Träger schilderte, dass die Kommunikation im Team, einschließlich der Dienstberatungen, digital stattfand und die persönlichen Kontakte verloren gingen. Zusätzlich konnten neue Kolleginnen und Kollegen aufgrund der hohen Auslastung des Teams offenbar nicht für die Einarbeitung freigestellt werden; diese fiel dementsprechend „ein bisschen hinten runter“ (Träger). Der Träger sah sich in der Verantwortung, das Onboarding neuer Kolleginnen und Kollegen insbesondere hinsichtlich der IT-Systeme und der Vermittlung der Vision zu übernehmen und habe insgesamt „viel Zeit und Geld“ in die Einarbeitung neuer Mitglieder investiert.

Neuaufnahmen

Die Entscheidung über Neuaufnahmen und die damit verbundene Kapazitätsplanung oblagen in den Buurtzorg-Teams den Pflegekräften. Mehrere interviewte Befragte schilderten, dass sich ihr Team regelmäßig zur Aufnahmekapazität abstimmte – beispielsweise im Rahmen der wöchentlichen Teambesprechungen. Dabei entschied meist die Person mit dem Bereitschaftstelefon oder im Bürodienst über die Aufnahme neuer Klientinnen und Klienten. Eine befragte Person beschrieb, dass die Entscheidungen über die Aufnahmekapazität unter Berücksichtigung der „wirtschaftlichen Zahlen“ (Buurtzorg_b) getroffen wurden. Im Gegensatz zum konventionellen Pflegedienst wurden jedoch keine Neuaufnahmen getätigt, die die Belastungsgrenze der Mitarbeitenden überschritten.

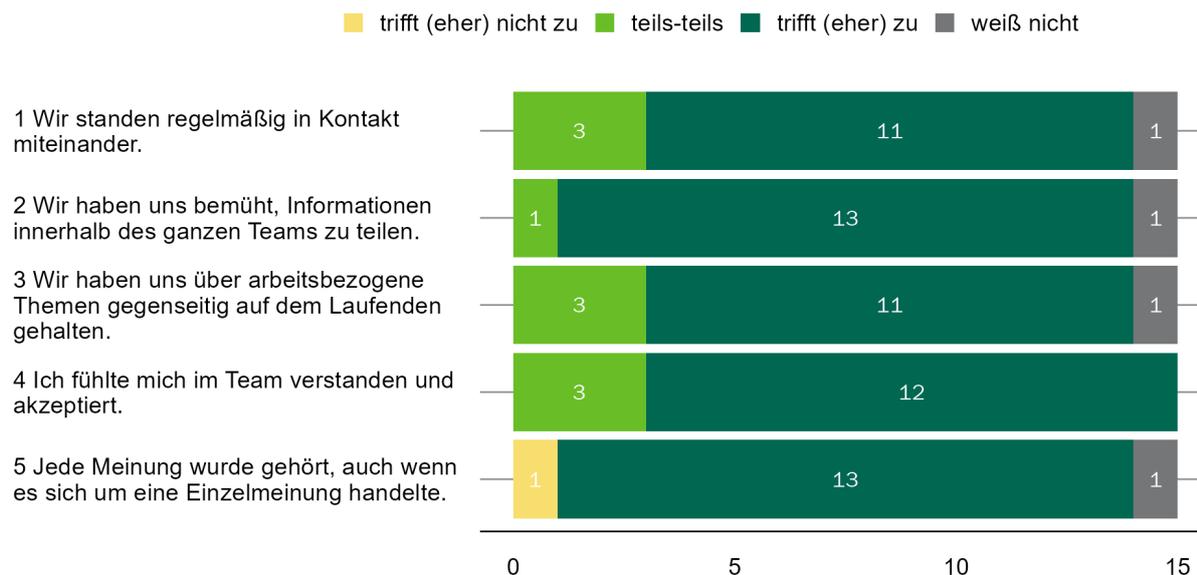
„Es gab ein Bereitschaftstelefon. Derjenige, der dies hatte, hat die Anrufe entgegengenommen. In Abhängigkeit von der Persönlichkeit erfolgten Abklärungen mit dem Team. Aber sonst haben das die Leute, die halt am Telefon waren, schon selbst entschieden. Weil [...] wir haben uns immer zeitnah abgestimmt, inwieweit wir noch Leute aufnehmen, was können wir leisten [...].“ (Buurtzorg_a)

5.2.3 Zusammenarbeit und Kommunikation

Zusammenarbeit und Gleichberechtigung im Team

Die Befragungsergebnisse zur Sicherheit in den Teams im Sinne eines vertrauensvollen Zusammenarbeitens zeigen ein überwiegend positives Bild. Die Teammitglieder berichteten von regelmäßigen Kontakten untereinander und einem aktiven Austausch von (arbeitsbezogenen) Informationen innerhalb des gesamten Teams. Die Befragten fühlten sich mehrheitlich in ihrem jeweiligen Team verstanden und akzeptiert (Abbildung 11). Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Mitglieder der einzelnen Teams untereinander gut vernetzt waren und eine offene Kultur pflegten. Dieses Ergebnis untermauert den Befund, dass in den Teams eine gemeinsame Vision gelebt wurde. Allerdings lassen die Rückmeldungen „teils-teils“ und „trifft (eher) nicht zu“ darauf schließen, dass es in Einzelfällen Meinungsverschiedenheiten gab.

Abbildung 11: Sicherheit im Buurtzorg-Team aus Sicht der Pflegekräfte



Quelle: eigene Erhebung (schriftliche Mitarbeitendenbefragung), eigene Darstellung

In den vertiefenden Fachgesprächen bestätigten die Befragten den Eindruck, dass Gleichberechtigung und Zusammenarbeit auf Augenhöhe in den Buurtzorg-Teams von großer Bedeutung waren. Der allgemeine Konsens der Befragten war, dass dies weitgehend erfolgreich gelebt werden konnte. Allerdings wurde einschränkend angemerkt, dass unterschiedliche Persönlichkeiten und Motivationen das Miteinander im Team beeinflussten und zu unterschiedlichen Rollen im Team führten. Dazu trug auch bei, dass sich die Teammitglieder in ihrem Engagement unterschieden, wobei einige besonders viel und andere weniger beitragen wollten. Eine befragte Person schilderte beispielsweise die Situation, dass Teammitglieder ihren Tourenplan unabgestimmt angepasst hätten. Aufgrund der geringen Teamgröße konnten diesbezügliche Konflikte jedoch „auch mal“ (Buurtzorg_b) offen ausgetragen werden. Die Herstellung der Zusammenarbeit auf Augenhöhe sei demnach ein kontinuierlicher Lernprozess, insbesondere beim Treffen von Entscheidungen, „deren Bedeutung noch nicht ganz abgeschätzt werden kann“ (Buurtzorg_e).

„Ich würde schon sagen, dass da jede Person so ein bisschen gleichberechtigt war. Aber das ist dann auch eine Charakterfrage. Natürlich gibt es Personen, die lieber organisatorische Sachen machen und sich damit irgendwie in den Vordergrund schieben. Ob sie das aus einem schlechten oder guten Grund machen, ist ja egal. Und dann gibt es Leute, die halt so ein bisschen Verantwortung abgeben und die treten dann so ein bisschen in den Hintergrund. Das ist halt so die Dynamik.“ (Buurtzorg_a)

Die Befragten schilderten diverse Faktoren, die sich förderlich oder hemmend auf die Zusammenarbeit im Team auswirkten. Mehrere Befragte empfanden ähnliche Vorstellungen, eine Grundsympathie unter den Teammitgliedern und eine konstruktive Streitkultur als förderlich. Hingegen wirkten häufige Krankheitsfälle und eine hohe Fluktuation in der späteren Phase der Teams hemmend. Eine befragte Person berichtete, dass die Kompensation krankheitsbedingter Ausfälle im Laufe der Zeit auch im restlichen Team zu gesundheitsbedingten Ausfällen führte. Aus Sicht von Befragten beeinträchtigten zudem unzureichende Kommunikations- und Konfliktfähigkeiten sowie unterschiedliche Motivationen und Unzuverlässigkeit die Zusammenarbeit. Eine weitere, eher allgemeine Herausforderung ist aus Sicht eines Befragten „die hie-

rarchische Prägung in der Pflege“ (Buurtzorg_d). Die Teamgröße beeinflusste die Zusammenarbeit offenbar ambivalent: In kleineren Teams war die Zusammenarbeit demnach konfliktfreier, jedoch waren häufigere Krankheitsvertretungen belastend.

„[...] es hat halt nicht jeder das gleiche Arbeitsethos, die gleiche Einstellung zum Beruf und die gleiche Motivation. So ein System kommt schnell an seine Grenzen, wenn drei Leute vielleicht mehr machen als sie müssten und zwei andere machen nicht mal das mindeste.“
(Buurtzorg_c)

„Wenn ich ausfalle, muss mein Kollege einspringen und der hat eigentlich frei. Das war eigentlich eher wieder wie im konventionellen Pflegedienst.“ (Buurtzorg_b)

In einigen Fachgesprächen wurden unterschiedliche Qualifikationsniveaus als weitere Einschränkung für die Gleichberechtigung im Team dargestellt. Während eine befragte Person die Sicherstellung von Augenhöhe im Team mit einem hohen Anteil an Fachkräften assoziierte, hatten andere eine abweichende Ansicht. Einige (Pflege-)Hilfskräfte trauten sich offenbar nicht alles zu und beteiligten sich nicht an Entscheidungen, wodurch ein wirkliches Arbeiten auf Augenhöhe nicht gewährleistet war. Weiterhin begünstigten potenziell bestimmte Vorerfahrungen, wie eine Tätigkeit als Pflegedienstleitung, die Bildung natürlicher Hierarchien im Team.

Unzufriedenheit mit der Dienstplanung oder den wöchentlichen Teamsitzungen führte zu Konflikten in den Teams. Einem interviewten Mitglied eines ehemaligen Buurtzorg-Teams zufolge bemühte sich das Team um die zeitnahe Klärung dieser Konflikte. Eine weitere Befragte berichtete, dass bei Konflikten Unterstützung durch die Coachin erfolgte, deren Angebot sie als „gut“ bewertete (Buurtzorg_b). Die Teilung der ersten Teams in das Team Südvorstadt und das Team Connewitz „der zweiten Generation“ wurde auf die Heterogenität der Einstellungen, Vorstellungen und Kompetenzen zurückgeführt. Mit dem Wachstum des Teams änderten sich sukzessive viele Dinge, bis sich das Gründungsteam nicht mehr wohl genug fühlte. Altersunterschiede wurden ebenfalls in diesem Zusammenhang genannt. Die Effekte der Teilung des Teams wurden von den interviewten Mitgliedern der ehemaligen Buurtzorg-Teams tendenziell positiv wahrgenommen. Obwohl die Spannungen nach der Teilung des Teams fortbestanden, da Mitglieder nicht bereit waren, sich teamübergreifend im Krankheitsfall zu vertreten, verbesserte sich die Zusammenarbeit innerhalb der Teams aus Sicht der interviewten Mitglieder.

