WISO

Die Buurtzorg-Idee als Evolution in der mobilen Langzeitpflege in Österreich: Chancen und Gestaltungsoptionen eines niederländischen Versorgungsmodells

1.	Die mobile Langzeitpflege in Österreich	50
2.	Buurtzorg – ein niederländisches Konzept der Hauskrankenpflege	52
3.	Buurtzorg als Abbild einer modernen Arbeitsorganisation?	58
4.	Mobile Pflege nach dem Buurtzorg-Prinzip – auch eine Idee für Österreich?	60
5.	Fazit – Buurtzorg Österreich – Utopie oder Chance?	67

Kai Leichsenring

Direktor am European Centre for Social Welfare Policy and Research

Heidemarie Staflinger

Referentin der Abteilung Arbeitsbedingungen der Arbeiterkammer Oberösterreich mit Schwerpunkt Arbeitsbedingungen im Gesundheits- und Sozialen Dienstleistungsbereich

Auszug aus WISO 3/2017

isw

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften
Volksgartenstraße 40
A-4020 Linz, Austria
Tel.: +43 (0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889
E-Mail: wiso@isw-linz.at
Internet: www.isw-linz.at

49

1. Die mobile Langzeitpflege in Österreich

In Österreich gilt seit geraumer Zeit der Grundsatz „Mobil vor Stationär". Diese Ausrichtung findet sich auch im Lebensraum der älteren Menschen wieder. Von den derzeit 455.000 PflegegeldbezieherInnen leben rund 80 Prozent zu Hause.[1] In 80 Prozent aller Fälle übernehmen die Angehörigen[2] – und hier vor allem Frauen – die Pflege und Betreuung. Neben der ständig zunehmenden 24-Stunden-Personenbetreuung (im Jahr 2015 21.900 FördergeldbezieherInnen/Monat)[3] sind es vor allem die AnbieterInnen von professioneller mobiler Langzeitpflege und -betreuung, die ein Altern in den eigenen vier Wänden ermöglichen. Im Jahr 2015 wurden in Österreich 145.723 Menschen mobil betreut. Das ergibt eine Steigerung von plus 3,5 % im Vergleich zu 2014. 21.229 Pflegekräfte, umgerechnet 11.864 Vollzeitäquivalente leisten professionelle Pflege und Betreuung. Alleine in der mobilen Langzeitpflege in Oberösterreich wurden 2015 rund 1.580.268 Leistungsstunden von 2.289 Beschäftigten erbracht, das entspricht 11.165,6 Vollzeitstellen.[4]

Im Schnitt betreut eine in Vollzeit beschäftigte Pflegekraft 12,28 KlientInnen bzw. verteilt auf die tatsächliche Zahl der Pflegekräfte (der Anteil der Teilzeitkräfte ist in diesem Sektor besonders hoch) knapp sieben KlientInnen.[5]

Pflegekräfte sehen Sinnstiftung und Betreuungsqualität gefährdet

Die Pflegekräfte erleben ihre Arbeit laut Arbeitsklima-Index als überdurchschnittlich sinnstiftender als andere Berufsbranchen, so die persönlichen Einschätzungen der Befragten mit 73 Punkten im Vergleich zu anderen Branchen mit 64 Punkten. Auch die soziale Gesundheit ist mit 88 Punkten (73 Punkte bei anderen Branchen) ausgeprägter.[6] Der hohe sichtbare Nutzen ist ein gängiges Erklärungsmuster dafür, dass Pflegekräfte ihren Beruf als bedeutsam und sinnstiftend beschreiben. Gleichzeitig beklagen Pflegekräfte aber auch häufig ein Auseinanderdriften der eigenen Werthaltungen und der vermehrten Ökonomisierung der Pflege. Wenn Pflegekräfte die Arbeit nicht so erledigen können, wie sie dies gerne – auch aufgrund ihrer Ausbildung – tun möchten bzw. sollten, erleben sie ihre Arbeit als nicht zufriedenstellend bzw. belastend.[7] Gerade in der mobilen Langzeitpflege in Österreich lassen sich Entwicklungen erkennen, dass eine zunehmende Taktung und Normierung, verbunden

mit zunehmender Bürokratie, immer weniger Zeit für die direkte Arbeit mit den KlientInnen lässt.

Abbildung 1: Stressempfinden im Alltag der Pflegekräfte[8]



Es ist daher nicht verwunderlich, dass das Stressempfinden im Vergleich zu anderen Berufsgruppen um 45 Prozent höher ist, wobei Pflegekräfte in Österreich zu den vier Berufsgruppen mit dem größten Zeitstress gehören. Pflegekräfte tragen die Arbeit nach dem Dienst häufig „im Kopf mit nach Hause" und können nur schwer abschalten (kognitive Persistenz). Mit 34 Indexpunkten liegen sie damit deutlich über dem österreichischen Branchendurchschnitt von 26 Punkten. Zwei Drittel der befragten Pflegekräfte können sich nicht vorstellen, ihren Beruf unter den aktuellen Rahmenbedingungen bis zum Regelpensionsalter auszuüben.[9]

Aber nicht nur die Arbeitsqualität wird von den Pflegekräften vielfach negativ beschrieben. Diese sehen auch eine Auswirkung der aktuellen Entwicklungen auf die Betreuungsqualität der NutzerInnen. „Eigentlich dürfen die Arbeitsbedingungen ja meine Leistung nicht beeinflussen, aber die Zeitvorgaben beeinflussen die Arbeit sehr wohl, weil man die Kunden sehr viel besser animieren könnte, damit sie selbständiger werden … aber die Zeit dafür ist eben nicht da."[10] Pflegekräfte entscheiden sich häufig bewusst für die Langzeitpflege, da berufsrechtliche Grundlagen – wie das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz[11] – größere individuelle Entscheidungsspielräume ermöglichen als z.B. im Krankenhaus mit weitaus ausgeprägteren Hierarchien und Vorgaben. Gerade diese hohe Eigenverantwortlichkeit in der mobilen Pflege und Betreuung wird jedoch durch die heutigen Rahmenbedingungen teils stark eingeschränkt.[12]

aber die Zeit dafür ist einfach nicht da

Eine zunehmende Zahl an Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf, weniger Fachkräfte, aber auch die Unzufriedenheit der bestehenden Berufsgruppen in der mobilen Langzeitpflege tragen dazu bei, dass in Österreich von vielen AkteurInnen nach neuen Formen für die Organisation der Mobilen Pflege und Betreuung gesucht wird. Die österreichische Diskussion um Innovationen im Bereich der Langzeitpflege[13] war im letzten Jahr wesentlich geprägt durch die Auseinandersetzung mit dem niederländischen Modell Buurtzorg. Der vorliegende Artikel bietet Einblicke in das Ausgangsmodell und zeigt Handlungsoptionen für Österreich auf.

2. Buurtzorg – ein niederländisches Konzept der Hauskrankenpflege

„Buurtzorg" (Betreuung in der Nachbarschaft) ist ein niederländisches Modell der professionellen, häuslichen und wohnortnahen Versorgung. Ziel von Buurtzorg ist es, integrierte Versorgung für alle älteren Menschen zu organisieren, die zu Hause Hilfe benötigen. Im Mittelpunkt steht dabei die Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, AllgemeinmedizinerInnen (Primary Health Care Centres) sowie weiteren formellen und informellen Ressourcen im näheren Umfeld der betreuten Person.

