

## Übersetzung

1 - Yvonne Koopman: Vortrag 30. Nov. 2013

**Buurtzorg seit 2007:  
die Entwicklung eines umfassenden Modells für eine gemeindenahe Pflege**

2 - **Buurtzorg – ein kurzer Überblick**

- Neue Organisation und neues Modell der Pflegeversorgung
- Beginn 2007
- Versorgung mit Hausbesuchen und Krankenpflege
- 7000 Krankenschwestern in 620 unabhängigen Teams (Dez. 2013 ca. 650 Teams)
- 30 Menschen in der Verwaltung

3 – **Vorstellung**

- Gemeindenahe Versorgung in den Niederlanden
- Gemeindenahe Versorgung bei Buurtzorg
- Wie wir die Teams unterstützen
- Auswirkung der Arbeitsweise von Buurtzorg
- Schlussfolgerung

4 – **Gemeindenahe Versorgung in den Niederlanden (Bild)**

5 – **Vision der Versorgung und Pflege**

- Menschen können sich selbst so lange wie möglich versorgen, wenn sie in der richtigen Weise unterstützt werden!
- Informelle Versorgung und Freiwillige können eine große Rolle bei der Unterstützung von älteren und behinderten Menschen spielen.

6 – **Geschichte der gemeindenahen Pflege – bis 1990**

Gemeineschwwestern arbeiten eng zusammen mit

- Hausärzten
- Sozialarbeitern
- Haushaltshilfen
- Physiotherapeuten
- Psychiatriepflegepersonal
- Wohlfahrtsorganisationen
- Freiwilligen

7 – **Große Veränderungen 1990 – 2000**

- Haushaltshilfeverbände und Pflegeorganisationen schlossen sich zu regionalen Organisationen für häusliche Versorgung und Pflege zusammen
- Seit 1986 wird gemeindenahe Versorgung und Pflege von der nationalen AWBZ \* (Volksversicherung für besondere Krankheitskosten) bezahlt
- 1993: sachliche Bewertung nach einem Indikationskatalog durch das Centrum indicatiestelling zorg (CIZ \*)
- Verständnis von Betreuung und Pflege: aktivitäts- und produktbasiert

8 – **Große Veränderungen 2000 – 2009**

- Politik: Stimulation von Marktanreizen
- Patientenorganisationen: Wahlfreiheit

- Große Pflegeorganisationen entstehen:
  - personenbezogene häusliche Hilfe (waschen, anziehen)
  - häusliche Krankenpflege
  - Pflegeheime
- 2007: Haushaltshilfe (putzen, Essenszubereitung) bezahlt von der Kommune

#### 9 – **Motive für die Fusionen**

- Marktstrategie: starke Position
- Kostenvorteile
- Bessere Versorgung: integrierte Versorgung
- Professionalisierung des Managements
- Ego-Probleme: wer ist der Größte!!

#### 10 - **Ergebnisse: 2011**

- Aufsplittung von Krankenbehandlung, Versorgung und Pflege, Prävention
- Standardisierung der Pflegeaktivitäten
- Geringere Qualität / höhere Kosten: falsche Anreize: es lohnt sich finanziell, große Mengen zu niedrigen Preisen zu liefern
- 50 % der Unternehmen in der häuslichen Versorgung haben finanzielle Probleme wegen der hohen allgemeinen Kosten
- PatientInnen? Gehen in dem System verloren

#### 11 – **Gemeindenaher Pflege bei Buurtzorg (Bild)**

#### 12 – **Motivation für Veränderungen!**

- Unzufriedenheit bei der Arbeit wegen Mangel an Selbstständigkeit und Professionalität
- Übermaß an Bürokratie, mehr mit Regeln und Gesetzen beschäftigt als mit der Betreuung der PatientInnen
- Ziel war ein Organisationsmodell, wo Theorie und Praxis gleichermaßen von Bedeutung sind sowohl für die Individuen als auch für die Gemeinschaft

#### 13 - **Gemeindenaher Pflege bei Buurtzorg**

- Hausbesuche zur persönlichen Betreuung
- Hausbesuche zur Krankenpflege

#### 14 – **Beginn Buurtzorg 2007**

Start einer Organisation und eines Modells zur häuslichen Personen- und Krankenpflege mit:

- unabhängigen Teams, maximal 12 Krankenschwestern,
- die sämtliche Abläufe organisieren und dafür verantwortlich sind:
  - PatientInnen, Krankenschwestern, Planung, Aus- und Weiterbildung und Finanzen;
  - und verschiedenste Koordinierungsaktivitäten!!!