Teamberatungen spielten im Zusammenhang mit der Arbeitsorganisation eine wichtige Rolle. Die Veränderung der Arbeitsorganisation in den Buurtzorg-Teams ging mit einem hohen Kommunikations- und Abstimmungsbedarf einher, für den es einen regulären Rahmen und Raum braucht, da andernfalls die Dinge nicht geklärt werden, sondern oftmals nur nebenbei und zufällig zur Sprache kommen.

Die Mitglieder der ehemaligen Buurtzorg-Teams berichteten, dass sie zunächst Strukturen schaffen mussten, um die Abstimmung innerhalb der Teams zu gewährleisten. Daher wurden in mehreren Teams wöchentliche Teamsitzungen eingeführt. Diese teils verbindlichen Teambesprechungen sollten sicherstellen, dass getroffene Entscheidungen nicht von abwesenden Personen später hinterfragt werden. Trotz dieser Zielsetzung herrschten unterschiedliche Meinungen über die Notwendigkeit regelmäßiger und fest geplanter Sitzungen. Eine befragte Person betonte, dass die wöchentlichen Teamberatungen „für die Funktionalität des Teams unerlässlich“ seien, während einige Teammitglieder die Sitzungen eher als „notwendiges Übel“ (Buurtzorg_c) ansahen, was die Zusammenarbeit gelegentlich erschwerte.

In den Fachgesprächen wurde berichtet, dass Entscheidungen in den Teamsitzungen gemeinsam von den anwesenden Teammitgliedern getroffen wurden. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der schriftlichen Mitarbeitendenbefragung, in der überwiegend angegeben wurde, dass wichtige Entscheidungen in der Regel gemeinsam getroffen wurden. Diese Sitzungen wurden protokolliert, sodass diejenigen, die nicht teilgenommen hatten, die Ergebnisse nachlesen konnten; auch der Träger hatte Zugang zur Dokumentation. Bei Fragen, die nicht durch kollektive Entscheidungen gelöst werden konnten, wandte sich das Team an den Träger, was jedoch nur selten vorgekommen sei.

„Wir hatten von Anfang an Teamberatungen. Es gab immer mal Zeiten, wo wir keine hatten, weil so viel zu tun war und wir kein Land gesehen haben. Aber haben dann immer wieder gemerkt, wir brauchen welche, wir müssen uns hinsetzen, das ist so wichtig, einmal pro Woche, um über Dinge zu sprechen, die anders nicht geklärt werden können, die alle im Team mal gehört haben sollten. Themen waren beispielsweise Aufnahmestopps.“ (Buurtzorg_e)

„[Die Verpflichtung zur Teilnahme an den wöchentlichen Teamberatungen] ist eine wichtige Sache, weil es im Team Entscheidungssituationen gab, die nach getroffener Entscheidung von nicht anwesenden Personen [dahin gehend] geprüft wurden, ob es ihnen mit den getroffenen Entscheidungen gut geht, und falls dies nicht der Fall war, diese kolossal infrage stellten, zum Unmut aller anderen. [...] In dem Moment tut es einfach gut, wenn alle da sind, alle Meinungen können gehört werden, und dann kennen eben auch alle den Verlauf der Diskussion.“ (Buurtzorg_e)

Eine Ausnahme bildete das Südvorstädter Team. Aufgrund seiner kleinen Größe war die Durchführung regelmäßiger Teamsitzungen für dieses Team herausfordernd. Da die Teammitglieder selten gleichzeitig anwesend waren, um alle Dienste abdecken zu können, konnten gemeinsame Sitzungen kaum eingerichtet werden. Eine Abstimmung erfolgte eher nach Bedarf.

Unterstützung durch den und Zusammenarbeit mit dem Träger

Das Buurtzorg-Modell sieht vor, dass die Buurtzorg-Teams durch ein sogenanntes Backoffice in verschiedenen Bereichen unterstützt werden. Diese Rolle nahm der Träger – die Bosold Pflege GmbH – ein. Deren Aufgaben umfassten vor allem die Leistungs- sowie die Gehaltsabrechnung, die Kündigung von Mitarbeitenden sowie die Unterstützung der Teams bei der Befähigung zur Selbstorganisation. Das Unterstützungsangebot des Trägers bei der Befähigung zur Selbstorganisation war vielfältig. Es umfasste neben der Startschulung (Kapitel 5.1.3) unter anderem ein begleitendes Coaching, ein monatliches Treffen mit den Teams, ein monatliches Feedback zur wirtschaftlichen Situation sowie ein jährliches Treffen zwischen den Teams und dem Träger. Zudem stellte der Träger den Teams ein Weiterbildungsbudget zur Verfügung, welches jedoch selten genutzt wurde.

Die Häufigkeit der Nutzung des begleitenden Coaching-Angebots variierte zwischen den Teams. Die interviewten Mitglieder des ehemaligen Connewitzer Teams berichteten, in Übereinstimmung mit dem Träger, dass sich das Team regelmäßig, etwa alle ein bis zwei Monate, mit der Coachin getroffen habe. Mitglieder der anderen Teams gaben an, die Coachin weniger häufig oder nur anlassbezogen, hauptsächlich bei Konflikten, angefragt zu haben, was ebenfalls mit den Berichten des Trägers übereinstimmt. Mitglieder des ehemaligen Südvorstädter Teams begründeten die eher geringe Nutzung des Coaching-Angebots mit der kleinen Teamgröße. Das Paunsdorfer Team zeigte nach Angaben des Trägers wenig Offenheit für das Coaching-Angebot, was der Träger angesichts anhaltender Konflikte im Team kritisch bewertete.

Die Zusammenarbeit zwischen den Teams und dem Träger variierte im Zeitverlauf beziehungsweise zwischen Teams (Kapitel 5.1.2). Ein Mitglied eines ehemaligen Buurtzorg-Teams bewertete die Begleitung durch den Träger „im Großen und Ganzen“ als „gut“ (Buurtzorg_d), zumal es sich um ein kleines Unternehmen ohne relevante Vorerfahrungen handelte. Es wurde geschildert, dass der Träger die anfänglichen Bitten der Pflegenden „sich etwas zurückzunehmen“ (Buurtzorg_a) ernstnahm, sodass das Team „mehr Freiräume“ hatte. Dies wird in einem Fall explizit als Grundvoraussetzung für Selbstorganisation hervorgehoben. Mehrere ehemalige Mitglieder der Buurtzorg-Teams fühlten sich zu Beginn vom Träger auf „Augenhöhe“ wahrgenommen und „mitspracheberechtigt“.

„Wichtig [ist], dass die Chefs abgeben können.“ (Buurtzorg_b)

Dies veränderte sich jedoch mit den zunehmenden wirtschaftlichen Problemen des Teams. Mit der Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage brachte sich der Träger wieder mehr ein – beispielsweise bei der Dienstplanung – was Unzufriedenheit bei den Teammitgliedern auslöste. Große Unzufriedenheit im Team entstand auch durch die fehlende Unterstützung des Trägers bei Personalausfällen, beispielsweise durch den Einsatz von Zeitarbeitsfirmen. Einem Befragten zufolge sei mehrfach angesprochen worden, dass es Konzepte für Personalengpässe bräuchte. Der Träger fühlte sich hierfür demnach nicht verantwortlich. Springerkräfte, die bei Krankheits- oder Urlaubsfällen Touren übernehmen konnten, gab es in den Buurtzorg-Teams im Gegensatz zum konventionellen Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH nicht. Zu einer Zuspitzung dieses Konfliktes mit dem Träger kam es infolge der Aufnahme des Paunsdorfer Teams – eine Entscheidung, in die die bestehenden Buurtzorg-Teams offenbar nicht einbezogen wurden. Als das Paunsdorfer Team innerhalb von kurzer Zeit aufgrund von krankheits- und mutterschutzbedingten Ausfällen nicht mehr funktionstüchtig war, hätten die Mitglieder der anderen Teams dies kompensieren müssen. Dies sorgte für große Unzufriedenheit, auch aufgrund von längeren Fahrtzeiten, und schlussendlich auch zur Kündigung mindestens einer Befragten. Auch zwischen dem Dresdner Team und dem Träger hat es demnach verschiedene Konflikte gegeben. Grund waren unterschiedliche Vorstellungen hinsichtlich der Kompetenzen des Trägers und des Teams.

„Und das Team, das war wie so ein Geisterteam, die hatten wir zwei, drei Mal gesehen, auch nur zwei Gesichter davon, die anderen waren dann schon raus. Die hatten wir noch nicht mal kennengelernt, da hatten die schon wieder gekündigt oder waren ewig krank. Und da fühlst du dich gar nicht mehr Teil des Prozesses, sondern vor vollendete Tatsachen gestellt. So ‚das haben wir uns jetzt so ausgedacht und ihr könnt das jetzt ausbaden‘. Ab dem Zeitpunkt waren alle sehr, sehr unzufrieden.“ (Buurtzorg_a)

Das Unterstützungsangebot des Trägers zur Befähigung zur Selbstorganisation wurde in der schriftlichen Mitarbeitendenbefragung als eher nicht ausreichend bewertet. Interviewte Mitglieder der ehemaligen Buurtzorg-Teams berichteten, sie hätten sich vom Träger mehr Unterstützung, insbesondere bei der Kompensation von Personalausfällen, gewünscht, da sie sich damit oft „alleine gelassen“ (Buurtzorg_c) fühlten. Zudem hätte der Träger bei der wirtschaftlichen Steuerung laut einem Befragten stärker begleiten können. Das monatliche Feedback des Trägers zur wirtschaftlichen Situation wurde von den Teilnehmenden der schriftlichen Mitarbeitendenbefragung vielfach als (eher) nicht hilfreich bewertet. Auch bei der Erstellung der Leistungsnachweise gab es laut dem Träger Herausforderungen, die möglicherweise jedoch auch durch eine zeitbezogene Vergütung gemildert hätten werden können.

„Wie gehe ich mit Leistungskomplexen um? Wie leicht kann ich das eine in das andere umwandeln? [...] Gar nicht so nach dem Motto ‚ihr habt nur 80 oder 95 oder auch mal 105 Prozent erbracht‘, sondern gucken ‚[...] wie komme ich dahin‘ [...]. Das, glaube ich, wäre gut gewesen.“ (Buurtzorg_d)

Einige schriftlich befragte Mitglieder der ehemaligen Buurtzorg-Teams waren rückblickend der Ansicht, dass der Träger umfassend über hierarchiefreies/ -armes und selbstorganisiertes Arbeiten, Konfliktmanagement und gewaltfreie Kommunikation geschult hätte werden sollen. Diese Anforderungen wurden vom Träger aus ihrer Sicht nicht erfüllt. Dadurch konnten Konflikte nicht sachlich geklärt werden, was die Gleichberechtigung zwischen Team und Träger beeinträchtigte. Ein Befragungsteilnehmer wünschte sich eine „gemeinsame Suche nach Wegen der praktischen Umsetzung des Buurtzorg-Konzepts“ sowie mehr fachliche Schulungen auf Augenhöhe.