„Community Nurses spielen eine zentrale Rolle." (Jos de Blok)

„Community Nurses spielen eine zentrale Rolle. Schließlich wissen sie am besten, wie man KlientInnen in ihrer jeweiligen Situation am besten unterstützen kann", sagt Jos de Blok, der Gründer von Buurtzorg.[14]

Die Anfänge von Buurtzorg

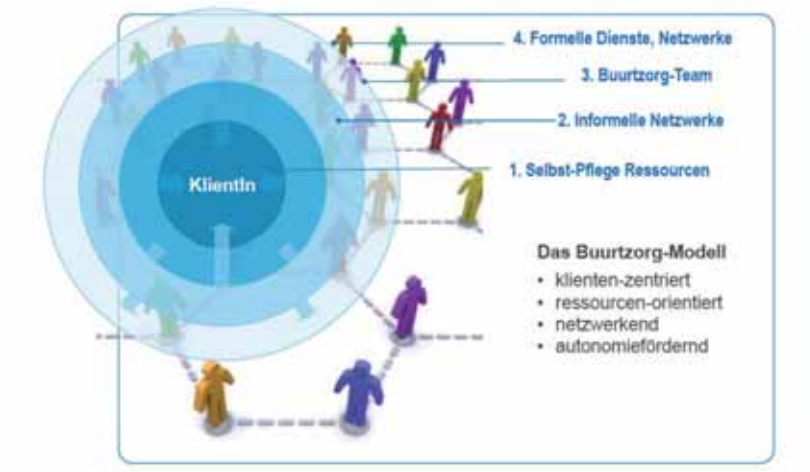
Das Konzept wurde erstmals 2006 von Pflegekräften – unter Federführung von Jos de Blok – entwickelt, um wieder die Ganzheitlichkeit in der Hauskrankenpflege und die Orientierung an den KlientInnen in den Mittelpunkt zu stellen.[15] Zu diesem Zeitpunkt war die niederländische Hauskrankenpflege von ähnlichen Entwicklungen gekennzeichnet, wie sie derzeit auch in Österreich bekannt sind: tayloristische Aufgabenteilung, zunehmend bürokratische Auflagen und eine fehlende Kommunikation zwischen den AnbieterInnen. Die Unzufriedenheit der „Community Nurses" entstand vor allem durch die Geringschätzung der beruflichen Kompetenzen des Pflegepersonals und um eine ganzheitliche

Pflege und Betreuung zu erbringen.[16] Gerade hier befinden sich Pflegekräfte – auch in Österreich – in einem Dilemma: Zwar legen moderne Pflege- und Betreuungskonzepte den Schwerpunkt auf eine ganzheitliche Betrachtungsweise der Pflege, die in dieser Form auch in diversen Aus-, Fort- und Weiterbildungen vermittelt wird, in der Praxis stoßen sie aufgrund der derzeitigen Rahmenbedingungen und Arbeitsorganisation jedoch häufig an ihre fachlichen und persönlichen Grenzen.

Ausgehend von der damaligen Situation in den Niederlanden machte sich eine Gruppe von Pflegekräften auf den Weg, um die Hauskrankenpflege – vorerst in einem Pilotversuch – auf völlig neue Beine zu stellen. Erklärtes Ziel war es, anstatt bürokratischer Protokolle, der Verwaltung von „Produkten" und arbeitsteiliger Abarbeitung von spezialisierten Aufgaben wieder die ganzheitliche Arbeit in den Vordergrund der Langzeitpflege zu rücken.[17]

Orientierung an den KlientInnen und ihren Bedürfnissen

Abbildung 2: Das Buurtzorg-Modell[18]



Die ganzheitliche der Pflege und Betreuung, unterstützt durch ein breites Netzwerk, lässt sich in einem Zwiebelmodell abbilden.

Das Pflegekonzept wurde von einigen erfahrenen „Community Nurses" entwickelt, die ihre Erfahrung und ihren pflegerischen Zugang in das Konzept einbrachten. Dieses basiert auf sich ergänzenden Komponenten, die immer von der sozialen und gesundheitlichen Bedarfslage der KlientInnen ausgehen.[19] Im Mittelpunkt steht daher die Stärkung des Klienten bzw. der

Klientin, um ihr/ihm ein möglichst langes selbständiges Leben zuhause zu ermöglichen. Die zentrale Frage lautet dabei: Was kann die Person noch selbst bzw. wo braucht sie Unterstützung? Es werden praktische Lösungen gesucht und auch Tätigkeiten gemeinsam geübt, um die Autonomie so lange wie möglich zu gewährleisten. Neben der Stärkung der Selbständigkeit werden auch informelle Netzwerke wie Angehörige, Nachbarschaft etc. aktiviert und organisiert. Aufgaben, die dadurch nicht abgedeckt werden können, werden durch die Buurtzorg-Pflegekräfte bzw. im Rahmen weiterer formeller Dienste, wie z. B. Primary Health Care, übernommen.[20] So ist es auch nicht verwunderlich, dass gerade zu Beginn der Pflegebeziehung viel Zeit investiert wird. „Der erste Kaffee. Pflegekräfte können sich ehrlich für Leben, Vergangenheit, Umstände, Umfeld, geistliche und soziale Bedürfnisse der KlientInnen interessieren."[21] Es wird versucht, in Gesprächen – bei einer Tasse Kaffee – den bestmöglichen Weg für den/die KlientIn und die Förderung der Eigenständigkeit zu finden, die Bedarfslage ganzheitlich zu erheben und anschließend einen individuellen Pflegeplan zu erstellen.[22] In der Regel ist ein Team für ca. 50 KlientInnen in der Nachbarschaft zuständig, pro Pflegekraft ca. fünf bis sieben KlientInnen. Wird die Anzahl überschritten, wird in der nächsten Nachbarschaft ein neues Buurtzorg-Team gestartet. Die Beschäftigten sind in der Regel direkt aus der Region, in der sie auch arbeiten.

„ ... wir müssen vorher gemeinsam einen Kaffee trinken"

Selbstorganisierte Pflege in den Buurtzorg-Teams

Buurtzorg besteht aus kleinen Teams von höchstens 12 „Community Nurses" (im dt. Sprachraum bekannt als Gemeindeschwestern) mit mindestens 3-jähriger Bachelor-Ausbildung und AssistentInnen (2-jährige Ausbildung). Mindestens 50 Prozent der Pflegekräfte im Team haben einen Bachelor-Abschluss. Durch eine extrem flache Organisationsform und mittels IT-Anwendungen (Buurtzorg-Web) in der Planung, Dokumentation und Qualitätsentwicklung werden die Overheadkosten so niedrig wie möglich gehalten. Die zentrale Administration organisiert vor allem Coachings für neue Teams oder zur Konfliktmediation. Ansonsten sind keine hierarchischen Zwischenebenen vorgesehen. Die Teams entscheiden selbst über Einsatzpläne und die Aufgabenverteilung. Besprechungen finden nur bei Bedarf statt, z. B. bei Neuaufnahmen von MitarbeiterInnen, wobei hier vorwiegend darauf geachtet wird, ob die neuen KollegInnen zum Team und zur Organisationskultur passen. Auch die

strategischen Entscheidungen werden direkt im Team getroffen. Auch bei der Fortbildung können die Teams bis zu einem Ausmaß von zwei Prozent des Gesamtbudgets frei entscheiden, wie und wofür sie ihr Budget verwenden.[23] Insgesamt sind die Teams für ein Budget von rund € 350.000 pro Jahr verantwortlich. Als Leitlinie und wichtigster Wert gilt bei Buurtzorg das Vertrauen in die professionellen Kompetenzen der Pflegekräfte, die mit hohem Engagement ihre Aufgaben erfüllen.