#### 15 – **(Selbst-) Organisation**

- Optimale Unabhängigkeit
- Reduzierung der Komplexität (auch mit der Anwendung von ICT \*\*)
- Maximal 12 Krankenschwestern pro Team, 40 bis 50 PatientInnen
- Einschätzung und Versorgung aller Arten von PatientInnen: Generalisten!
- 50 % Krankenschwestern mit Bachelorabschluss
- eigenes Aus- und Weiterbildungsbudget
- Informelle Netzwerke sind viel bedeutender als formale Organisationsstrukturen

## 16 – Leitende Grundsätze, was die PatientInnen möchten

- Die Menschen möchten so lange wie möglich die Kontrolle über ihr Leben behalten
- Die Menschen möchten weiterhin ihre Lebensqualität verbessern
- Die Menschen möchten am gesellschaftlichen Leben ihrer Kommune teilnehmen
- Die Menschen möchten zwischenmenschliche Wärme

## 17 – Versorgungskette (Grafik)

Zwiebelmodell Buurtzorg: Buurtzorg arbeitet von innen nach außen:  
stärkend und anpassend, netzwerkschaffend, unterstützend

1. Selbstversorgung Patient
2. Informelle Netzwerke
3. Buurtzorgteam
4. Formelle Netzwerke

## 18 – Qualitätssystem

- Schwerpunkt liegt auf dem, **was** die Krankenschwestern tun sollen, nicht darauf, **wie** sie es tun sollen
- Rollen und Aktivitäten
- Ausbildungsgrad liegt über dem Durchschnitt der gemeindenahen Pflege
- Buurtzorg Akademie

## 19 – Wie wir die Teams unterstützen (Bild)

### 20 – Unterstützung der unabhängigen Teams

- 30 MitarbeiterInnen in einem Verwaltungsbüro
- sie erledigen die unvermeidliche Bürokratie, so dass die Krankenschwestern damit nicht belastet sind
  - die Pflgetätigkeit wird in Rechnung gestellt
  - die Angestellten werden bezahlt
  - finanzielle Abrechnungen werden gemacht
  - etc.

### 21 – Buurtzorgweb – einige Aspekte

- Buurtzorggemeinschaft - Informationsaustausch
- Daten der PatientInnen und Angestellten
- Stundenerfassung
- Dokumente austauschen
- Sämtliche erforderliche Verwaltung zur Abrechnung mit den Kostenträgern, Prüfungen
- Planung

### 22 – Buurtzorg-Community

- Gemeinsame Werte. Krankenschwestern arbeiten überall im Land aber fühlen sich 'eins'
- Krankenschwestern können KollegInnen im ganzen Land um gute Beispiele bitten
- Das Management kann unkompliziert die Ideen der Angestellten prüfen
- Das Verwaltungsbüro kann leicht mit allen Krankenschwestern kommunizieren
- Kontakt zwischen Krankenschwestern und informeller Betreuung und anderen Versorgenden aus der Nachbarschaft

### 23 – Auswirkungen (Bild)

## 24 – **Grafik**

Start 2007

Juli 2013: 7000 Krankenschwestern in 620 Teams (Dez. 2013 ca. 650 Teams)

## 25 – **Buurtzorg in den gesamten Niederlanden (Bild)**

### 26 – **Zufriedene Angestellte**

- Tausende Krankenschwestern kündigten bei den traditionellen Organisationen und arbeiten für Buurtzorg
- Sie schätzen:
  - die Arbeit in kleinen Teams
  - autonomes Arbeiten
  - Unabhängigkeit
  - starken Teamgeist
  - benutzerfreundliche ICT \*\*)
- Preis 'Bester Arbeitgeber'

### 27 – **Zufriedene PatientInnen**

- Gute Qualität der Pflege und Versorgung
- Sie geben Buurtzorg die höchste Benotung im Vergleich zu 307 anderen Organisationen für gemeindenaher Pflege (NIVEL 2009)

### 28 – **Kosteneffektivität für die Organisation**

- Verwaltungskosten: 8 % (Durchschnitt 25 %), d.h. mehr Geld für Versorgung
- Gewinnspanne: 8 %
- Krankenstand: 3 % (Durchschnitt 6 %)

### 29 - **Kostenvorteile für die Pflege!**

- Die häusliche Versorgung würde nur noch die Hälfte kosten (Das Buurtzorgmodell führt zu mehr Vorsorge, kürzeren Pflegezeiten und weniger Ausgaben für Verwaltung)
- Mehr zufriedene Angestellte und PatientInnen
- Regierung und alle politischen Parteien regen andere Pflegeorganisationen dazu an wie Buurtzorg zu arbeiten
- Andere Bereiche sind an diesem Organisationsmodell interessiert

## 30 – **Buurtzorg Schneeballeffekt (Tabelle)**

### 31 – **Schlussfolgerung**

Eine starke Position der Fachkräfte führt zu:

- Respekt: moralisch-ethische Haltung und ethisches Handeln
- Wahlmöglichkeit und Befähigung
- Einbeziehung der PatientInnen in die Gesundheitspolitik
- Zugang und Unterstützung
- Vertrauensvolle Gesellschaft
- Kostenvorteile

## 32 – **Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit!**

### **Anmerkungen zur Übersetzung:**

\*) Eine **AWBZ**-Indikation ist die Feststellung des Pflegebedarfs nach dem niederländischen Allgemeinen Gesetz über besondere Krankheitskosten.

Das **CIZ** stellt die Indikation und setzt den Pflegeumfang fest.

\*\*\*) **ICT** - Computerprogramme zur Optimierung von Organisationsabläufen