Ein Schlüsselement der Arbeit der Buurtzorg-Teams in den Niederlanden ist ein webbasiertes Informationssystem, das Planungs-, Dokumentations- und Abrechnungsprozesse sowie die Kommunikation unterstützt. Alle Buurtzorg-Teams, ebenso wie der konventionelle Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH, nutzten im Untersuchungszeitraum das IT-System Connext Vivendi für die Arbeitsorganisation. Den Mitgliedern der Buurtzorg-Teams wurden erweiterte Rechterollen in der Software eingeräumt, und ihnen wurden zusätzlich Tablets zur Verfügung gestellt. Die Nutzung des IT-Systems variierte zwischen den Buurtzorg-Teams, was der Träger auf unterschiedliche Vorerfahrungen und Neigungen der Mitglieder der einzelnen Teams zurückführte. Connext Vivendi wurde in allen Teams für die Dienst-, Pflege- und Einsatzplanung verwendet. Allerdings nutzten nur zwei Teams die Software für die interne Kommunikation und nur ein Team für die Dokumentation der Pflege. Die Pflegedokumentation erfolgte in den Buurtzorg-Teams nach dem Strukturmodell und der strukturierten Informationssammlung (SIS). Neben Connext Vivendi nutzten die Teams zusätzliche Programme zur Organisation und Durchführung der Versorgung, wie beispielsweise Videokonferenzsysteme. Nach Angaben des Trägers war der Digitalisierungsgrad der Buurtzorg-Teams teilweise höher und teilweise niedriger als im konventionellen ambulanten Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH.

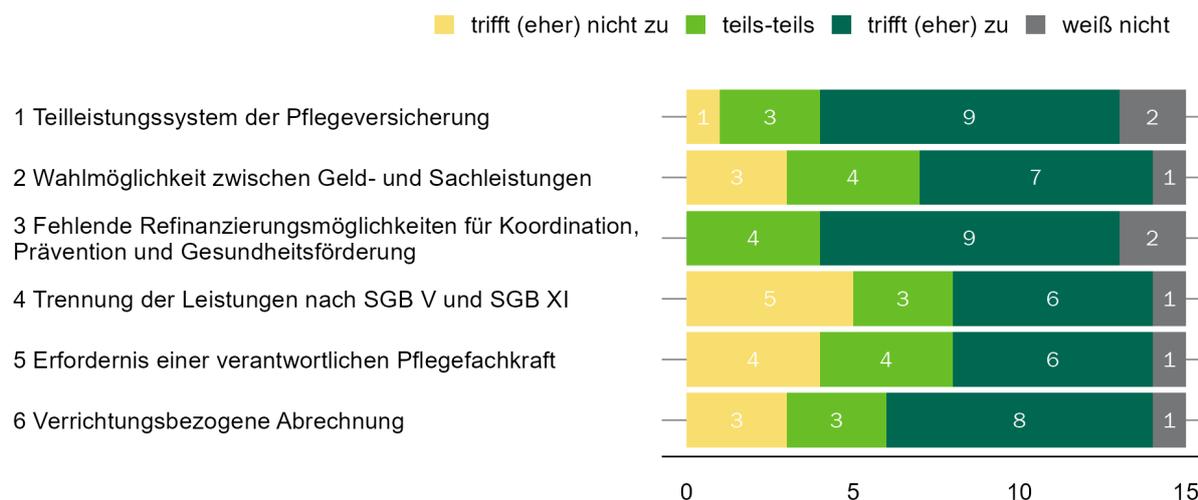
Ein interviewtes Mitglied eines ehemaligen Buurtzorg-Teams hob die Vorteile des digitalen Arbeitens hervor. Zwar habe sich die Befragte zunächst daran gewöhnen müssen, schlussendlich sei die Arbeit mit digitalen Tools jedoch entlastend und effizient gewesen. Auch die Arbeit mit den Tablets habe grundsätzlich gut funktioniert. Ein wesentlicher Vorteil war die flexible Zugänglichkeit der Patientenakten. Es seien zudem mehr Informationen in die digitale Akte eingetragen worden als zuvor in der Papierakte. Die digitalen Tools ermöglichten eine professionellere Arbeitsweise, indem sie die Berechnung von Leistungskosten und die Planung von Zeiten auch unterwegs erlaubten. Im Vergleich dazu bewertete die Befragte die handschriftliche Dokumentation und den anschließenden Übertrag in den Computer im konventionellen Dienst als „nervig“ (Buurtzorg_a).

5.2.4 Hemmnisse und externe Rahmenbedingungen

Fehlende Refinanzierungsmöglichkeiten und das Teilleistungssystem der Pflegeversicherung hemmen die Umsetzung des Buurtzorg-Modells

Auf die Frage nach hemmenden Rahmenbedingungen für die Einführung und Umsetzung des Buurtzorg-Modells wurden in der schriftlichen Mitarbeitendenbefragung am häufigsten die fehlenden Refinanzierungsmöglichkeiten für Koordinationsaufgaben, Prävention und Gesundheitsförderung sowie das Teilleistungssystem der Pflegeversicherung genannt. Weniger häufig als Hemmnis wahrgenommen wurde das Erfordernis einer verantwortlichen Pflegefachkraft, die mit den Grundprinzipien der selbstorganisierten Arbeitsweise von Buurtzorg schwer vereinbar ist (Abbildung 12). Diese Anforderung war für die Teams jedoch weniger relevant, da die Bosold Pflege GmbH in Absprache mit den Pflegekassen eine Pflegedienstleitung für die Buurtzorg-Teams bereitstellen konnte, die jedoch keine aktive Rolle innerhalb der Buurtzorg-Teams übernahm.

Abbildung 12: Hinderliche Rahmenbedingungen bei der Umsetzung des Buurtzorg-Modells aus Sicht der Pflegekräfte



Quelle: eigene Erhebung (schriftliche Mitarbeitendenbefragung), eigene Darstellung

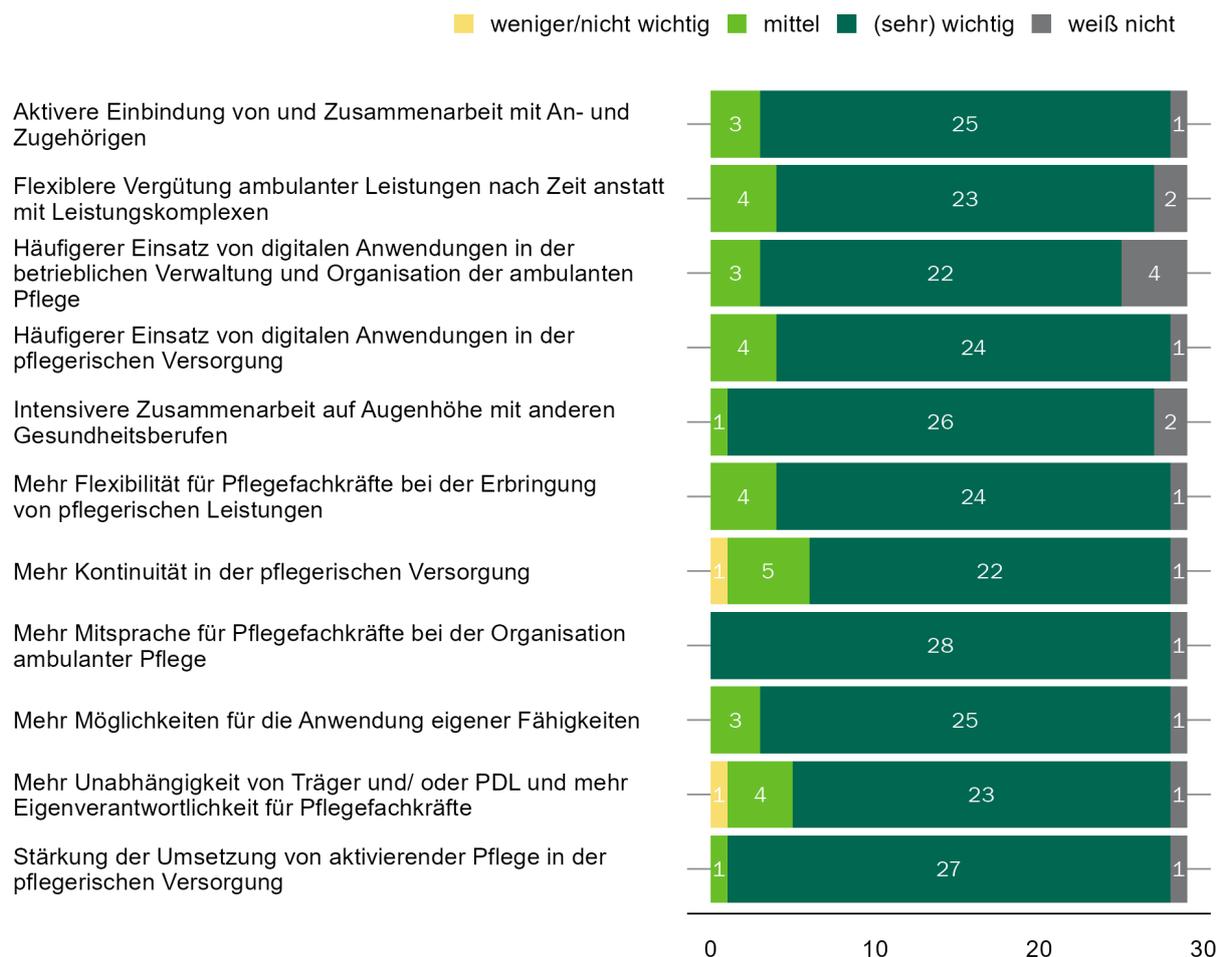
In den Fachgesprächen wurde als besonders zentral das Thema Refinanzierung, insbesondere die auf Leistungskomplexen basierende Vergütung hervorgehoben. Zwei Befragte kritisierten konkret, dass in den Leistungskomplexen der Aufwand für die Feststellung des Pflegebedarfs bei Neuaufnahmen nicht ausreichend abgedeckt werde. Zudem wurde von mehreren Personen angemerkt, dass es dem Leistungskomplexsystem an der „notwendigen Flexibilität“ fehle, die für eine bedürfnisorientierte Versorgung grundsätzlich erforderlich sei. Darüber hinaus wurde die Zuordnung von Punkten als nicht konsistent angesehen, aufwändige und zeitintensive Pflege werde oft schlechter entlohnt als die Erbringung mehrerer kleinerer Leistungen.