Exkurs zur Finanzierung der Langzeitpflege und Bedarfserhebung in den Niederlanden

Langzeitpflege als soziales Risiko

Mobile und stationäre Langzeitpflege wird in den Niederlanden bereits seit Mitte der 1960er Jahre als soziales Risiko anerkannt, das durch eine solidarische Volksversicherung (Pflichtversicherung für alle BürgerInnen) finanziert wird. Seit 1967 galt die sogenannte AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) als Basis für die Finanzierung der Langzeitpflege. Die AWBZ diente aber auch zur Absicherung gegen sonstige außergewöhnliche gesundheitliche Risiken wie Behinderungen oder psychiatrische Erkrankungen. Mit einem Beitragssatz von zuletzt 12,65% des Einkommens (Höchstbeitragsgrundlage: € 30.000 pro Jahr) deckte die AWBZ immerhin 40% der gesamten Gesundheitsausgaben ab. Das bedeutet, dass viele Leistungen, die in anderen Ländern mehr oder weniger durch die Krankenversicherung (oder sonstige Sozialleistungen) abgedeckt werden, in den Niederlanden durch die AWBZ als wesentlicher zweiter Säule der Krankenversicherung (Akutversorgung) finanziert wurden. Die AWBZ wurde in dieser Form allerdings 2015 abgeschafft. Ein Teil der Leistungen wird seither durch das Langzeitpflegegesetz (Wet langdurige zorg – WLZ) geregelt, andere Teile wurden der reformierten Krankenversicherung (ZVW) zugeordnet. Bereits seit der Gesundheitsrefrom 2006 wird zudem eine Reihe „sozialer Leistungen", auch für Menschen mit geringerem Betreuungsbedarf, über das WMO (Wet maatschappelijke ondersteuning) auf kommunaler Ebene organisiert. Der Grundsatz des Vorrangs von Sach- gegenüber Geldleistungen wurde nochmals verstärkt. Ebenfalls verstärkt wurde die Ausrichtung der WLZ vor allem auf Menschen mit hohem Bedarf an intensiver mobiler oder stationärer Pflege. Der individuelle Bedarf, beispielsweise an Hauskrankenpflege, wird durch spezialisierte regionale Agenturen ermittelt. Der erhobene Bedarf an Einsatzstunden wird den

KlientInnen mitgeteilt, woraufhin diese eine Trägerorganisation in ihrem Einzugsbereich auswählen. Die Trägerorganisation der Hauskrankenpflege verrechnet die Kosten dann mit den jeweiligen Versicherungsträgern im Rahmen der AWBZ bzw. seit 2015 der WLZ.[24]

Buurtzorg zieht Kreise

Was 2006 mit einer Idee begonnen hat, zieht immer weitere Kreise. Mittlerweile betreut Buurtzorg rund 85.000 Menschen pro Jahr mit den unterschiedlichsten Bedürfnissen, von chronisch Kranken über beeinträchtigte und demente Menschen, gerade aus dem Spital entlassende rekonvaleszente Menschen bis hin zu Palliativpflege.[25]

2016 hatte Buurtzorg 860 Teams mit 10.000 Pflegekräften. Im Backoffice sind 45 Personen für die Administration verantwortlich. 15 Coaches (alle mit Pflegehintergrund) begleiten die Teams, die Leitung übernehmen zwei Direktoren. 2016 hat Buurtzorg mit dieser Struktur einen Umsatz von € 320.000.000 erwirtschaftet.[26] HeimhelferInnen sind im klassischen Buurtzorg-Team nicht vorgesehen. Buurtzorg bietet mittlerweile aber auch diesen Dienstleistungsbereich, der in den Niederlanden von den Gemeinden organisiert und verwaltet wird, in einer gesonderten Sparte an.[27] Buurtzorg deckt inzwischen 40 Prozent des niederländischen Marktes in der mobilen Langzeitpflege ab, Beschäftigte wechseln häufig zu Buurtzorg, was auch andere Träger dazu veranlasst hat, die Denkweise zu übernehmen, um langfristig Arbeitskräfte zu gewinnen und zu behalten.

gut ausgebildetes Pflegepersonal und ganzheitliche Pflege

Buurtzorg kann in vielen Bereichen positive Kennzahlen vorweisen, die nicht zuletzt durch das hohe Engagement der Pflegekräfte erreicht wurden. So konnte in vielen Fällen nachgewiesen werden, dass oft mit weniger Betreuungsstunden bessere Ergebnisse erzielt werden können. Die Grundlage dafür ist das sehr gut ausgebildete Pflegepersonal und die Orientierung an ganzheitlicher Pflege, die auf Förderung der Autonomie („self-care“) beruht und Netzwerke der KlientInnen nutzbar macht.[28] Dazu bedurfte es einer vollständigen Veränderung des Zugangs zu Pflege in der Gemeinde und einer Abkehr von getakteten Leistungen bzw. tayloristischer Arbeitsteilung in der Pflege, die u.a. auch in der österreichischen Praxis überwiegt. Seit

Beginn wurde die Buurtzorg-Idee durch eine Reihe von Evaluationsstudien und ein internes Qualitätsmanagement nach dem Omaha-System[29] begleitet. Zusammengefasst wurden folgende weitgehend positiven Effekte ausgewiesen:

- Bei der für alle Anbieter von Pflege und Betreuung obligatorischen nationalen Qualitätserhebung, bei der auch die Zufriedenheit der KlientInnen gemessen wird, nimmt Buurtzorg seit Jahren den ersten Platz ein.
- Die MitarbeiterInnen der Primary Health Care Centres und die Gemeinden sind sehr zufrieden mit der Kooperation mit den Buurtzorg-Teams.[30]
- Buurtzorg gewann seit 2011 mehrere nationale und internationale Auszeichnungen, u. a. als niederländischer Arbeitgeber des Jahres 2011 und 2013.
- Eine KPMG-Studie aus dem Jahr 2015 verglich die Performance von Buurtzorg unter allen 606 Anbieterorganisationen in den Niederlanden in Bezug auf Qualität (auf Basis von Erhebungen zur subjektiven Kundenzufriedenheit) und Kosten. Dabei wurden nicht nur die direkten Kosten der Hauskrankenpflege, sondern auch die jeweiligen Folgekosten in der medizinischen Primär- und Sekundärversorgung berücksichtigt. Es zeigte sich, dass Buurtzorg zwar aufgrund des Einsatzes besser bezahlter „Community Nurses" mit den Primary Health Care Centres, d.h. in der Krankenversicherung, zwar höhere Folgekosten entstehen – allerdings fallen diese geringer aus als Folgekosten innerhalb der Pflegeversicherung (z.B. für Pflegeheime). Insgesamt wies die Studie somit Gesamtkosten von durchschnittlich € 15.357 pro KlientIn von Buurtzorg aus, während für alle anderen Anbieter im Durchschnitt rund € 500 höhere Kosten veranschlagt wurden.[31]

Buurtzorg bringt positive Effekte

Anzumerken bleibt noch, dass die Reduzierung von Kosten keineswegs die ursprüngliche Zielsetzung dieses Modells war, zumal auch Buurtzorg natürlich sämtliche staatlichen Regelungen in der Langzeitpflege erfüllen muss, z.B. in Bezug auf die Kriterien der Qualitätssicherung.[32]

Mittlerweile ist Buurtzorg der Pionierphase entwachsen. Wie bereits erwähnt, haben viele andere Anbieter in den Niederlanden zumindest Teile dieser Organisationsform übernommen. Dazu wurden in Ländern wie den Vereinigten Staaten, Japan, Deutschland und

neuerdings auch Österreich Pilotversuche gestartet, um die Idee im jeweiligen System zu etablieren.