„Heute brauche ich eine Stunde und morgen brauche ich nur zehn Minuten. Wenn ich aber nur den gleichen Leistungskomplex habe, habe ich immer die gleiche Zeit zur Verfügung. Und das nimmt den Freiraum, so zu arbeiten, wie sich das [mit Buurtzorg] auf die Fahne geschrieben wurde.“ (Buurtzorg_a)

Deutlicher Handlungsbedarf zur Verbesserung der ambulanten Pflege

In der schriftlichen Mitarbeitendenbefragung wurden Verbesserungspotenziale für die ambulante Pflege abgefragt. Von der großen Mehrheit der befragten Pflegekräfte wurden alle Antwortmöglichkeiten als (sehr) wichtig bewertet. Bei den Antworten zeigen sich keine Unterschiede im Vergleich zwischen den Buurtzorg-Teams und dem konventionellen Pflegedienst, sodass in Abbildung 13 die gesammelten Ergebnisse abgebildet werden können. Aus dem Rücklauf lassen sich nur bedingt Priorisierungen ableiten, es wird jedoch eindrücklich aufgezeigt, dass die befragten Pflegekräfte erhebliche Baustellen feststellen. Die Ergebnisse verdeutlichen zudem das Potenzial des Buurtzorg-Modells, da es viele der angesprochenen Herausforderungen in der Pflege berücksichtigt und somit als wichtiger Impulsgeber dienen kann.

Abbildung 13: Verbesserungspotenziale der ambulanten Pflege aus Sicht der Pflegekräfte



Quelle: eigene Erhebung (schriftliche Mitarbeitendenbefragung), eigene Darstellung

In den Fachgesprächen wurden weitere Verbesserungspotenziale identifiziert: der generelle Abbau von Bürokratie seitens der Kassen, bessere Entlohnung als Anreiz für junge Menschen, Flexibilisierung der Anforderungen des Rahmenplans zur Vorgabe von vier Pflegefachpersonen sowie die Möglichkeit einer berufsbegleitenden Ausbildung für Hilfskräfte. Zudem betonte eine Person die Notwendigkeit einer Kultur, die durch mehr Offenheit und weniger durch Hierarchie geprägt sei.

„Die hierarchische Prägung gerade in der Pflege, die muss stark umgebaut werden, um selbstorganisierte, selbstbewusste Pflege seitens der Menschen, die dort tätig sind, gut umsetzen zu können.“ (Buurtzorg_d)

5.3 Potenzielle Wirkungen des Buurtzorg-Modells

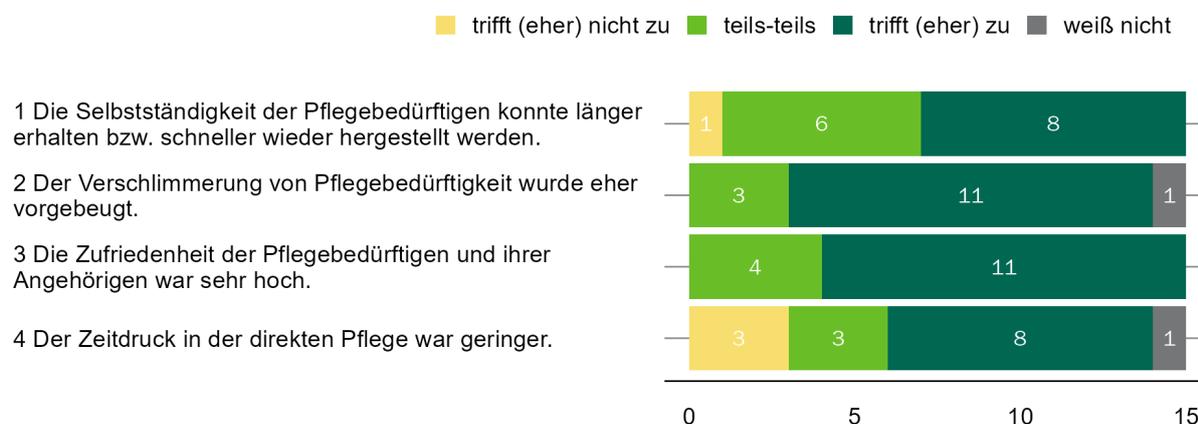
5.3.1 Versorgungsqualität

Potenzielle positive Effekte auf die Qualität der pflegerischen Versorgung

Die Pflegekräfte gaben in der Online-Befragung an, dass sich durch die Umsetzung der pflegfachlichen Ansätze des Buurtzorg-Modells positive Effekte auf die Qualität der pflegerischen Versorgung ergeben haben. Sie konnten beobachten, dass die Selbstständigkeit der Pflege-

bedürftigen häufiger länger erhalten oder schneller wiederhergestellt werden konnte. Außerdem gelang es, die Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern beziehungsweise zu verlangsamen. Ebenso berichteten sie über eine hohe Zufriedenheit bei pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen. Hinsichtlich des Zeitdrucks in der direkten Pflege sind die Meinungen heterogener, jedoch wird auch hier mehrheitlich von weniger Zeitdruck berichtet. Das heterogenere Meinungsbild beim Thema Zeitdruck kann möglicherweise auf die personellen Engpässe in einzelnen Teams, aber auch die Aushilfstätigkeiten bei Ausfällen in anderen Teams begründet sein (Abbildung 14).

Abbildung 14: Potenzielle Effekte auf die Qualität der pflegerischen Versorgung aus Sicht der Pflegekräfte



Quelle: eigene Erhebung (schriftliche Mitarbeitendenbefragung), eigene Darstellung

In den Fachgesprächen wurden die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität eingehend diskutiert. Eine Person äußerte, keine Auswirkungen auf die Qualität der pflegerischen Tätigkeiten wahrgenommen zu haben. Andere Befragte berichteten hingegen von positiven Effekten, schränkten jedoch ein, dass diese nicht bei allen Pflegebedürftigen gleichermaßen spürbar waren. Vielmehr hingen die Wirkungen stark von der individuellen Situation und den spezifischen Bedürfnissen der einzelnen Personen ab. Eine Person berichtete, dass die verstärkte Förderung der Selbstständigkeit zu einer höheren Fluktuation bei den Pflegebedürftigen geführt habe.

„Es hat manchmal funktioniert, Patienten wieder abzugeben. Natürlich nicht immer, manche Personen brauchen dauerhaft Hilfe. Es wurde geschaut, wer kann und möchte auch wieder Dinge selbst erlernen. Nicht alle wollen das auch.“ (Buurtzorg_b)

Bessere Beziehungen zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen

Mehrere Pflegekräfte beschrieben in den Fachgesprächen, dass sie die Kommunikation und das Verhältnis zu den Pflegebedürftigen in ihrem Buurtzorg-Team besser als in der konventionellen Pflege erlebten. Sie bringen dies in Zusammenhang mit der kleineren Teamgröße, die ein besseres gegenseitiges Kennenlernen ermöglichte, sowie mit der intensiveren Abstimmung im Team, welche Pflegekraft welche Pflegebedürftigen versorgt. Die bessere Beziehungsqualität zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen wirkte sich zudem dahingehend positiv auf die Arbeitsgestaltung aus, dass die Pflegebedürftigen mehr Verständnis für die Verschiebung von Zeiten hatten. Einige Personen berichteten, sie hätten viel positives Feedback von Klientinnen, Klienten und Angehörigen erhalten, sobald diese den Buurtzorg-Ansatz verstanden hatten. Dies führte eine befragte Person darauf zurück, dass der Zeitdruck in der Versorgung und die Bindung an den Leistungskatalog geringer waren und dass das Team über Leistungsansprüche informierte und passende Angebote vermittelte.

Mehrere Befragte erklärten, dass sich die Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer mit der Versorgung durch die Buurtzorg-Teams auch darin widerspiegelte, dass sich das Team über die Zeit einen ausreichenden Stamm an Klientinnen und Klienten aufbauen konnte. Zudem wurde berichtet, dass nach der Auflösung von Teams Bedauern darüber herrschte, wieder „konventionell“ versorgt zu werden.

„Die Leute waren einfach davon angetan, denn wir waren nicht viele Gesichter. Da findet nicht so ein großer Wechsel statt. Und da ist dann schon eine bessere Verbindung zu den Patienten/ Klienten, dass man sich halt besser kennt. Da kommen nicht 20 verschiedene Gesichter [...].“ (Buurtzorg_a)

5.3.2 Arbeitszufriedenheit, Gewinnung und Bindung von Personal

Arbeitszufriedenheit

Die Evaluationsergebnisse weisen darauf hin, dass die Arbeitszufriedenheit der Mitglieder der ehemaligen Buurtzorg-Teams im Zeitverlauf variierte. Die interviewten Mitglieder des Connewitzer Teams berichteten in Übereinstimmung mit dem Träger von einer hohen Arbeitszufriedenheit in der Anfangsphase des Vorhabens. Sie bringen dies mit einem geringeren Zeitdruck in der Versorgung in Verbindung, der auf die stärkere Berücksichtigung der Auslastung bei Entscheidungen über Neuaufnahmen zurückgeführt wird. Weitere positiv hervorgehobene Faktoren waren die Ermöglichung einer ganzheitlicheren Pflege durch die Übernahme von Aufgaben, die in der konventionellen ambulanten Pflege dem Träger beziehungsweise der Pflegedienstleitung obliegen, die größere Vielfalt an Aufgaben, die Zusammenarbeit in einem kollegialen Team und bessere Beziehungen zu den pflegebedürftigen Menschen. Im weiteren Verlauf des Teams nahm die Arbeitszufriedenheit im Spannungsfeld zwischen Selbstwirksamkeit und Überforderung jedoch ab und war den Ergebnissen der schriftlichen Mitarbeitendenbefragung nach insgesamt geringer als im konventionellen Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH.

„Zu Beginn hat die Zusammenarbeit im Team Spaß gemacht, weil wir uns menschlich gut verstanden haben.“ (Buurtzorg_a)

Personalgewinnung und -bindung

Nach Aussagen des Trägers erhielten die Buurtzorg-Teams mehr Bewerbungen als der konventionelle ambulante Pflegedienst des Trägers. Die Rekrutierung neuer Pflegekräfte stellte in den Buurtzorg-Teams dennoch eine Herausforderung dar, diese war jedoch tendenziell geringer als im ambulanten Pflegedienst der Bosold Pflege GmbH. Das bestehende Interesse an den Buurtzorg-Teams zeigte sich auch darin, dass die Teams Initiativbewerbungen erhielten. Es besteht daher Grund zur Annahme, dass weniger der Begriff Buurtzorg als vielmehr Bezeichnungen wie „selbstorganisiert“, „ganzheitlich“, „hierarchielos“ oder „flexibel“ und generell die Mitgestaltungsmöglichkeiten ursächlich für das Interesse waren.

Die Attraktivität des Buurtzorg-Modells verdeutlichten auch Ergebnisse der Fachgespräche mit Mitgliedern der ehemaligen Buurtzorg-Teams. Alle Befragten, die die berufliche Pflege zwischenzeitlich verlassen hatten, würden nach eigenen Angaben unter den Bedingungen des Buurtzorg-Modells wieder in die ambulante Pflege zurückkehren. Ein noch in der Pflege aktiver Befragter schilderte, dass er die Zeit im Buurtzorg-Team trotz der bestehenden Probleme als „deutliche Bereicherung“ (Buurtzorg_d) seines Arbeitslebens und auch seines persönlichen Lebens erlebt habe. Auch er würde wieder in ein Buurtzorg-Team wechseln. Eine befragte Person berichtete überdies, ursprünglich überlegt zu haben, die berufliche Pflege zu verlassen, diesen Gedanken jedoch aufgrund der Hoffnung auf den neuartigen Ansatz zunächst verworfen zu haben.

*„Neuer Ansatz, dem gebe ich mal eine Chance, die letzte Chance, die ich der Pflege gebe.“
(Buurtzorg_a)*

Hervorzuheben ist weiterhin, dass auch die in den Fachgesprächen befragten ehemaligen Mitarbeitenden aus dem konventionellen Pflegedienst positiv über den Versuch der Bosold Pflege GmbH sprachen, Buurtzorg-Teams ins Leben zu rufen. Sie bedauerten, dass die Umsetzung nicht nachhaltig war. Einige Personen äußerten die Hoffnung, dass ein solcher Ansatz an anderer Stelle erneut umgesetzt wird.

Unter den damaligen Beschäftigten der Bosold Pflege GmbH war das Interesse an dem Buurtzorg-Konzept nach Aussagen des Trägers eher gering. Dies wird in Zusammenhang damit gebracht, dass die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten hoch war. Auch die Ergebnisse der Fachgespräche mit (ehemaligen) Beschäftigten des konventionellen Pflegediensts der Bosold Pflege GmbH deuten darauf hin, dass das Buurtzorg-Modell nicht für alle Pflegekräfte gleichermaßen attraktiv ist. Im Gegensatz zu den ehemaligen Mitgliedern der Buurtzorg-Teams beschreiben die im konventionellen Pflegedienst tätigen Befragten wahrgenommene Vorteile der geteilten Aufgabenwahrnehmung zwischen Träger/Pflegedienstleitung und Team, äußerten jedoch teils dennoch ein grundsätzliches Interesse an alternativen Modellen in der ambulanten Pflege.

„Im konventionellen Pflegedienst können die organisatorischen Sachen ans Büro abgegeben werden. In dem Moment gebe ich das aus der Hand und weiß, das wird geregelt, und wenn ich das nächste Mal wieder losfahre, habe ich eine frische Verordnung und ich habe bestellte Medikamente und Verbandsmaterialien und alles ist da.“ (Konventionell_a)

5.3.3 Wirtschaftlichkeit

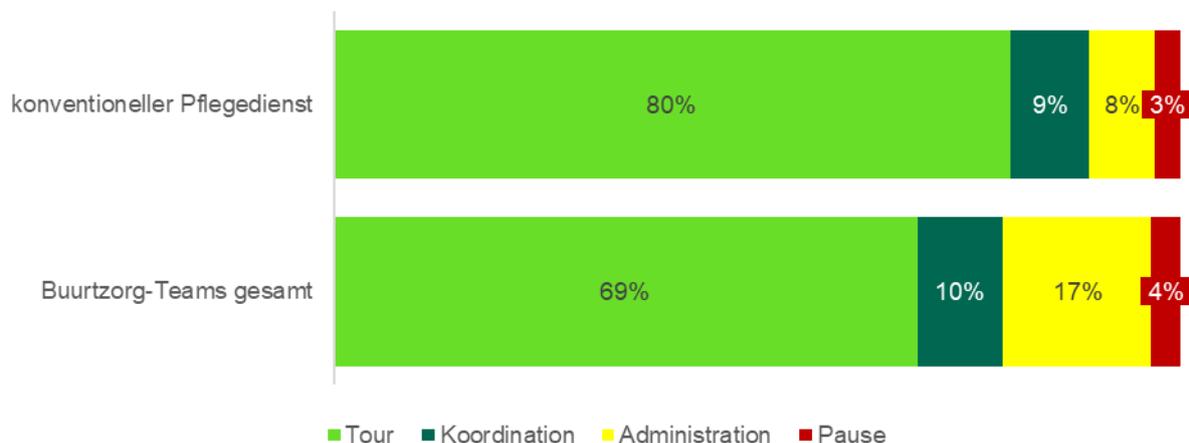
Mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit der Pflegeteams offenbaren sich aus den im Zuge der Evaluation erhobenen Daten erhebliche Unterschiede zwischen den nach dem Buurtzorg-Modell arbeitenden Teams und dem konventionellen Pflegedienst. Diese Unterschiede lassen sich insbesondere anhand zweier Indikatoren aufzeigen, nämlich der Tätigkeitsstruktur innerhalb der verfügbaren Arbeitszeiten sowie der durchschnittlich erwirtschafteten und gemäß SGB XI vergütungsfähigen Punkte.

Die Arbeitszeiten werden bei der Bosold Pflege GmbH in vier Haupttätigkeiten erfasst: Administration, Koordination, Touren und Pausen. Wirtschaftlich bedeutsam ist dabei die Zeit, die auf den Touren und damit konkret in der Pflege verbracht wurde. Nur in diesen Zeiten können vergütungsfähige Aufgaben durchgeführt werden. Die Analyse der Arbeitszeiten, die über einen Zeitraum von 26 Monaten (Juli 2019 bis August 2021) vergleichbar auswertbar waren, veranschaulicht dabei, dass der Tourenanteil im konventionellen Pflegedienst mit rund 80 Prozent einen deutlich höheren Anteil aufweist als in den Buurtzorg-Teams mit knapp 69 Prozent. Während für Koordination (9-10 Prozent) und Pausen (3-4 Prozent) sehr vergleichbare Zeitbedarfe zu beobachten sind, mussten die Buurtzorg-Teams mehr als ein Achtel ihrer Zeit (17 Prozent) für administrative Tätigkeiten aufwenden. Im konventionellen Pflegedienst (8 Prozent) werden diese Aufgaben nicht aus dem Team selbst erledigt, sondern zentral von PDL erledigt, was vermutlich mit Effizienzvorteilen verbunden ist (Abbildung 15). Zu berücksichtigen ist der bereits erwähnt höhere Kommunikationsbedarf der Buurtzorg-Teams im Zuge ihrer Etablierung, der durch die Klärung von Rollen und Verantwortlichkeiten sowie weitere Festlegungen von Regeln erforderlich war und vermutlich nicht dauerhafter Natur wäre.

Weiterhin ist bei der Interpretation dieser Ergebnisse zu berücksichtigen, dass die Erfassung von Arbeitszeiten in der Regel mit Unschärfen verbunden ist. Wenngleich die wesentlichen Tätigkeiten mittels einer entsprechenden App mobil und digital erfasst wurden, waren nicht

immer alle Arbeitsschritte eindeutig zuzuordnen. Auch Untererfassungen etc. können rückblickend nicht ausgeschlossen werden. Für die hier herausgehobene Beobachtung der abweichenden Tätigkeitsstrukturen scheint die Datenbasis allerdings ausreichend belastbar zu sein. Damit wurde das a priori intern formulierte Zeit verfehlt, nachdem das Verhältnis von administrativen und koordinativen Tätigkeiten im Vergleich zu pflegerischen Arbeiten bezogen auf die Nettoarbeitszeit etwa 1:4 betragen sollte. Der im Vergleich zum konventionellen Pflegedienst auffällig höhere Anteil an Administration in den Buurtzorg-Teams wurde in einem Validierungsgespräch mit dem Träger bestätigt.

Abbildung 15: Tätigkeitsstruktur der Pflegeteams im Vergleich



Quelle: eigene Erhebung (schriftliche Trägerbefragung), eigene Darstellung

Die Auswertung der erzielten Punkte verdeutlicht, dass der höhere Administrationsanteil in den Buurtzorg-Teams direkten Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit der Pflegeteams hat. Im Rahmen der Analyse wurden verschiedene Berechnungen durchgeführt, um die erzielten Punktwerte der Pflegekräfte in den Buurtzorg-Teams sowie in der konventionellen Pflege vergleichbar zu machen. So wurden diese einerseits auf jeweils ein Vollzeitäquivalent umgerechnet, andererseits wurden die Punkte je Zeiteinheit (Arbeitsstunden auf Touren) bestimmt. Um Unregelmäßigkeiten in Bezug auf die monatliche Zuordnung zu minimieren, wurden die über einen Zeitraum von zwei Jahren (Juli 2019 bis Juni 2021) auswertbar vorliegenden Daten quartalsweise betrachtet.

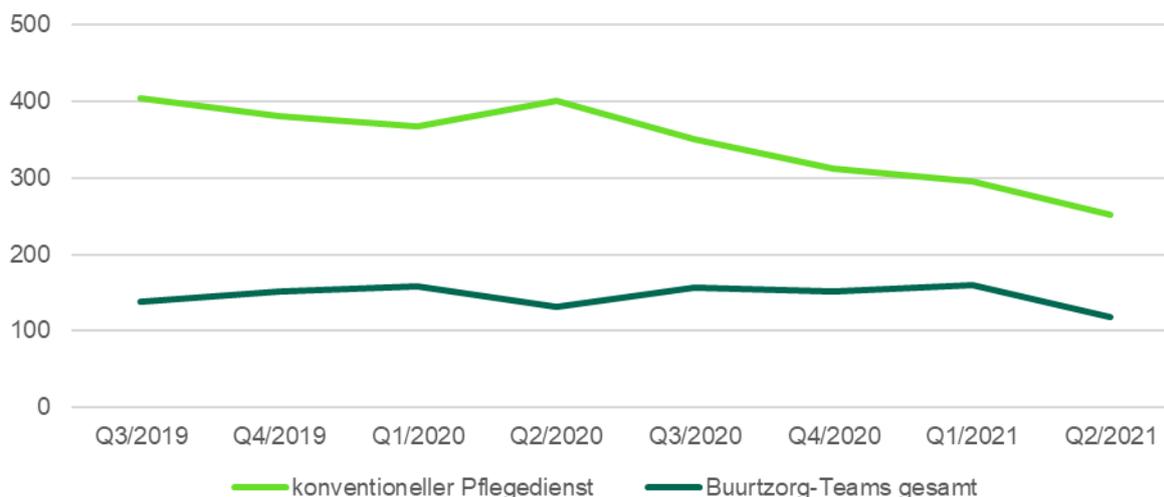
Abbildung 16 veranschaulicht das Ergebnis der Analyse für die Punkte je Tour-Arbeitsstunde. Dabei zeigt sich, dass die Buurtzorg-Teams mit ca. 150 Punkten je Stunde über die Quartale relativ stabile Werte erreicht haben. Im selben Zeitraum konnte der konventionelle Pflegedienst mit durchschnittlich 345 Punkten allerdings deutlich mehr abrechnungsfähige Punkte erwirtschaften. Dabei ist über die Zeit ein abnehmender Verlauf zu erkennen. Lag das Verhältnis der Punkte „Konventionell zu Buurtzorg“ in den ersten vier Quartalen noch bei rund 2,7:1, hat sich die Lücke im zweiten Betrachtungsjahr auf etwa das Doppelte reduziert (2,1:1). Dabei spiegelt sich die grundsätzliche Tendenz in der Pflege wider, dass von Pflegebedürftigen immer weniger abrechenbare Leistungen in Anspruch genommen werden, um die eigene Pflege finanzierbar zu halten.⁸

Grundsätzlich ist zu beachten, dass hier lediglich die im Rahmen des SGB XI vergüteten Punkte berücksichtigt sind. In der ambulanten Pflege werden darüber hinaus Leistungen der

⁸ Diese Entwicklung ist zum Ende des Betrachtungszeitraums in der monatlichen Auswertung auch bei den Buurtzorg-Teams erkennbar.

häuslichen Krankenpflege nach SGB V erbracht. Entsprechend ist das hier gezeigte Bild unvollständig. Es ist allerdings anzunehmen, dass das Leistungsspektrum der Buurtzorg-Teams und des konventionellen Pflegedienstes im Betrachtungszeitraum ähnlich war.