Dieser Aspekt der Neuorientierung von Hauskrankenpflege ist allerdings nicht die einzige erwähnenswerte Innovation von Buurtzorg. Beinahe wesentlicher und weitgehender ist die dortige Umsetzung einer neuen Philosophie der Arbeitsorganisation, die im folgenden Abschnitt beschrieben wird.

3. Buurtzorg als Abbild einer modernen Arbeitsorganisation?

Entscheidungen im selbstorganisierten, autonomen Team treffen, flache Hierarchien, Gleichwertigkeit der Teammitglieder – diese Prinzipien, die Buurtzorg lebt, sind Teil einer neuen Arbeitsorganisation, wie sie z. B. Frederic Laloux[33] in innovativen Organisationen unterschiedlichster Branchen identifiziert hat. Er arbeitet dabei die wesentlichen Gestaltungsprinzipien und Erfolgsfaktoren heraus, die in heute erfolgreichen Organisationen funktionieren, sei es in der Automobilindustrie, in IT- und anderen Dienstleistungsunternehmen oder in der Nahrungsmittelproduktion. Insgesamt hat Laloux zwölf Organisationen untersucht, die alle ähnliche Merkmale in der Organisationsgestaltung aufweisen, seit mindestens fünf Jahren bestehen und mehr als 100 MitarbeiterInnen beschäftigen.[34] Die neuen Formen der Arbeitsorganisation beruhen dabei auf einem neuen Organisationsparadigma, das Frederic Laloux als „neue Stufe des menschlichen Bewusstseins" bezeichnet und das durch Initiativen wie „Holocracy"[35] derzeit weitere Verbreitung findet. Allen Systemen gemeinsam ist die Orientierung an einem klar definierten Organisationszweck, der Einsatz flexibler kleiner Teams und die ganzheitliche Herangehensweise. Laloux hat Merkmale identifiziert, die sich in allen von ihm untersuchten Organisationen wiederfinden.

„Die Art und Weise, wie wir Organisationen führen, funktioniert nicht mehr" (Frederic Laloux)

Abbildung 3: Ausgewählte Aspekte moderner Arbeitsorganisation[36]

Strukturelle Aspekte	Organisationsstruktur	autonome Teams, bei Bedarf unterstützt durch Coaches
	Koordination	Besprechungen nur bei Bedarf, keine Hierarchie
	Funktionsbeschreibung	kein mittleres Management, Aufgaben werden gleichberechtigt im Team verteilt

Personalmanagement	Personalaufnahme	Job-Interviews durch die künftigen KollegInnen im Team, Fokus auf Kompatibilität mit dem Team und den Organisationszielen	
	Personaleinführung/ Weiterbildung	Fokus auf soziale Kompetenzen, Organisationskultur und ergänzende Weiterbildung, je nach individuellem Bedarf, gemeinsame Workshops	
	flexible Arbeitszeit	individuelle Freiheiten bei Einhaltung der verbindlich vereinbarten Ziele	
	Beförderungen	nicht vorgesehen, Rollenflexibilität nach gemeinsamer Vereinbarung im Team, weitreichende Mitspracherechte aller MitarbeiterInnen, keine Hierarchie im Team	
	Entlassungen	nur als letzter Schritt nach Konfliktmediation	*Merkmale einer modernen Arbeitsorganisation*
Arbeitsorganisation und Management	Arbeitsteilung	ganzheitliche Erfüllung der individuellen Aufgaben	
	Meetings	spezielle Meetings nur, um sicherzustellen, dass alle Meinungen gehört werden	
	Teamrollen	werden im Team intern vergeben, ohne Hierarchie, z.B. Verantwortlichkeit für Dienstplan, Mitarbeiterauswahl, Kontakte zu Krankenhäusern etc. können auch wechseln; alle Rollen sind gleichwertig	
	Entscheidungsfindung	dezentralisiert	
	Informationsfluss	sämtliche Informationen in Realzeit verfügbar für alle; Transparenz auch gegenüber Partnerorganisationen	
	Strategieentwicklung	basiert organisch auf der Zusammenführung der Beiträge aus den autonomen Teams	
Rolle der Führung	Führungsverständnis	Sichtweise als Coach und UnterstützerIn	
	Grundqualifikation	kommen selbst aus dem Fachbereich der Pflege	
	Aufgabenfeld der Verwaltung	Unterstützung; schmal gehalten Einschreiten nur im Bedarfsfall Vertrauensgrundsatz	

„Krankenpflegepersonal verlässt in Scharen die Krankenhäuser, weil wir sie zu seelenlosen Fabriken gemacht haben“ (Frederic Laloux)

Alle in Abbildung 3 beschriebenen Faktoren werden im Buurtzorg-Modell gelebt. Die DirektorInnen beschreiben das Vertrauen in die Fähigkeiten der Pflegekräfte als zentrales Element der Idee, damit die Organisationsform auch in der Praxis funktionieren kann.[37] Laloux beschreibt Organisationen als lebendige Systeme, die auf veränderten Sichtweisen beruhen: der Selbstführung in Teams, der Ganzheitlichkeit der Aufgaben und der strikten Orientierung am jeweiligen Organisationsziel. Management besteht dabei nicht darin, die Richtung vorzugeben und zu kontrollieren, sondern in der Einladung an die MitarbeiterInnen, gemeinsam an der Entwicklung der Organisation mitzuarbeiten. Laloux beschreibt, dass diese Merkmale in Organisationen sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können. Buurtzorg hat von allen zwölf untersuchten Organisationen in allen Dimensionen den höchsten Ausprägungsgrad.[38]

4. Mobile Pflege nach dem Buurtzorg-Prinzip – auch eine Idee für Österreich?

Ganzheitlichkeit war in Österreich bis Anfang der 90er Jahre Praxis

Die niederländische Situation vor der Entwicklung von Buurtzorg entspricht weitgehend jener in der österreichischen mobilen Langzeitpflege heute. Beschäftigte mit langer Berufserfahrung schildern allerdings, dass diese nun als innovativ gefeierte Ganzheitlichkeit in der Langzeitpflege bis in die frühen 1990er-Jahre auch in Österreich übliche Praxis war. Die Pflegekräfte und auch HeimhelferInnen waren meist nur in der direkten Umgebung eingesetzt und kannten daher die Bedürfnisse und Lebensgeschichten der KlientInnen sehr gut. So waren auch die Unterstützungsnetzwerke der älteren Menschen bekannt. Dem Prinzip der Gemeindeschwester oder „Community Nurses“ entsprechend, übernahmen sie ein ganzheitliches, heute so genanntes „Case Management“ für die Menschen. Durch die immer stärker werdende Ökonomisierung, Spezialisierung, Taktung und Arbeitsteilung rückte diese gelebte Ganzheitlichkeit zunehmend in den Hintergrund. Einzelne Aufgaben wurden an die unterschiedlichen Berufsgruppen – teils anbieterübergreifend – verteilt, wobei in manchen österreichischen Bundesländern sogar die Routenplanung ohne Berücksichtigung der enormen Wegstrecken vorgenommen wurde. Nach und nach wurden mobile IT-Systeme eingeführt. Aus Sicht der Beschäftigten diente dies allerdings weniger der Arbeitserleichterung, als vielmehr der

Durchsetzung einer noch dichteren Taktung und Kontrolle bzw. der Abrechnung von Leistungen auf die Minute.