Abbildung 16: Erzielte Punktwerte (SGB XI) je Arbeitsstunde (Tour)



Quelle: eigene Erhebung (schriftliche Trägerbefragung), eigene Darstellung

Die unterschiedliche Zahl an Punkten lässt sich zum Teil durch die abweichenden Tätigkeitsstrukturen erklären. Die Buurtzorg-Teams mussten mehr Zeit für administrative Tätigkeiten aufwenden und konnten damit weniger faktische Pflegezeiten verbuchen. Allerdings kann dieser Umstand die hohe Differenz nicht erklären. Selbst bei einer fiktiven Rechnung mit einheitlichen Tätigkeitsprofilen verbleibt noch eine Lücke in Höhe von durchschnittlich 50 Prozent. Diese lag allerdings im ersten Betrachtungsjahr bei gut 57 Prozent und hat sich im zweiten Jahr auf etwa 44 Prozent verringert. Mit hoher Wahrscheinlichkeit haben Gründungsaufwände, Einarbeitungszeiten und weitere „Startschwierigkeiten“ den administrativen Aufwand erhöht. Da die Buurtzorg-Teams insgesamt von einer hohen Instabilität geprägt waren und der konventionelle Pflegedienst teilweise in der Versorgung aushelfen musste, ist zudem nicht auszuschließen, dass bei der Zurechnung der Punkte auf die Teams Unschärfen bestehen.

Ein weiterer Baustein zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ist die monetäre Bewertung der erzielten Punkte. Dabei ergibt sich, dass die Buurtzorg-Teams im Zeitraum Juli 2019 bis Juni 2021 durchschnittlich rund 7,10 Euro je Tour-Stunde erzielt haben, der konventionelle Pflegedienst hingegen rund 16,70 Euro. Das entspricht je VZÄ gerechnet durchschnittlich etwa 650 beziehungsweise 1.600 Euro pro Monat. Um wirtschaftlich vergleichbare Zahlen zu erreichen wie der konventionelle Pflegedienst, hätte der Mix an Leistungskomplexen gemäß SGB XI und SGB V bei den Buurtzorg-Teams ein deutliches Übergewicht an SGB V aufweisen müssen. Angesichts der hohen Differenz in Punkten und Tätigkeiten ist es letztlich nicht überraschend, dass die Buurtzorg-Teams in der hier betrachteten Form wirtschaftlich nicht tragfähig waren.

6 Schlussfolgerungen und Weiterentwicklungsoptionen

6.1 Zentrale Schlussfolgerungen der Evaluation

Ziel der Evaluation war es, die Umsetzbarkeit und Wirksamkeit des Buurtzorg-Modells in Sachsen zu bewerten. Im Rahmen der Untersuchung sollten sowohl förderliche als auch hemmende Faktoren identifiziert werden. Zudem galt es, Erkenntnisse zu gewinnen, aus denen Maßnahmen zur Vermeidung von Fehlern, zur Identifikation bewährter Praktiken sowie zur Förderung der Umsetzung des Buurtzorg-Modells in Sachsen abgeleitet werden können.

Die Ergebnisse der Evaluation der ersten Phase des Buurtzorg-Vorhabens der Bosold Pflege GmbH weisen darauf hin, dass bestimmte Elemente des Buurtzorg-Modells unter den träger- und landesspezifischen Rahmenbedingungen umsetzbar sind. Hierzu zählen insbesondere die Gewährleistung von Versorgungskontinuität und Bedürfnisorientierung sowie die Stärkung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen und – damit im Zusammenhang stehend – die eigenständige Touren- und Einsatzplanung. Diesbezüglich förderlich waren zunächst die intensive Vorbereitung und Begleitung der Teamgründung durch den Träger und die Coachin, wobei zentrale Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung des Vorhabens – beispielsweise hinreichend übereinstimmende Zielvorstellungen – geschaffen wurden. Die Anfangsphase des Vorhabens wurde überdies dadurch erleichtert, dass das erste Buurtzorg-Team neben der aufwändigen Etablierung des Teams keinen neuen Klientenstamm aufbauen musste, sondern bestehende Verträge der Bosold Pflege GmbH übernehmen konnte. Darüber hinaus trug die Tatsache, dass einige Teammitglieder bereits zuvor bei der Bosold Pflege GmbH beschäftigt waren und somit mit deren Struktur, Arbeitsweise und Kultur vertraut waren, zu einem zunächst erfolgreichen Verlauf bei. Die gleichberechtigte Zusammenarbeit auf Augenhöhe im Team, aber tendenziell auch zwischen Team und Träger ermöglichte es, konfliktbehaftete Themen offen anzusprechen und einvernehmlich zu lösen.

Im Ergebnis zeigten sich potenziell positive Auswirkungen auf die Pflegequalität, erkennbar durch eine gesteigerte Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen sowie eine höhere Zufriedenheit der Versorgten und ihrer Angehörigen. Zudem verbesserten sich offenbar die Beziehungen zwischen den Pflegekräften und den Pflegebedürftigen. Ebenso wurde von einer erhöhten Arbeitszufriedenheit berichtet, die vor allem mit einem reduzierten Zeitdruck in der täglichen Arbeit in Zusammenhang gebracht wurde. Dementsprechend überrascht es nicht, dass das Vorhaben sowohl intern als auch extern auf Interesse von beruflich Pflegenden stieß, wenngleich dieses geringer war als vom Träger erwartet.

Mit dem Wachstum der Buurtzorg-Teams traten jedoch verschiedene Herausforderungen auf, die nicht nachhaltig gelöst werden konnten und schließlich zur Auflösung der Teams durch die Bosold Pflege GmbH führten. Die Ursachen für diese Probleme waren vielfältig. Die gesammelten Erfahrungen bieten dabei wertvolle Erkenntnisse, aus denen Maßnahmen zur Fehlervermeidung sowie bewährte Praktiken abgeleitet werden können. Diese Erkenntnisse werden im Folgenden dargestellt.

Der Träger strebte eine umfassende Autonomie und Selbstorganisation der Buurtzorg-Teams an und übertrug den Teams von Anfang an einen Großteil der Aufgaben, die im konventionellen Pflegedienst der Pflegedienstleitung oblagen. Die Evaluationsergebnisse zeigen dabei, dass die Teams dies zwar tendenziell wünschten, mit der Fülle an zusätzlichen organisatorischen und verwaltenden Aufgaben jedoch teilweise überfordert waren. Um dies bei etwaigen künftigen Vorhaben zu vermeiden, wäre eine schrittweise Implementierung der Autonomie und Selbstorganisation, bei der diesbezügliche Elemente in Abhängigkeit der Kompetenzen und Präferenzen der Mitarbeitenden in Form eines kontinuierlichen Entwicklungsprozesses umge-

setzt werden, anzudenken. Dabei sollte sichergestellt werden, dass die Teams über die Kenntnisse und Erfahrungen, die für die Übernahme der zusätzlichen Aufgaben erforderlich sind, auch verfügen. Dies gilt in besonderem Maße für die wirtschaftliche Steuerung der Teams, gerade bei Anwendung der komplexeren, verrichtungsbezogenen Vergütung. Sofern eine solche Befähigung zur Umsetzung des Buurtzorg-Modells nicht durch den Träger selbst erfolgen kann, bedarf es passender Fortbildungsangebote.

Die Evaluation zeigt weiterhin, dass die Etablierung eines neuen Arbeitskollegen- und Organisationsmodells sehr kommunikationsintensiv ist. Für die laufende Arbeit ist es erforderlich, dass sich *alle* Mitglieder der Teams regelmäßig und geplant Zeit nehmen, um grundsätzliche und im Laufe des Arbeitsprozesses entstehende Fragen zu besprechen und gemeinsam Lösungen zu entwickeln. Neben der vorhandenen Zeit bedarf es bei den Teammitgliedern des Vorhandenseins oder der Herausbildung von Kommunikations- und Konfliktlösungsfähigkeiten. Unterstützend kann dabei die Begleitung durch Coaches sein. Allerdings ist diese voraussetzungsvoll, weil die Personen, die als Coaches tätig sind, mögliche Problem- und Konfliktfelder kennen sollten. Sie können in Zukunft von den Ergebnissen dieser Evaluation und anderen Erfahrungen profitieren.

Für die erfolgreiche Integration neuer Teammitglieder wurden den Evaluationsergebnissen zufolge zwar zeitliche und finanzielle Ressourcen investiert, diese erwiesen sich jedoch nicht immer als ausreichend, um die Vermittlung der Vision und die Befähigung zur Umsetzung des Buurtzorg-Modells zu gewährleisten. Besonders wichtig ist dies bei der Neuaufnahme ganzer Teams, die nicht nur als Einheit zusammenwachsen, sondern sich auch in die Struktur, die Arbeitsweise und die Kultur des Trägers integrieren müssen. Dies gelingt insbesondere bei selbstorganisierten Teams nur dann, wenn beide Seiten, sowohl das Team als auch der Träger, aktiv aufeinander zugehen, um gemeinsam einen Rahmen für die Zusammenarbeit auf Augenhöhe schaffen. Eine sorgfältige Planung und umfassende Unterstützung in diesem Prozess sind unerlässlich, um die langfristige Effektivität und die Zusammenarbeit innerhalb der Teams, aber auch mit dem Träger, zu sichern.

Die Buurtzorg-Teams der Bosold Pflege GmbH waren auch für die Rekrutierung neuer Teammitglieder verantwortlich, wobei ein umfassendes Bewerbungsverfahren angewendet wurde, das unter anderem einen Probearbeitstag umfasste – eine Mitsprachemöglichkeit, die damalige Team-Mitglieder schätzten. Dennoch erwiesen sich einige der getätigten Einstellungen im Nachhinein nicht so gelungen wie erhofft. Da der Begriff „Buurtzorg“ zum damaligen Zeitpunkt offenbar kaum unter den beruflich Pflegenden bekannt war, wäre es vermutlich hilfreich gewesen, in den Stellenausschreibungen häufiger die Begriffe „selbst-“ oder „teamorganisiert“ zu verwenden, um die Zahl passender Bewerbungen zu erhöhen.

Die Evaluationsergebnisse zeigen insgesamt, dass die Themen Teambildung und Teamaufbau nicht unterschätzt und keineswegs als selbstverständlich angesehen werden sollten. Beide benötigen Zeit und Unterstützung. Die verschiedenen Ansätze zur Aufteilung von Rollen und Verantwortlichkeiten wie das Rotationsprinzip verdeutlichen dies am eindrucklichsten. Die Art der Begleitung und Unterstützung unterschiedlicher Teams kann sich an den Erfahrungen aus dieser Evaluation und auch anderer Erkenntnisse zum Buurtzorg-Ansatz orientieren, bedarf jedoch auch der Berücksichtigung der jeweils eigenen Teamzusammensetzungen und dabei bestehenden Vorstellungen und Interessen.

Hinsichtlich der Teamgröße zeigen die Evaluationsergebnisse, dass Buurtzorg-Teams aus mindestens vier Personen bestehen sollten. Gleichzeitig ist es erforderlich, ein Konzept für den Umgang mit Personalausfällen in kleineren Teams zu entwickeln, da die internen Kompensationsmöglichkeiten in solchen Fällen begrenzt sind. Beispielsweise könnte ein Springer-Pool des Trägers hier Abhilfe schaffen.

Die Auseinandersetzung mit den Zahlen in Kapitel 5.3.3 zeigt deutlich die wirtschaftlichen Herausforderungen auf, die sich bei der Umsetzung des Buurtzorg-Modells gezeigt haben und die letztlich auch zum Ende des Modells in Leipzig geführt haben. Aufgrund der Situation, dass Modelle zur Weiterentwicklung der ambulanten Pflege derzeit von der (Risiko-) Bereitschaft einzelner Pflegedienste und/oder ihrer Träger abhängig sind – sowohl wirtschaftlich wie auch inhaltlich – ist es nicht verwunderlich, dass wirtschaftliche Faktoren letztlich ausschlaggebend für die Verstetigung eines neuen Ansatzes oder seiner Beendigung sind. Die Ergebnisse der Evaluation vermitteln dazu ein deutliches Bild. Es sollte jedoch nicht auf eine grundsätzliche Unwirtschaftlichkeit des Ansatzes geschlossen werden. Wie an mehreren Stellen des Berichts dargelegt, ist die Umsetzung eines neuen Modells voraussetzungsvoll und kann nicht ohne entsprechenden Vorlauf oder ohne entsprechende Begleitung erwartet werden. Zudem ist die Frage der grundsätzlichen leistungsrechtlichen Ausrichtung des Systems der ambulanten Pflege in Sachsen, aber auch darüber hinaus, etwas komplexer und zum Teil nicht mit dem Buurtzorg-Ansatz vereinbar, so dass nicht alle Leistungen entsprechend refinanziert werden können. Unabhängig davon konnten die wirtschaftlichen Ziele der Bosold Pflege GmbH durch die Umsetzung des Buurtzorg-Modells nicht erreicht werden. Zudem gab es keine Hinweise auf potenzielle Einsparpotenziale durch die Anwendung des Buurtzorg-Modells. Es sei jedoch nochmals betont, dass grundsätzliche Schlussfolgerungen vor dem Hintergrund der geringen Fallzahlen und der besonderen Bedingungen der in diesem Bericht geschilderten Evaluation zurückhaltend vorgenommen werden sollten.

6.2 Weiterentwicklungsoptionen für die ambulante Pflege in Sachsen

Die vorausgegangenen Analysen verdeutlichen, dass das Buurtzorg-Modell – ebenso wie die Erfahrungen bei der Umsetzung der Buurtzorg-Teams bei der Bosold Pflege GmbH – wertvolle organisatorische und pflegfachliche Impulse für die ambulante pflegerische Versorgung in Sachsen und darüber hinaus liefern kann. Es ist dabei wichtig zu betonen, dass die im Buurtzorg-Modell integrierten Ansätze nicht nur bei Buurtzorg Anwendung finden. Beispielsweise bildet der Ansatz, Pflege auf die Förderung und Wiederherstellung der Selbstständigkeit auszurichten, die Grundlage vieler pflegetheoretischer Modelle und floss auch in die Entwicklung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Deutschland ein, wo er als wesentlicher Bestandteil professioneller Pflegepraxis gilt und auch im § 14 SGB XI definiert ist. Buurtzorg stellt somit eine von mehreren möglichen Formen dar, ambulante Pflege pflegerisch und organisatorisch zu gestalten. Die vorliegende Evaluation sowie auch Büscher et al. (2023) verdeutlichen, dass bereits die Implementierung von Teilen der im Buurtzorg-Modell enthaltenen Ansätze positive Wirkungen in der Versorgung und auf die Arbeitszufriedenheit erzielen können.

Die zentrale Frage ist, wie Teams beziehungsweise Träger mit einem an das Buurtzorg-Modell angelehnten Ansatz erfolgreich arbeiten und wirtschaften können. Die Frage stellt sich besonders unter den Einschränkungen der deutschen Sozialgesetzgebung, die eine vollständige Umsetzung des Modells, wie es in den Niederlanden praktiziert wird, begrenzt. Auf Grundlage der Schlussfolgerungen der Evaluation werden im Folgenden vier Bereiche beleuchtet, die zur Weiterentwicklung der ambulanten Pflege in Sachsen beitragen können.

Zeitvergütung in Sachsen

Mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz von 2013 wurde die gesetzliche Möglichkeit geschaffen, ambulante Leistungen nach SGB XI sowohl auf der Grundlage von Leistungskomplexen als auch über eine Zeitvergütung abzurechnen (§ 89 SGB XI). In den meisten Bundesländern ist mittlerweile eine zeitabhängige Vergütung möglich. Der Stundensatz kann individuell in einer Einzelverhandlung zwischen Pflegekassen und Pflegediensten festgelegt und/oder als kollektiver Stundensatz ausgehandelt werden. In Sachsen existiert die Option einer Vergütung nach Zeit derzeit nicht. Zwar können in Sachsen seit über 20 Jahren Einzelverhandlungen

geführt werden, jedoch gibt es kein Verfahren, das es Pflegediensten ermöglicht, dabei einen Stundensatz mit den Pflegekassen zu verhandeln.

Die Vergütung nach Zeit, die bei Buurtzorg Niederlande Standard ist, ist weit mehr als „bloß eine andere Art der Vergütung“. Für Befürworter der Zeitvergütung steht vielmehr die pflegefachliche Gestaltung der Leistungserbringung im Vordergrund, die sich durch eine Abrechnung nach Zeit anders gestalten lässt als im bestehenden Leistungskomplexsystem. Eine zeitbasierte Abrechnung von Leistungen soll eine flexible und individuell angepasste Pflege, die gezielt auf tagesaktuelle Bedürfnisse der Pflegebedürftigen eingehen kann, ermöglichen. Pflegekräften bietet sie mehr Raum für die Anwendung ihrer Kompetenzen und Gestaltungsmöglichkeiten für das eigene pflegerische Handeln.

Die im Buurtzorg-Modell enthaltenen pflegefachlichen Ansätze werden durch Zeitvergütung somit weniger eingeschränkt, da den Leistungen kein entsprechender Leistungskomplex gegenüberstehen muss. Dies schafft stärkere Anreize zur Förderung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen, ein Aspekt, der bei der Abrechnung über Leistungskomplexe sowohl für Buurtzorg-Teams als auch für konventionelle Pflegedienste – wie sich im Rahmen der Evaluation gezeigt hat – hinderlich sein kann. Zeitvergütung würde es zudem erleichtern, den bei Neuaufnahmen anfallenden Aufwand, der sich in den Buurtzorg-Teams als umfassender erwiesen hat, wirtschaftlich abzubilden.

Rahmenvereinbarungen

Wie auch bei der Evaluation des Buurtzorg-Ansatzes in Nordrhein-Westfalen (Büscher et al. 2023) zeigte sich, dass grundsätzliche Anreize zur Fokussierung der Selbstständigkeit pflegebedürftiger Menschen leistungsrechtlich nur bedingt gegeben sind. Das beschriebene Missverhältnis zwischen den Rahmenvereinbarungen, einschließlich des Leistungskomplexsystems für die ambulante Pflege, und den umfassenden Anforderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie des Buurtzorg-Modells verdeutlicht einen dringenden Reformbedarf. Um eine zeitgemäße und patientenorientierte Pflege auch im Leistungskomplexsystem zu gewährleisten, müssen die bestehenden Leistungskomplexe überarbeitet werden. Sie sollten nicht nur verrichtungsorientierte Leistungen abdecken, sondern auch die explizite Unterstützung von Angehörigen sowie die Begleitung und Stabilisierung des gesamten Pflegearrangements berücksichtigen.

Das Ziel einer Reform sollte es sein, eine angemessene und den gesetzlichen Grundlagen entsprechende Kompensation von Pflegeleistungen unabhängig von der Art der Vergütung sicherzustellen. Die Wirtschaftlichkeitsanalyse im Rahmen der Evaluation deutet zudem darauf hin, dass die Refinanzierungsmöglichkeiten über das Punktesystem des Leistungskomplexes im konventionellen Pflegedienst einem abnehmenden Trend unterliegen. Eine nicht leistungsgerechte Vergütung kann bestehende Lohnunterschiede zwischen der ambulanten und stationären Langzeitpflege sowie dem Akutpflegebereich verstärken. In Zeiten knappen Personals wirken sich schlechtere Gehaltsperspektiven negativ auf die Rekrutierungsmöglichkeiten der Pflegedienste und auf die Attraktivität des Berufsfeldes in der ambulanten Pflege – und generell auf die Innovationsmöglichkeiten von Pflegediensten – aus.

Trägergestützte Teamorganisation

In den Niederlanden koexistieren träger- und teamgesteuerte Modelle. Sowohl die vorliegende Evaluation als auch die Ergebnisse von Büscher et al. (2023) deuten darauf hin, dass sich Buurtzorg-ähnliche Teams in Deutschland tendenziell eher bei einem Träger ansiedeln (= trägergestütztes Modell). Die Gründung von Buurtzorg-Teams war und ist in Deutschland derzeit ohne die Bereitschaft einzelner Träger, innerhalb ihres Unternehmens entsprechende Mög-

lichkeiten zu schaffen, kaum möglich. Dies ist unter anderem der Komplexität der Refinanzierung und Abrechnung von Leistungen sowie den aktuellen Vorgaben zur Pflegedienstleitung geschuldet.