Somit finden wir in vielen Fällen heute eine Situation vor, die jener in den Niederlanden ähnelt, bevor Jos de Blok mit seinem Team die Hauskrankenpflege neu aufstellte. Nicht zuletzt deshalb ist auch der Wunsch vieler Beschäftigten groß, die Arbeitsorganisation neu zu überdenken, sich an alten Grundwerten der mobilen Pflege und Betreuung zu orientieren und wieder mehr Ganzheitlichkeit und Sinn in die Pflege zu bringen, um so die Zufriedenheit der Beschäftigten und der KlientInnen zu steigern. Welche konkreten Aspekte könnten in der Langzeitpflege in Anlehnung an Buurtzorg verbessert werden?

Ganzheitlichkeit

Abkehr von einer tayloristischen Denkweise

Derzeit sind die Aufgaben in der mobilen Langzeitpflege stark tayloristisch organisiert: Die einzelnen Tätigkeiten werden möglichst so aufgeteilt, dass einfachere Aufgaben an geringer qualifizierte – und niedriger bezahlte – Arbeitskräfte delegiert werden können. So kommt es in der Praxis vor, dass ein/e KlientIn von drei unterschiedlichen Pflege- bzw. Betreuungskräften besucht wird, weil sie z. B. medizinische Hauskrankenpflege, Unterstützung bei der Grundpflege, aber auch im Haushalt braucht. Viele Personen kümmern sich somit in sehr knappen Taktungen um die einzelne Klientin. Die Pflegekräfte haben meist vorgegebene Einsatzzeiten, innerhalb derer auch noch steigende Dokumentationsanforderungen erfüllt werden müssen. So bleibt dann z. B. für ein Bad oft nicht viel länger als 30 Minuten. Für die Beziehungsarbeit bzw. Abstimmung oder gar Einbindung der vorhandenen persönlichen Ressourcen oder auch der Netzwerke bleibt so meist kaum Zeit – die ganzheitliche Orientierung an den Bedürfnissen geht verloren. Unter den Bedingungen der starken Arbeitsteilung fällt es meist schwer, die KlientInnen anzuleiten, zu begleiten und in ihrer Autonomie zu stärken. Pflegekräfte schildern, dass gerade für die „Tasse Kaffee am Beginn“ keine Zeit ist bzw. diese gar nicht erlaubt ist. Im Mittelpunkt steht meist weniger der Mensch als Gesamtes, sondern vielmehr die einzelnen Defizite, für die auf die Schnelle Lösungen gefunden und Stunden kontingentiert werden sollen. In diesem Bereich kann Österreich von Buurtzorg lernen, einen stärker aktivierenden Zugang zur Förderung von Autonomie bereits durch Prävention zu schaffen, wobei hier

gerade der sozialen Arbeit eine wesentliche Rolle zukommt. Die Autonomieförderung in Form von Beratung und Anleitung – auch unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen – ist gerade unter dem Aspekt der Zunahme von kognitiven Einschränkungen im Alter von besonderer Bedeutung.[39] Österreich hat hier mit der nationalen Demenzstrategie bereits Zielsetzungen entwickelt, wie die Versorgung im häuslichen Umfeld gestaltet werden soll. Wenn dies umgesetzt werden soll, bedarf es der Vernetzung und Koordination an den Schnittstellen als zentraler Aufgabe.[40]

Stärkung der Teams

eine völlig andere Sichtweise der Langzeitpflege

Verbunden mit der Ganzheitlichkeit ist die Stärkung autonomer Teams. Dabei geht es unter anderem um den Qualifikationsmix in den Teams, um die Zuteilung von Aufgaben, aber vor allem um spezifische Fortbildung in Case- und Caremanagement, Diabetes, Demenzversorgung und Community Nursing.[41] Auf gesetzlicher Ebene muss die 2016 erfolgte große Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes mit den neuen Spezialisierungen in der Hospiz- und Palliativversorgung bzw. psychogeriatrischen Pflege noch mit Leben gefüllt und an die Anforderungen in der Langzeitpflege angepasst werden. Auch wenn es in Österreich keine „Community Nurses" gibt, kann davon ausgegangen werden, dass es in der mobilen Pflege hervorragend ausgebildete Menschen gibt, die die eigene Arbeit auch am besten einschätzen können. Eine Neuorientierung muss die Pflegekräfte ermutigen, diese eigenen Kompetenzen einzubringen. Anders als bei Buurtzorg sind die HeimhelferInnen in Österreich meist in die Teams eingebunden. Dies sollte kein Nachteil sein, im Gegenteil: die Beschäftigten schätzen diese Multidisziplinarität sehr positiv ein. Es sollte daher auch in Zukunft darauf geachtet werden, dass unterschiedliche Berufsgruppen, wie z.B. auch Fach-SozialbetreuerInnen oder AlltagsbegleiterInnen, in den Teams integriert bleiben und ihre Erfahrungen und Stärken einbringen können. In der aktuellen Diskussion ist zu betonen, dass die mehrjährige Grundausbildung mit einem Bachelor-Abschluss – häufig mit Schwerpunkt Community Nursing – in den Niederlanden höher zu bewerten ist als manche Kurzausbildungen in Österreich. Es gilt daher zu überlegen, welche neuen Kompetenzen die österreichischen Pflege- und Betreuungskräfte in Zukunft brauchen, um die neu entstehenden Anforderungen, wie sie durch die kleinen Teams entstehen, auch in der Praxis bewältigen zu können.

Damit die Teams z.B. relevante Entscheidungen treffen können, müssen sie in die Lage versetzt werden, individuelle Weiterbildungen für unterschiedliche Teammitglieder zu organisieren. Gerade in der österreichischen Langzeitpflege schildern die Beschäftigten häufig, dass die Fort- und Weiterbildung teils ein stiefmütterliches Dasein führt. Eine fixe Vorgabe wie bei Buurtzorg, wo zwei Prozent des Gesamtbudgets für Weiterbildung vorgesehen sind und die Beschäftigten im Team selbst entscheiden können, was sie gerade brauchen, wäre daher bei vielen Trägern ein großer Fortschritt. Aber nicht nur Geld für Kompetenzentwicklung ist ein wesentliches Thema, viele Entwicklungen brauchen auch Zeit. Buurtzorg lebt hier ein Beispiel vor, indem nur 60 Prozent der Arbeitszeit fix verplant sind, der Rest wird für Strategieentwicklung und Innovation verwendet – undenkbar für viele österreichische AnbieterInnen. Und trotz dieser „scheinbaren Leerläufe und nicht leistungsorientierter Stunden" schafft es Buurtzorg, kostensparender zu arbeiten als andere AnbieterInnen (siehe oben). Selbst wenn der Kostenaspekt nicht immer im Vordergrund stehen sollte, wird deutlich, dass durch mehr individuelle Zeit für die Betreuung und Anamnese nicht unbedingt höhere Kosten entstehen müssen.

kostensparender trotz und wegen 40 % „nicht leistungsorientierter" Arbeitszeit

Flache Hierarchie und neues Führungsverständnis

Der Gedanke, dass hochmotivierte Pflege- und Betreuungskräfte autonom die richtigen Entscheidungen treffen, ist in Österreich etwas weniger verbreitet als bei Buurtzorg. Statt Hierarchiedenken gilt es, Fachkarrieren in der Pflege zu stärken, was z. B. durch die Übernahme unterschiedlicher Rollen im Team zu verwirklichen wäre, anstatt die Übernahme von „Führungsaufgaben" als den einzigen Weg zur Karriere zu betrachten. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die zentralen Entscheidungen direkt vor Ort in den Teams getroffen werden und bei Bedarf durch Coaching, aber auch Administration unterstützt werden. Zu überlegen ist in diesem Zusammenhang, wie angesichts der aktuellen Strukturen reguläre Arbeitsverhältnisse erhalten werden können und wie vermieden wird, dass das Unternehmensrisiko auf die Beschäftigten übertragen wird, z.B. im Rahmen der Budget- und Kostenverantwortung.