Die aktuellen Strukturen und Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege in Sachsen könnten dahingehend gestärkt werden, vielfältigere Organisationsmodelle zuzulassen. Dabei sollte Teamorganisation nicht ausschließlich in einer „Entweder-oder-Logik“ betrachtet werden, bei der Teams entweder vollständig selbstorganisiert oder strikt hierarchisch arbeiten. Vielmehr sollten hybride Modelle in den Blick genommen werden, bei denen Aspekte wie die Erstellung von Dienstplänen oder die Aufnahme neuer Pflegehaushalte innerhalb der Pflegeteams entschieden werden, während andere Angelegenheiten, wie die Organisation eines Springerpools oder die Abrechnung, zentral von einem Träger geregelt werden. Zu beachten ist, dass das wirtschaftliche Risiko neuer Arbeits- und Organisationsmodelle somit bei den Trägereinrichtungen oder -organisationen liegt. Für das Gelingen der Teams ist die Zusammenarbeit mit dem Träger ein wichtiger Aspekt, wie sich sehr deutlich bei der Evaluation in Sachsen gezeigt hat. Dabei ist vor allem Kommunikationsarbeit gefragt, weil die Unzufriedenheit mit den bestehenden Arbeitsbedingungen und die Vorstellungen zu deren Verbesserung keinesfalls homogen sind.

Die Evaluation konnte die Erkenntnisse von Büscher et al. (2023) bestätigen, dass die Arbeit in selbstorganisierten Teams anspruchsvoll ist und nicht sofort innerhalb kurzer Zeiträume reibungslos funktioniert. Eine gründliche Vorbereitung auf die neue Arbeitsweise sowie unterstützende Maßnahmen zur Begleitung und Flankierung sind unerlässlich. Dazu gehört, dass sich das Personal im Vorfeld mit den wesentlichen Kompetenzen auseinandersetzt, die für die Arbeit in selbstorganisierten Teams erforderlich sind. So erfordern Autonomie und Selbstorganisation ein hohes Maß an Kommunikation und Konfliktlösungskompetenzen, die im Zusammenhang mit der Etablierung von Buurtzorg-Teams erlernt und verfestigt werden müssen. Die Begleitung durch entsprechende Coaches kann ein Gelingensfaktor sein. Im Hinblick auf die Pflegeausbildung wurde im Rahmen der Evaluation überwiegend die Einschätzung geteilt, dass in der Ausbildung wesentliche Grundlagen für die eigenverantwortliche Pflege gelegt werden, jedoch ein unterstützendes Umfeld bzw. ein entsprechendes Team gerade nach der Ausbildung erforderlich wäre, um die selbstorganisierte Arbeitsweise zielgerichtet zu stärken und den Aufbau der dafür nötigen Kompetenzen zu unterstützen.

Um den Aufbau von (teil-)selbstorganisierten Teams in der Pflege zu fördern, können unterschiedliche Maßnahmen ergriffen werden. Dazu gehört die Bereitstellung finanzieller Unterstützung für Träger, die (teil-)selbstorganisierte Teams gründen möchten, sowie die Refinanzierung von Coaching-Angeboten zur Stärkung der Kommunikation und Kooperation zwischen Team und Träger. Die Entwicklung und die Bereitstellung von Schulungsmaterialien würden den Aufbau teamorganisierter Strukturen unterstützen und den Aufwand der einzelnen Pflegedienste verringern. Netzwerke könnten den Austausch zwischen bestehenden und neuen Teams erleichtern und zur Entwicklung von Best Practices beitragen. Darüber hinaus sollte die Fähigkeit zur teamorientierten und durch Teams organisierten Arbeit in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflege integriert werden. Besondere Aufmerksamkeit sollte der Förderung von Kommunikations-, Konfliktlösungs- und Organisationskompetenzen gewidmet werden, um die Voraussetzungen für erfolgreiche Teamorganisation zu stärken.

Koordination statt Hierarchie

Das Buurtzorg-Modell ist bekannt für seine hierarchiefreie Struktur. Im Gegensatz dazu gibt es in Deutschland die gesetzliche Verpflichtung, dass jeder Pflegedienst eine Pflegedienstleitung (PDL) benennen muss, wie in § 71 SGB XI festgelegt. Im Rahmen der Evaluation wurde

mehrfach die einschränkende Wirkung dieser Vorgabe betont und gefordert, diese Regel wieder abzuschaffen.

Alternativ muss die Zusammenarbeit mit einer PDL oder einer koordinierenden Rolle nicht zwangsläufig das Ende der Selbstorganisation bedeuten. Daher sollte die Rolle der PDL so angepasst werden, dass sie die Flexibilität und Eigenverantwortung innerhalb des Teams fördert. Grundsätzlich bedarf es größerer Freiräume in der inhaltlichen Gestaltung der ambulanten Pflege dahingehend, dass diese weniger extern und administrativ determiniert sein sollte, sondern stärker der Fachlichkeit der Pflegenden und den Präferenzen der auf Pflege angewiesenen Menschen folgen sollte.

Die Selbstorganisation von Teams auf Augenhöhe und ohne starre Hierarchien steht im Einklang mit dem Konzept von „New Work“. In einem solchen Ansatz kann es eine zentrale Koordination innerhalb eines Teams geben, während Entscheidungsprozesse dezentral bleiben. Eine PDL, erfahrene Pflegekräfte oder koordinationsstarke Teammitglieder können spezielle Aufgaben in der Organisation von Abläufen und der Kommunikation nach außen übernehmen, ohne dass dies zu starren Hierarchien führt. Aufgaben, die umfangreiches Hintergrundwissen erfordern, wie etwa die Abrechnung, können (möglicherweise sogar für mehrere Teams) gebündelt erledigt werden. Dies bringt wirtschaftliche Vorteile mit sich, da nicht jede Aufgabe individuell erlernt und separat bearbeitet werden muss.

7 Literaturverzeichnis

Auffenberg, J; Heß, M. (2021): Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern, Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn...“ der Arbeitnehmerkammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen.

Brindle, D. (2017): „Buurtzorg: the Dutch model of neighbourhood care that is going global“. *The Guardian* 9.5.2017. Online verfügbar unter: <https://www.theguardian.com/social-care-network/2017/may/09/buurtzorg-dutch-model-neighbourhood-care>, zuletzt geprüft am 22.01.2025.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016): Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode, Drucksache 18/10210. Berlin: BMFSFJ.

Büscher, A.; Gruber, E. M.; Peters, L.; Ostermann, R.; Becker, T.; Bruns, M. (2024): Evaluation eines Modellprojekts zur Umsetzung des niederländischen Buurtzorg-Modells in Deutschland. Abschlussbericht.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2009a): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: BMG.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2009b): Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: BMG.

Buurtzorg Nederland (2022): Our Organisation. Online verfügbar unter: <https://www.buurtzorg.com/about-us/our-organisation/>, zuletzt geprüft am 22.01.2025.

Büscher, A.; Gruber, E.; Peters, L.; Ostermann, R.; Becker, T.; Bruns, M. (2023): Evaluation eines Modellprojekts zur Umsetzung des niederländischen Buurtzorg-Modells in Deutschland. Abschlussbericht. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/2022_Evaluation_Buurtzorg_Abschlussbericht_MP_8_Abs.3_SGB_XI.pdf, zuletzt geprüft am 22.01.2025.

Dörner, K. (2007): Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster: Paranus-Verlag.

Greuter, S. (2016): Buurtzorg: ‚Nurses don’t need management‘. Ganzheitliche Pflege, made in the Netherlands. Working Paper, Denknetz Zürich.

Hegedüs, A.; Schürch, A.; Bischofberger, I. (2022): Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: a Scoping Review. *International Journal of Nursing Studies Advances* 4 (2022).

Henderson, V. (1960): *Basic Principles of Nursing Care*. London: International Council of Nurses.

Kotter, J. P. (1996): *Leading Change*. Harvard Business School Press.

KPMG (2013): *The added value of Buurtzorg relative to other providers of home care: a quantitative analysis of home care in the Netherlands*.

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

Monsen, K. & de Blok, J. (2013): Buurtzorg Nederland – A nurse-led model of care has revolutionized home care in the Netherlands. In: The American journal of nursing, 113. Jg., Heft 8, S. 55–59.

Monsen, K. & de Blok, J. (2013): Buurtzorg: Nurse-Led Community Care. In: Creative nursing, 19. Jg., Heft 3, S. 112–117.

Nandram, S. S. (2015a): The Buurtzorg case and illustrations of Zorgaccent and Amstel-ring; in: Amity Global Business Review; 10. Jg., S. 56–63.

Nandram, S. S. (2015b): Organizational innovation by integrating simplification – Learning from Buurtzorg Nederland; Cham, s.l.: Springer International Publishing.

Nolan, M.; Davies, S.; Grant, G. (2001): Working with older people and their families. Key issues in policy and practice. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Sächsischer Koalitionsvertrag 2019 bis 2024. Gemeinsam für Sachsen. Online verfügbar unter: <https://www.cdu-sachsen.de/Dateien/koalitionsvertrag-2019-2024/3344108>, zuletzt geprüft am 23.01.2025.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023): Statistischer Bericht. Pflegevorausberechnung - Deutschland und Bundesländer - 2022-2070. Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/statistischer-bericht-pflegevorausberechnung-5124209229005.xlsx?blob=publicationFile>, zuletzt geprüft am 22.01.2025.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2022): Soziale Pflegeversicherung im Freistaat Sachsen. Leistungsempfänger und Pflegegeldempfänger. Online verfügbar unter: https://www.statistik.sachsen.de/download/pflege/statistik-sachsen_a-IV_zr_pflegebeduerftige_pflegeart.xlsx, zuletzt geprüft am 22.01.2025.

The Omaha System (2022): What is the Omaha System? Online verfügbar unter: <https://www.omahasystem.org>, zuletzt geprüft am 22.01.2025.

WHO (1996): Nursing Practice. Report of a WHO Expert Committee on Nursing Practice. Genf: WHO.

Wingenfeld, K.; Büscher, A.; Schaeffer, D. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen.

Wingenfeld, K.; Büscher, A.; Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld.

Wingenfeld, K (2011): Pflegebedürftigkeit, Bedarf und Leistungen im Kontext des Pflegeprozesses. In: Schaeffer, D.; Wingenfeld, K. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, 263-290.

Zacher, J; Prestel, P.; Boehnki, K; Fischer, L.; Gross, M.; Konrad, E. (2023): Fortentwicklung der Rahmenbedingungen ambulanter Pflegedienste. Gutachten im Auftrag des StMGP.

8 Anhang

Die Inhalte des Anhanges können beim Herausgeber, dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und gesellschaftlichen Zusammenhalt erfragt werden.