Sinnvoller IT-Einsatz und Dokumentation Pflegekräfte schildern, dass die Anforderungen an die Dokumentation zugenommen

haben.[42] Erschwerend kommt allerdings der Eindruck hinzu, dass dieser Zusatzaufwand oft nicht dazu dient, die Arbeit zu erleichtern – er wird meist nur als bürokratische und zudem zeitintensive Aufgabe empfunden. Überlegungen zur sinnvollen Gestaltung der Pflegedokumentation in der mobilen Langzeitpflege, z.B. zum Nachweis und zur Verbesserung der Qualität durch eine effiziente IT-Unterstützung, werden notwendig sein, um dazu beizutragen, Overheadkosten zu senken und Kontrolle im Sinne von Controlling zu verstehen. Nur dann wird eine entsprechende Fehlerkultur wie bei Buurtzorg etabliert, die dazu dient, aus Fehlern zu lernen und insgesamt gegenseitiges Lernen innerhalb der und zwischen den Teams zu fördern.

Starke Vernetzung

die Langzeitpflege braucht starke Netzwerke

Von den Niederlanden kann insgesamt gelernt werden, dass lokal verfügbare Netzwerke noch besser vernetzt und auch genutzt werden können. Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist die auch in Österreich aktuelle Diskussion zu Primärversorgungszentren, die in den Niederlanden zur Regelversorgung gehören. Zunehmend integrierte Versorgung wird auch hierzulande vorangetrieben, z.B. durch den Ausbau der mobilen Hospiz- und Palliativversorgung bzw. die Sozialen KoordinatorInnen, die in einigen oberösterreichischen Bezirken Koordinations- und Beratungsfunktionen erfüllen.43 Weitere Entwicklungen müssen natürlich die Sozialberatungsstellen einbeziehen sowie die KoordinatorInnen für Betreuung und Pflege, die bereits heute in manchen Bundesländern jene Aufgaben erfüllen, die vom Buurtzorg-Team übernommen werden. Eine bessere Verschränkung der Träger muss aber auch einhergehen mit einer stärkeren Einbeziehung der pflegenden Angehörigen und der KlientInnen selbst. Gestärkt werden kann dies nur durch die Erhaltung der Autonomie und der Selbstpflege-Potenziale der KientInnen durch entsprechende Anleitung und Unterstützung. Genau diese Tätigkeiten und Funktionen werden momentan allerdings noch viel zu wenig (finanziell) unterstützt.

Pflegeassessment und Finanzierung überdenken

Obwohl es verlockend erscheint, sollte nicht der Kostenaspekt darüber entscheiden, ob Buurtzorg in Österreich Fuß fassen kann.[44] Ein wesentlicher Unterschied in der Ausgangssituation besteht darin, dass in den Niederlanden zunächst die Sach- bzw.

Dienstleistungen im Vordergrund stehen und die individuelle Bedarfserhebung genau darauf vor allem bei Personen mit sehr hohem Pflegebedarf abstellt und entsprechende „Pflegepakete" definiert. Allerdings gibt es auch in den Niederlanden die Möglichkeit, ein „persönliches Budget" für die Pflege und Betreuung zu wählen, womit man sich das individuelle Pflegepaket selbst zusammenstellt. Im österreichischen Kontext wäre eine Pauschalfinanzierung von Leistungen, wenn möglich auf Basis von definierten Ergebnissen anstatt als „fee for service", natürlich optimal, aber dazu bedarf es insgesamt weitergehender Überlegungen zur Pflegefinanzierung, zur Erhebung von individuellen Bedarfslagen und der Messung von Ergebnissen in der Pflege und Betreuung sowie auch der Abrechnungslogik von Leistungen in der Langzeitpflege. Ein erster Schritt in der mobilen Pflege wäre z.B. die Vereinfachung von Zuzahlungen durch Festlegung einer Maximalsumme pro Jahr pro KlientIn je nach Anzahl der in Anspruch genommenen Dienstleistungen, analog zur Rezeptgebührenobergrenze.

Rechtliche Grundlagen

Selbstorganisation braucht einen rechtlichen Rahmen

Es gibt viele Argumente, die für die Übernahme einiger Ideen der neuen Arbeitsorganisation in der (mobilen) Langzeitpflege in Österreich sprechen. Dazu könnten Pilotversuche in unterschiedlichen Regionen hilfreich sein, um das Buurtzorg-Modell an die österreichischen Bedingungen anzupassen. Zu überdenken ist dabei nicht zuletzt die österreichische Rechtssituation, z. B. betreffend die unterschiedlichen Berufsrechte mit klar abgegrenzten Beschreibungen der Kompetenzen, diverse Aufsichts- und -prüforgane, haftungsrechtliche Belange etc. Zu klären ist weiters, wie die arbeitsrechtlichen Bestimmungen und Fragen des ArbeitnehmerInnenschutzes eingehalten werden können. Gerade in Pionierphasen gilt es, die Beschäftigten davor zu schützen, im hohen Engagement nicht auf diverse Tages-, Wochen-, Ruhezeiten zu achten. Die Fürsorgepflichten können in Österreich nicht gesamthaft auf die kleinen Teams übertragen werden, sondern sind klassische Arbeitgeberpflichten. Theoretisch könnte es sogar zur Etablierung von „internen Profit-Centers" kommen, wobei die einzelnen Teams wirtschaftlich konkurrieren, und unter Umständen weniger bzw. günstigere MitarbeiterInnen einstellen, um die Gewinnspanne zu optimieren etc. – solche Entwicklungen wären natürlich zu vermeiden. Buurtzorg ist im Übrigen weit davon entfernt, weil seine Philosophie eben genau davon ausgeht,

dass besser ausgebildete und bezahlte Pflegekräfte eine bessere Ergebnisqualität erzielen.

Wenn die Ausübung der Tätigkeit viel stärker als üblich von den ArbeitnehmerInnen selbst organisiert ist, mehr Selbständigkeit und weniger Weisungsgebundenheit besteht, ist zu befürchten, dass die Haftung im Schadensfalle eher auf die Beschäftigten übergehen wird. Haftungsansprüche könnten sich so unter Umständen weniger an den Arbeitgeber, als direkt an die Pflegekraft richten. Hier wird bei der Einführung auf klare Richtlinien und Gesetze zu achten sein, um Rechtssicherheit für die Beschäftigten zu schaffen und nicht das Risiko des Arbeitsgebers zu verlagern.

So unterstützend IT-Lösungen wie ein Buurtzorg-Web zur Informationstransparenz und Abstimmung sein können, so wichtig wird es sein, Lösungen zu finden, um Beruf und Freizeit auch in Zukunft zu trennen und ständige Bereitschaftsdienste, Einspringen, laufende Information und Beratung der KollegInnen in der unbezahlten Freizeit etc. nicht zur Normalität werden zu lassen. Auch wenn es bei Buurtzorg keinen Betriebsrat gibt, wird es in Österreich Aufgabe der BetriebsrätInnen sein, tragfähige Betriebsvereinbarungen zu verhandeln und im Rahmen der Kontroll- und Informationsrechte den Einführungsprozess systematisch zu begleiten. Im Rahmen der ev. Erweiterung von Aufgaben für einzelne Beschäftigte wird sich zudem die Frage stellen, wie adäquat die derzeitige Entlohnung für die Beschäftigten in der mobilen Pflege heute noch ist.

Ehrenamt und pflegende Angehörige ja, aber mit Grenzen

Pflege kann nicht jede/r

Buurtzorg basiert auf der Idee, dass die Community Nurses relevante Netzwerke der Unterstützung in der Nachbarschaft aktivieren und einbeziehen. So gilt es als Kernaufgabe, „beim gemeinsamen Kaffee“ herauszufinden, welche sonstigen Ressourcen im Umfeld des Klienten bzw. der Klientin vorhanden sind, um die Versorgung zuhause garantieren zu können. In diesem Zusammenhang muss festgehalten werden, dass die Betreuung und Pflege in Österreich zu einem sehr hohen Prozentsatz durch Angehörige sichergestellt wird. Auch ehrenamtliche Strukturen wie Besuchsdienste, Nachbarschaftshilfe etc. sind je nach Region unterschiedlich, insgesamt aber relativ stark ausgebaut. Es kann daher nicht darum gehen, die Pflege noch mehr in den familiären

bzw. ehrenamtlichen Bereich zu drängen, sondern um ein klares politisches Bekenntnis, dass „nicht jede/r pflegen kann" und dass Strukturen zu schaffen sind, in denen professionelle Pflege- und Betreuungskräfte ihre Kompetenzen in die Langzeitpflege einbringen, um die sogenannte „informelle Betreuung" zu entlasten.

5. Fazit – Buurtzorg Österreich – Utopie oder Chance?

Die mobile Langzeitpflege in Österreich steht vor großen Herausforderungen. Der Bedarf wird steigen. Gleichzeitig schildern Pflegekräfte steigende Belastungen und eine Abnahme der Sinnstiftung. Im Hinblick auf Reformen wird das in den Niederlanden seit nunmehr zehn Jahren bestehende Buurtzorg-Modell in die österreichische Diskussion eingebracht. Österreich kann von Buurtzorg lernen, die Ganzheitlichkeit in der Pflege und Betreuung und den Klieneten/die Klientin als Mensch in den Mittelpunkt zu stellen. Aufgrund der zunehmenden Arbeitsteilung in den letzten Jahren – verbunden mit Taktungen – ist dieser Faktor immer mehr in den Hintergrund gerückt.

Von Bedeutung ist die hohe Kompetenz der Pflegekräfte – aufbauend auf einer dreijährigen Ausbildung – mit Spezialisierung in Community Nursing und in Verbindung mit einem hohen Stellenwert von Fort- und Weiterbildung. Bei Buurtzorg gelang der Nachweis, dass durch besser ausgebildete Pflegekräfte im Endeffekt (kosten-)effizientere Pflege erbracht wird als durch eine arbeitsteilige Organisation, bei der immer mehr Aufgaben an weniger ausgebildete Kräfte delegiert werden.

Die Stärkung der Teams und das hohe Vertrauen in die Kompetenz der Beschäftigten bringt weitere Vorteile. Letztendlich zeichnet sich Buurtzorg vor allem durch die umfangreiche Vernetzung zwischen den AkteurInnen in der Nachbarschaft und einen neuen Umgang mit der Definition von „Pflege- und Betreuungsbedarf" aus. Die Zufriedenheit von KlientInnen und MitarbeiterInnen spricht hier eine deutliche Sprache.

Bei einer probeweisen Einführung in Österreich wird es nicht zuletzt darauf ankommen, die spezifischen arbeits- und berufsrechtlichen Anforderungen mit der Selbststeuerung in Einklang zu bringen.

Eine große Chance besteht schließlich in der Umsetzung neuer Formen der Arbeitsorganisation, wie sie bei Buurtzorg mit flachen Hierarchien, autonomen Teams und einem veränderten Führungsverständnis vorgelebt werden. Bei einer Umsetzung in Österreich bedarf es hier eines radikalen Umdenkens in vielen Trägerorganisationen, wo oft noch hierarchische Entscheidungsstrukturen, funktionsspezifische Arbeitsteilung und zentrale Kontrollmechanismen im Vordergrund stehen.

Anmerkungen

1. Sozialministerium (2016): Sozialbericht 2015. Wien.
2. Colombo, Francesca / Llena-Nozial, Ana / Mercier, Jérome / Tjadens, Frits (2011): Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris.
3. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2016): Österreichischer Pflegevorsorgebericht. Wien.
4. Amt der oö. Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Soziales (2017): Sozialbericht 2016. Linz, online auf http://www.land-oberoesterreich.gv.at/sozialbericht2016.htm (dl: 6.9.2017).
5. Pratscher, Kurt (2017): Betreuungs- und Pflegedienste der Bundesländer im Jahr 2015, in: Statistische Nachrichten 4/2017, S. 285-297. Wien.
6. Arbeitsklima Index der Arbeiterkammer Oberösterreich; IFES-Sonderauswertung 2016. Linz.
7. Arbeiterkammer Oberösterreich (2016): Der Wert der Sinnstiftung zur Arbeitsbewältigung. Linz.
8. Arbeiterkammer Oberösterreich (2016): Der Wert der Sinnstiftung zur Arbeitsbewältigung. Linz.
9. Arbeitsklima Index der Arbeiterkammer Oberösterreich; IFES-Sonderauswertung 2016. Linz.
10. Originalzitat einer Interviewpartnerin in: Leichsenring, Kai / Schulmann, Katharine / Gasior, Katrin / Fuchs, M. (2016): Gute Pflege aus Sicht Sicht der Beschäftigten. Bedingungen, Ziele und Perspektiven der Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege. Wien.
11. Siehe z. B. § 12 zum Berufsbild und Kompetenzbereich des Gehobenen Dienstes in: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, 131/2017.
12. Leichsenring, Kai / Schulmann, Katharine / Gasior, Katrin / Fuchs, Michael (2016): Gute Pflege aus Sicht Sicht der Beschäftigten. Bedingungen, Ziele und Perspektiven der Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege. Wien.
13. Die Buurtzorg-Idee war z.B. ein zentrales Thema der Alpbacher Gesundheitsgespräche 2017 und findet sich sowohl im Plan A und Wahlprogramm der SPÖ und wird auch in einigen Bundesländern für den potenziellen Pilotbetrieb angedacht.
14. de Blok, Jos zitiert nach Laloux, Frederic (2014): Reinventing Organizations: A Guide to Creating Organizations Inspired by the Next Stage in Human Consciousness. Brüssel.
15. Zur Hintergrundgeschichte und Fallbeschreibung Buurtzorg aus Sicht des Organisationsberaters siehe: Laloux, Frederic / Appert, Etienne (2017): Reinventing Organizations visuell. Ein illustrierter Leitfaden sinnstiftender Formen der Zusammenarbeit. München.
16. Leichsenring, Kai (2015): Buurtzorg Nederland – Ein innovatives Modell der Langzeitpflege revolutioniert die Hauskrankenpflege, in: ProCare – Aktuelle Information, Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiter der Gesundheits- und Krankenpflege, 20(8), S. 20–24.
17. Leichsenring, Kai (2017): Soziale Innovation „Buurtzorg" als Organisationsform für Pflegeheime?, in : Lebenswelt Heim 74/2017, S. 2 –22.

18. de Blok, Jos (2011): The Buurtzorg Nederland experience – The impact on the Dutch healthcare system, Präesentation im Rahmen des INTERLINKS Meeting at The Hague, 18. Mai 2011.
19. Leichsenring, Kai (2017): Soziale Innovation „Buurtzorg" als Organisationsform für Pflegeheime?, in : Lebenswelt Heim 74/2017, S. 20–22.
20. van Alst, Karin (2017): Auf die Buurzorg-Art, Präsentationsunterlage für die Veranstaltung der AK Wien zum Thema Buurtzorg am 24.4.2017, online auf https://wien.arbeiterkammer.at/service/veranstaltungen/rueckblicke/Buurtzorg.html (dl: 30.8.2017).
21. van Alst, Karin (2017): Auf die Buurzorg-Art, Präsentationsunterlage für die Veranstaltung der AK Wien zum Thema Buurtzorg am 24.4.2017, online auf https://wien.arbeiterkammer.at/service/veranstaltungen/rueckblicke/Buurtzorg.html (dl: 30.8.2017). INTERLINKS National Report, Utrecht/Wien, online auf http://interlinks.euro.centre.org (dl: 30.8.2017)
22. Leichsenring, Kai (2017): Soziale Innovation „Buurtzorg" als Organisationsform für Pflegeheime?, in : Lebenswelt Heim 74/2017, S. 20–22.
23. Staflinger, Heidemarie / Leichsenring, Kai (2017): Das Buurtzorg-Modell: Ein neues Paradigma für die Organisation von Arbeit, in: blog.arbeit-wirtschaft.at vom 31.3.2017 (dl: 29.08.2017); van Alst, Karin/Holland, Wil (2017): Humanity over Bureaucracy, Principles of Buurtzorg, Präsentationsunterlage für die Veranstaltung der AK Wien zum Thema Buurtzorg am 24.4.2017, online auf https://wien.arbeiterkammer.at/service/veranstaltungen/rueckblicke/Buurtzorg.html (dl: 30.8.2017).
24. siehe dazu auch: European Observatory on Health Systems and Policies (2017): The Health Systems and Policy Monitor, http://www.hspm.org/countries/netherlands25062012/countrypage.aspx. (dl: 7.9.2017).
25. van Alst, Karin (2017): Auf die Buurzorg-Art, Präsentationsunterlage für die Veranstaltung der AK Wien zum Thema Buurtzorg am 24.4.2017 online auf https://wien.arbeiterkammer.at/service/veranstaltungen/rueckblicke/Buurtzorg.html (dl: 30.8.2017).
26. van Alst, Karin / Holland, Wil (2017): Humanity over Bureaucracy, Principles of Buurtzorg, Präsentationsunterlage für die Veranstaltung der AK Wien zum Thema Buurtzorg am 24.4.2017, online auf https://wien.arbeiterkammer.at/service/veranstaltungen/rueckblicke/Buurtzorg.html (dl: 30.8.2017).
27. Zur Unternehmensstruktur siehe auch http://www.buurtzorgnederland.com/ (dl: 31.08.2017).
28. Leichsenring, Kai (2015): Buurtzorg Nederland – Ein innovatives Modell der Langzeitpflege revolutioniert die Hauskrankenpflege, in: ProCare – Aktuelle Information, Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiter der Gesundheits- und Krankenpflege, 20(8), S. 20–24.
29. http://www.omahasystem.org.
30. De Veer, Anke J.E. / Brandt, Heijn / Schellevis, Francois G. / Francke, Anneke L. (2008): Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd. Een onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgergs, medewerkersen huisartsen, Utrecht.
31. KPMG Plexus (2015) De toegevoegde waarde van Buurtzorg t.o.v. andere aanbieders van thuiszorg. Een kwantitatieve analyse van thuiszorg in Nederland anno 2013, Amsterdam.
32. Van der Veen, Roel / Huijbers, Pieter / Nies, Henk (2010): Governance and financing of long-term care. Dutch national report. Utrecht/Vienna.
33. Laloux, Frederic (2014): Reinventing Organizations: A Guide to Creating Organizations Inspired by the Next Stage in Human Consciousness. Brüssel.
34. Zu weiterführenden Details zur Auswahl der Organisationen und der Beschreibung der Forschungsmethode sowie zu einer allgemeinen Einführung in das Modell siehe Laloux, Frederic / Appert, Etienne (2017): Reinventing Organizations visuell. Ein illustrierter Leitfaden sinnstiftender Formen der Zusammenarbeit. München.

35. https://www.holacracy.org/ (dl: 31.8.2017).
36. Inspiriert durch Laloux, Frederic (2014): Reinventing Organizations: A Guide to Creating Organizations Inspired by the Next Stage in Human Consciousness. Brüssel. Grafik entnommen aus: Staflinger, Heidemarie / Leichsenring, Kai (2017): Das Buurtzorg-Modell: Ein neues Paradigma für die Organisation von Arbeit, in: blog.arbeit-wirtschaft.at vom 31.3.2017 (dl: 29. 8.2017).
37. van Alst, Karin / Holland, Wil (2017): Humanity over Bureaucracy, Principles of Buurtzorg, Präsentationsunterlage für die Veranstaltung der AK Wien zum Thema Buurtzorg am 24.4.2017, online auf https://wien.arbeiterkammer.at/service/veranstaltungen/rueckblicke/Buurtzorg.html (dl: 30.8.2017).
38. Laloux, Frederic (2014): Reinventing Organizations: A Guide to Creating Organizations Inspired by the Next Stage in Human Consciousness. Brüssel.
39. Leichsenring, Kai / Schulmann, Katharine / Gasior, Katrin / Fuchs, M. (2016): Gute Pflege aus Sicht Sicht der Beschäftigten. Bedingungen, Ziele und Perspektiven der Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege. Wien.
40. Juraszovich, Brigitte / Sax, Gabriele / Rappold, Elisabeth / Pfabigan, Doris / Stewig, Friederike (Hg.) (2015): Demenzstrategie Gut Leben mit Demenz. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien. Wien, online auf: http://www.demenzstrategie.at/ (dl: 31.8.2017).
41. Siehe dazu auch: Kammer für Arbeiter und Angestellte Steiermark (2014): Forderungskatalog Personalbedarf in der Pflege. Arbeitspapier des Pflegekonsiliums. Graz, online auf: https://stmk.arbeiterkammer.at/service/broschuerenundratgeber/gesundheitundpflege/Personalbedarf_Pflege.html (dl: 31.8.2017).
42. Siehe dazu auch: Kammer für Arbeiter und Angestellte Steiermark (2014): Forderungskatalog Personalbedarf in der Pflege. Arbeitspapier des Pflegekonsiliums. Graz, online auf: https://stmk.arbeiterkammer.at/service/broschuerenundratgeber/gesundheitundpflege/Personalbedarf_Pflege.html (dl: 31.8.2017).
43. Zum Ablauf und Prozess siehe z. B. die Beschreibung der SoKo Schärding, online auf www.ooegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.639832&version=1491391116 (dl: 31.8.2017). Die Grundidee zur SoKo Schärding wurde im Rahmen des EU-geförderten INTERREG-Projektes PFLEGE: Ein Arbeitsmarkt der ZUKUNFT (1.1.2011 – 30.6.2014) unter dem Lead der AK OÖ entwickelt.
44. Leichsenring, Kai (2015): Buurtzorg Nederland – Ein innovatives Modell der Langzeitpflege revolutioniert die Hauskrankenpflege, in: ProCare – Aktuelle Information, Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiter der Gesundheits- und Krankenpflege, 20(8), S. 20–24.